

EVALUACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE RESPUESTA CONJUNTA DE LA COOPERACIÓN ESPAÑOLA A LA CRISIS DEL COVID-19 Y DEL PLAN ACCESO UNIVERSAL 2020-2022

Abril de 2024





SUBSECRETARÍA

Secretaría General Técnica
Vicesecretaría General Técnica
Área de Documentación y Publicaciones

© Ministerio de Asuntos Exteriores, Unión Europea y Cooperación

Secretaría de Estado de Cooperación Internacional
Dirección General de Políticas de Desarrollo Sostenible

NIPO: 108-24-039-3

Maquetación: CYAN, Proyectos Editoriales, S.A.

Catálogo de Publicaciones de la Administración General del Estado: <https://cpage.mpr.gob.es>

A tenor de lo dispuesto en la Ley de Propiedad Intelectual, no está permitida la reproducción total o parcial de esta publicación, ni su tratamiento informático, ni la transmisión de ninguna forma o por cualquier medio, ya sea electrónico, por fotocopia, por registro u otros métodos, ni su préstamo, alquiler o cualquier otra forma de cesión de su uso, sin el permiso previo y por escrito del autor, salvo aquellas copias que se realicen para su uso exclusivo del Ministerio de Asuntos Exteriores, Unión Europea y Cooperación.



ACRÓNIMOS

| | |
|-------------|--|
| ACNUR | Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados |
| ACT-A | Acelerador de Acceso a las Herramientas Contra el COVID-19 |
| AECID | Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo |
| AEMPS | Agencia Española de Medicamentos y productos sanitarios |
| AGE | Administración General del Estado |
| AGNU | Asamblea General de Naciones Unidas |
| AMC | Compromiso Anticipado de Mercado |
| AOD | Ayuda Oficial al Desarrollo |
| CAD | Comité de Ayuda al Desarrollo |
| CCAA | Comunidades Autónomas |
| CCOO | Comisiones Obreras |
| CE | Cooperación Española |
| CEOE/CEPYME | Confederación Española de Organizaciones Empresariales/Confederación Española de la Pequeña y Mediana Empresa. |
| CEPES | Confederación Empresarial Española de la Economía Social |
| CEPI | Coalición para las Innovaciones en Preparación para Epidemias |
| CICR | Comité Internacional de la Cruz Roja |
| COVAX | Mecanismo de Acceso Mundial a las Vacunas COVID-19 |
| CRUE | Conferencia de Rectores de las Universidades Españolas |
| CSA | Comité de Seguridad Alimentaria Mundial |
| CSIC | Centro Superior de Investigaciones Científicas |
| DDHH | Derechos Humanos |
| DGPOLDES | Dirección General de Políticas de Desarrollo Sostenible |
| ECHO | Oficina Humanitaria de la Unión Europea |
| EELL | Entidades Locales |
| EGV | Equipo Gestor de la Evaluación |
| FAO | Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación |
| FEMP | Federación Española de Municipios y Provincias |
| FICR | Federación Internacional de la Cruz Roja |
| FIDA | Fondo Internacional de Desarrollo Agrícola |
| FMI | Fondo Monetario Internacional |
| FONPRODE | Fondo para la Promoción del Desarrollo |
| GAP | Plan de Acción Global Contra el COVID-19 |
| GAVI | Alianza para la Vacunación |
| ISCOD | Instituto Sindical de de Cooperación al Desarrollo |
| ISGlobal | Instituto de Salud Global |
| MAEC | Ministerio de Asuntos Exteriores, Unión Europea y Cooperación |



| | |
|-------------|--|
| MAETD | Ministerios de Asuntos Económicos y Transformación Digital |
| MAP | Marco de Asociación País |
| MAPA | Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación |
| MCD | Ministerio de Cultura y Deportes |
| MCI | Ministerio de Ciencia e Innovación |
| MD | Ministerio de Defensa |
| MDSA2030 | Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030 |
| MEFP | Ministerio de Educación y Formación Profesional |
| MHFP | Ministerio de Hacienda y Función Pública |
| MI | Ministerio del Interior |
| MINCOTUR | Ministerio de Industria Comercio y Turismo |
| MISSM | Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones |
| MTERD | Ministerio para la Transición Ecológica y Reto Demográfico |
| MTES | Ministerio de Trabajo y Economía Social |
| MTMAU | Ministerio de Transportes, Movilidad y Agenda Urbana |
| MS | Ministerio de Sanidad |
| OAH | Oficina de Ayuda Humanitaria |
| OCDE | Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico |
| OCE | Oficinas de Cooperación Española |
| ODS | Objetivos de Desarrollo Sostenible |
| OMS | Organización Mundial de la Salud |
| ONGD | Organizaciones no Gubernamentales para el Desarrollo |
| ONU | Organización de las Naciones Unidas |
| OPS | Organización Panamericana de la Salud |
| PD | Plan Director de la Cooperación Española |
| PE | Pregunta de Evaluación |
| PFME | Programa de Formación Médica Especializada |
| PMA | Programa Mundial de Alimentos |
| PNUD | Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo |
| PYMES | Pequeñas y Medianas Empresas |
| SARS- CoV-2 | Coronavirus 2 del Síndrome Respiratorio Agudo Severo |
| SEAE | Servicio Europeo de Acción Exterior |
| SECI | Secretaría de Estado de Cooperación Internacional |
| SGBTM | Subdirección General de Biodiversidad Terrestre y Marina |
| SFP | Participante autofinanciado (Self-financing participant) |
| TdC | Teoría del cambio |
| TIC | Tecnología de la información y la comunicación |
| UE | Unión Europea |
| UNICEF | Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia |

ÍNDICE

| | |
|---|-----------|
| RESUMEN EJECUTIVO | 9 |
| Introducción | 9 |
| Principales hallazgos | 10 |
| Lecciones aprendidas | 14 |
| Principales recomendaciones | 15 |
| 1. CONTEXTO Y OBJETO DE LA EVALUACIÓN | 16 |
| 2. METODOLOGÍA DE LA EVALUACIÓN | 20 |
| 3. HALLAZGOS | 26 |
| Dimensión de diseño | 26 |
| Diálogo y coordinación entre los actores de la Cooperación Española | 26 |
| Diálogo de políticas. Alineamiento con las prioridades de los países socios | 28 |
| Análisis de riesgos y medidas de mitigación | 29 |
| Enfoque de género e inclusión de grupos vulnerables | 29 |
| Dimensión de implementación | 31 |
| Gestión: capacidades, recursos e instrumentos utilizados | 31 |
| Transparencia y rendición de cuentas | 44 |
| Adaptabilidad de la estrategia y del plan ante la crisis | 45 |
| Adaptación de las prioridades de la Cooperación Española AL COVID-19 | 49 |
| Coordinación con entidades internacionales. Valor añadido de la CE | 51 |
| Dimensión de resultados | 53 |
| Logros alcanzados en el cumplimiento de objetivos de la Estrategia y del Plan | 53 |
| Enfoque de género e inclusión de poblaciones discriminadas | 56 |
| Sostenibilidad | 57 |
| 4. ESTUDIOS DE CASO: BOLIVIA, ETIOPÍA Y PERÚ | 62 |
| 4.1. Bolivia | 62 |
| La Cooperación Española en el ámbito de la salud en Bolivia antes del COVID-19 | 62 |
| La Cooperación Española en la respuesta al COVID-19 en Bolivia | 64 |
| Estrategia en salud de la Cooperación Española en Bolivia tras la emergencia COVID-19 | 65 |
| Hallazgos | 67 |
| Lecciones Aprendidas | 68 |
| 4.2. Etiopía | 68 |
| La Cooperación Española en el ámbito de la salud en Etiopía antes del COVID-19 | 68 |
| La Cooperación Española en la respuesta al COVID-19 en Etiopía | 69 |
| Estrategia en salud de la Cooperación Española en Etiopía tras la emergencia COVID-19 | 70 |
| Hallazgos | 71 |
| Lecciones aprendidas | 71 |
| 4.3. Perú | 71 |
| Estructura de la cooperación internacional | 71 |
| Estrategia de respuesta de la Cooperación Española | 72 |

| | |
|---|-----|
| 5. CONCLUSIONES DE LA EVALUACIÓN | 76 |
| 6. LECCIONES APRENDIDAS | 80 |
| 7. RECOMENDACIONES | 81 |
| 8. BIBLIOGRAFÍA | 82 |
| Referencias Estudio de caso Etiopía | 87 |
| 9. ANÁLISIS DOCUMENTAL | 88 |
| 10. ANEXOS | 89 |
| Anexo I. Análisis de Evaluabilidad | 89 |
| Anexo II. Relación de personas entrevistadas. | 92 |
| Anexo III. Matriz de Evaluación | 93 |
| Anexo IV. Estrategia y Plan en planes y convocatorias | 97 |
| Menciones | 97 |
| Referencias | 99 |
| Anexo V. Términos de Referencia para la evaluación de la Estrategia de Respuesta Conjunta de la Cooperación Española a la crisis del COVID-19 y el Plan de Acceso Universal | 101 |



ÍNDICE DE FIGURAS

| | |
|---|----|
| Figura 1. Línea del tiempo | 18 |
| Figura 2. Teoría del Cambio del Plan de Acceso Universal..... | 22 |
| Figura 3. Evolución del desembolso anual de AOD GE global y peso del sector salud | 32 |
| Figura 4. AOD GE destinada al control directo del COVID-19 (2021). España, el sexto donante mundial | 32 |
| Figura 5. El sector salud en la AOD desembolsada: crecimiento exponencial explicado por la donación de vacunas | 33 |
| Figura 6. Distribución AOD “intervenciones relacionadas con la Covid-19” por sector CAD (2020-2021)..... | 33 |
| Figura 7. Compromisos del sector público según prioridad y respuesta | 34 |
| Figura 8. Contribución comprometida (€) y desembolsada (%) por el sector público, por prioridad de la Estrategia (marzo 2021)..... | 34 |
| Figura 9. Contribución comprometida (€) y desembolsada (%) por el sector público, por tipo de respuesta (marzo 2022) | 35 |
| Figura 10. Teoría del Cambio del Plan de Vacunas..... | 36 |
| Figura 11. Número de vacunas donadas vía COVAX: España, quinto país que más vacuna ha donado por esa vía (febrero 2023) | 37 |
| Figura 12. Instrumentos y reursos del Plan organizados por Pilares ACT-A..... | 42 |
| Figura 13. Grado de adecuación de los instrumentos de respuesta de la Estrategia para el alcance de sus objetivos según OCE y CAA | 43 |
| Figura 14. Valoración de CCAA y FEMP sobre la adecuación de sus instrumentos para dar respuesta | 43 |
| Figura 15. Valoración de los mecanismos de transparencia y rendición de cuentas de la Estrategia por CCAA y FEMP | 45 |
| Figura 16. Valoración de los mecanismos de transparencia y rendición de cuentas del Plan por CCAA y FEMP | 45 |
| Figura 17. La donación de vacunas 2021-2021: de América Latina a África Subsahariana | 47 |
| Figura 18. Número de vacunas donadas vía COVAX a países AMC y no AMC | 48 |
| Figura 19. Porcentaje de la AOD de proyectos financiados por CCAA que están relacionados con la COVID-19 según los informantes | 50 |
| Figura 20. Grados de logro promedio según OCE (sobre 5)..... | 54 |
| Figura 21. El género: cada vez más peso en el conjunto de proyectos | 56 |
| Figura 22. Los desembolsos de AOD en intervenciones relacionadas con elCOVID-19 están más orientados al género (2020-2021) | 57 |
| Figura 23. Distribución de recursos por sectores. MAP Bolivia 2018 -2021..... | 63 |
| Figura 24. Evolución fondos AOD GE al sector salud en Bolivia..... | 65 |
| Figura 25. Distribución de AOD GE No Reembolsable..... | 67 |
| Figura 26. Desembolsos de AOD GE en el sector salud en Etiopía..... | 69 |
| Figura 27. Desembolsos de AOD GE en el sector salud antes y durante la pandemia en Etiopía..... | 69 |
| Figura 28. Marco de resultados del sector de la salud en el MAP Etiopía 2022-2027..... | 70 |



ÍNDICE DE TABLAS

| | |
|--|----|
| Tabla 1. Usuarios de la evaluación | 19 |
| Tabla 2. Organización del proceso de evaluación | 21 |
| Tabla 3. Tasa de respuesta a las encuestas en línea..... | 24 |
| Tabla 4. Respuestas CCAA y FEMP a la pregunta. ¿Cuál es (o cuáles son), en su opinión, los grandes logros de la Estrategia y/o del Plan | 27 |
| Tabla 5. La Estrategia y su prioridad 3: ejes de actuación y poblaciones desfavorecidas identificadas..... | 30 |
| Tabla 6. AOD GE desembolsada en 2020 y 2021: total, sector salud y COVID-19..... | 31 |
| Tabla 7. Intervenciones relacionadas con la COVID-19: desembolsos según modo de canalización e instrumento (2020-2021)..... | 38 |
| Tabla 8. AOD GE desembolsada multilateralmente y multi bilateralmente en 2020 y 2021, a través de la Administración General del Estado, en intervenciones relacionadas con la COVID-19 | 39 |
| Tabla 9. AOD GE desembolsada bilateralmente en 2020 y 2021, a través de la Administración General del Estado, en intervenciones relacionadas con la COVID-19 | 41 |
| Tabla 10. AOD GE desembolsada bilateralmente en 2020 y 2021, a través de la Cooperación Descentralizada (CCAA y EELL), en intervenciones relacionadas con la COVID-19 | 41 |
| Tabla 11. Reuniones del Comité de seguimiento Estrategia y Plan de Vacunas | 44 |
| Tabla 12. Principales Instrumentos de la Estrategia | 48 |
| Tabla 13. Ventajas e inconvenientes de los instrumentos y vías de canalización | 49 |
| Tabla 14. Resultado de Desarrollo 4 y Línea de Acción 3.8. Sector Salud. MAP 2018-2021 Bolivia..... | 63 |
| Tabla 15. Distribución fondos sector Cohesión Social/Servicios Básicos | 63 |
| Tabla 16. Resultados de Desarrollo y Resultados Intermedios MAP 2022-2025 Bolivia..... | 66 |
| Tabla 17. Distribución de fondos sector Cohesión Social | 67 |



RESUMEN EJECUTIVO

Introducción

La crisis del COVID-19 ha tenido un impacto de gran magnitud en los países y territorios con mayores índices de pobreza y desigualdad, cuyos sistemas de salud y de protección social no pudieron, en gran medida, hacer frente al enorme reto que la pandemia causó. La naturaleza global de la pandemia ha hecho necesaria una respuesta internacional, donde el sistema de cooperación para el desarrollo sostenible ha adquirido un papel clave.

En este contexto, la **Estrategia de Respuesta Conjunta de la Cooperación Española frente a la Crisis del COVID-19** previó que la crisis, en su vertiente sanitaria, solo se pudiera dar por finalizada cuando se rompiera la cadena de transmisión mediante la inmunización de un porcentaje suficiente de la población mundial. Para conseguir este objetivo, se promovió la autorización de vacunas seguras y eficaces, se aseguró la compra y disponibilidad de un portfolio amplio de vacunas asequibles, estableciéndose el despliegue de todas las capacidades y recursos para asegurar y extender la inmunización a nivel global. Con tal fin, surgió el **Plan de Acceso Universal** "Compartiendo las vacunas contra el COVID-19" o "Vacunación Solidaria". Además, la Estrategia también consideró la necesidad de actuar frente al retroceso en avances en materia de reducción de la pobreza y de lucha contra el hambre y la desnutrición de las últimas décadas, así como en las amenazas al ejercicio efectivo los derechos humanos y a la gobernabilidad democrática que ha supuesto la pandemia.

Objeto de la evaluación

Son objeto de la presente evaluación la **Estrategia de Respuesta Conjunta de la Cooperación Española (CE)**¹ (a partir de ahora, la Estrategia), que se diseñó para proporcionar una respuesta coherente del conjunto de la CE, en línea con la respuesta global de la Unión Europea (UE), ante la crisis provocada por la pandemia del COVID-19; y el **Plan de Acceso Universal: Vacunación Solidaria**² (a partir de ahora, el Plan), que se enmarca en dicha Estrategia.

La **Estrategia** establece tres prioridades: (1) salvar vidas y reforzar los sistemas de salud pública; (2) proteger

y recuperar derechos y capacidades; y (3) preservar y transformar los sistemas socioeconómicos, recuperar el tejido productivo y reforzar la gobernabilidad democrática. Además, detalla sus cuatro ámbitos de respuesta específicos: la ayuda de emergencia, la respuesta multi-lateral, las alianzas y la movilización ciudadana.

Por su parte, el objetivo a nivel global del **Plan** es contribuir a la vacunación de un significativo porcentaje de la población mundial mediante el apoyo al acceso rápido a la vacuna de los países y las personas con mayor dificultad de hacerlo, utilizando también para ello dosis provenientes de la dotación de vacunas adquiridas por España, sin perjuicio del proceso de vacunación del conjunto de la población española. Para ello, contempla seis vías de canalización de la respuesta: COVAX, Team Europe, OCHA-ECHO, bilateral, otros organismos multilaterales, y movilización de reservas estratégicas.

Objetivos de la evaluación

Esta evaluación de la Estrategia y del Plan es una **evaluación final externa** que comprende el **periodo 2020-2022**. Sus objetivos son los siguientes:

- Valorar si las prioridades del Plan y la Estrategia **respondieron a las necesidades y capacidades** de los países y se han establecido en **diálogo** con las instituciones.
- Analizar la **flexibilidad** de la Estrategia y el Plan de adaptarse al contexto cambiante de la crisis.
- Valorar la **adecuación de los instrumentos** de respuesta y vías de canalización utilizados para la consecución de las prioridades y objetivos establecidos en la Estrategia y en el Plan.
- Analizar si los **mecanismos de coordinación y división de trabajo** han sido eficaces para dar respuesta a las necesidades de los países.
- Valorar el **grado de avance de los logros y resultados** alcanzados a través en la Estrategia y el Plan.
- Valorar el **grado de transversalización del enfoque de género y la inclusión de las poblaciones más desfavorecidas** en el diseño e implementación de la Estrategia y el Plan, y su contribución específica a los objetivos de **no dejar a nadie atrás** y de una **cooperación feminista**.

¹ https://www.cooperacionespanola.es/wp-content/uploads/documentos/estrategia_de_respuesta_conjunta_de_la_cooperacion_espanola_covid19.pdf

² <https://www.exteriores.gob.es/es/Comunicacion/Noticias/Documents/PLAN%20ACCESO%20UNIVERSAL-1.pdf>



- Valorar la contribución de la Estrategia y Plan a la Agenda2030 y la consecución de los ODS, en especial, en el **ODS3 y ODS17**.
- Identificar **buenas prácticas y extraer lecciones aprendidas** de cara a futuras posibles pandemias.
- Identificar, en función de la documentación preliminar analizada, una propuesta para realizar un **estudio de caso**.
- Contribuir a una **mayor transparencia y rendición de cuentas**.

Metodología de la evaluación

Durante la segunda mitad de 2022 se elaboraron los términos de referencia de la evaluación por parte de la División de Evaluación, con el apoyo la Subdirección General de Políticas de Desarrollo Multilaterales y Europeas de la Dirección General de Políticas de Desarrollo Sostenible (DGPOLDES) en la identificación de las principales necesidades de información. Además, el diseño de la evaluación se realizó en coordinación con el Comité de Ayuda al Desarrollo de la OCDE (CAD/OCDE) a través de su red de evaluación (EvalNet) y la iniciativa que impulsó denominada Coalición Global para la Evaluación del COVID-19. De esta manera, se contó con informes de evaluación de socios de cooperación para el desarrollo sostenible, tanto bilaterales como multilaterales, y el Secretariado de EvalNet realizó recomendaciones a los términos de referencia.

La evaluación se abordó desde la perspectiva de juicios **sumativos y formativos**, incluyendo la combinación de tres enfoques metodológicos de sobre los objetivos de la evaluación:

- **Aprendizaje:** comprender qué resultados se han logrado, cómo se ha hecho y cómo han funcionado la Estrategia y el Plan para dar respuesta a la pandemia generada por el COVID-19.
- **Orientar acciones futuras:** qué lecciones se han aprendido en el desarrollo del Estrategia y el Plan que puedan ser de utilidad para intervenciones similares.
- **Compartir aprendizajes y promover la rendición de cuentas** entre los diferentes actores y entidades implicadas.

La evaluación se desarrolló durante 16 semanas, a través de triangulación de diversas fuentes. Por un lado, se analizaron **197 documentos**, tanto primarios procedentes de los actores de la CE, como secundarios, procedentes de organismos internacionales que han trabajado en la respuesta global a la pandemia. Por otro lado, **se entrevistó a 39 personas**, tanto de la CE como de organismos internacionales. También se contó con **información estadística** procedente del reporte disponible de AOD 2020 y 2021, mediante el análisis del CRS-12264-Control COVID-19 y el marcador "intervención relacionada a la COVID-19", lo que

se completó con información procedente de la encuesta ad hoc de seguimiento de la Estrategia, datos sobre la donación de vacunas y sobre ayuda humanitaria. Por último, se envió un **cuestionario a 81 unidades** de Ministerios y Comunidades Autónomas, así como a Embajadas de España y, en los países donde existen, sus Oficinas de Cooperación, para el que se obtuvieron 28 respuestas. Adicionalmente, se realizaron **2 estudios de caso representativos** de la respuesta de la CE en sus países socios, identificando para ello a **Bolivia y Etiopía**, y se incluyó el **estudio de caso sobre la respuesta de la CE en Perú** procedente de la evaluación del MAP España-Perú 2019-2022.

Principales hallazgos

Diseño

COHERENCIA: El proceso de elaboración del documento de la Estrategia contó con un **amplio diálogo y participación** por parte del conjunto de la Cooperación Española, así como agentes de la sociedad civil y expertos, gracias a la configuración de nuevos espacios de debate que complementaron los canales habituales de toma de decisiones a través del Consejo de Cooperación al Desarrollo y las Comisiones Interministeriales e Interterritoriales de Cooperación para el Desarrollo. Estos esfuerzos han contribuido a un **entendimiento compartido** de los retos clave a los que se enfrenta la Cooperación Española en el contexto COVID-19, y a un **sentimiento de apropiación** de una visión global común, siendo coherente con los propios instrumentos y estrategias sectoriales de la CE.

RELEVANCIA: Por tanto, la Estrategia expresa y representa de manera adecuada la respuesta del conjunto de la CE. Sin embargo, **su diseño se circunscribe a la propia CE, sin que se hayan establecido espacios de consulta directa con los países socios**, aunque sus necesidades se habrían incluido de manera indirecta, gracias a la amplia participación de opinión experta, diversa y multidisciplinar en su elaboración. Además, **las OCEs han participado en el diseño y consideran que la Estrategia está alineada con las necesidades y prioridades de sus países** de demarcación, y se observa que los **MAPs posteriores han incluido el sector salud como prioridad**, e incluso a la propia Estrategia en el caso de Mozambique. Por su parte, el Plan tampoco se diseñó en diálogo directo con los países socios, sino que asumió el liderazgo de la OMS en la pandemia, **alineando sus prioridades con las de ACT-A**, apostando por el **multilateralismo como respuesta a la naturaleza de bien público global** que tomó la salud durante la pandemia.

EFICACIA: El diseño de la Estrategia se elaboró en un **momento de incertidumbre**, donde la mitigación de riesgos se basó en la **necesidad de adaptabilidad** por



parte de la Cooperación Española. Además, para facilitar su flexibilidad, la Estrategia **no concreta su periodo de vigencia**, abarcando al menos 2020 y 2021.

ENFOQUE DE GÉNERO Y DERECHOS HUMANOS: El diseño de la Estrategia y el Plan ha tenido en cuenta **vulnerabilidades que generó y amplió la pandemia**, tanto por su vertiente sanitaria como económica y de suspensión de derechos. Estas vulnerabilidades se identificaron en **siete ejes**, poniendo especial foco en las mujeres y las personas con discapacidad. Además, el Plan es coherente con los **principios de la OMS e incluye a las poblaciones en situación de mayor vulnerabilidad en sus prioridades**.

Implementación

EFICIENCIA: La movilización de recursos de la Estrategia ha sido **elevada y enfocada en el sector salud (344,3 M€ de AOD)**, con un importante peso de la **donación de vacunas (297,5 M€ de AOD)**. Teniendo en cuenta **también otros sectores del CAD** como el de infraestructuras y servicios sociales, el **desembolso global de Ayuda Oficial al Desarrollo Grant Equivalent (AOD GE)³ se eleva a 603 M€ para la lucha contra la COVID-19 entre 2020 y 2021**. Esta movilización de recursos para hacer frente a la pandemia habría permitido **augmentar un 20% la AOD GE total de la CE frente a años anteriores**, situando a España en el **6º donante mundial** en los esfuerzos internacionales para hacer frente a la crisis. Se han activado la mayoría de los instrumentos disponibles, destacando los desembolsos a través de **organismos internacionales por la vía multilateral y multilateral**. El Plan ha permitido la donación de **50 millones de vacunas a través de COVID-19 Vaccines Global Access (COVAX)⁴**, siendo la principal vía de canalización, lo que sitúa a España como **5º donante mundial** de COVAX. Además, la vía bilateral ha sido adecuada en contextos humanitarios, destacando la donación de vacunas a personas refugiadas afganas en Irán. No obstante, el desarrollo del Plan ha seguido la tendencia global hacia **un desequilibrio en las aportaciones a los diferentes pilares de ACT-A⁵**, donde el desarrollo de vacunas ha sobrepasado al tratamiento, diagnóstico y refuerzo de sistemas públicos de salud.

La movilización de los recursos de respuesta a emergencia, tanto de activación de convenios de emergencia como de respuesta a llamamientos internacionales de Agencias y del Movimiento Internacional de la Cruz Roja,

han permitido dar cobertura a las prioridades de atención a la población desplazada o refugiada en diferentes países, tal y como se establecía en el Plan.

La evaluación considera que los **recursos existentes han sido adecuados** para la implementación de la Estrategia y el Plan, y destaca la **creación de nuevos mecanismos de coordinación**, como el comité tripartito semanal formado por Presidencia, el Ministerio de Asuntos Exteriores, Unión Europea y Cooperación (MAEC) y el Ministerio de Sanidad-Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios (AEMPS) para el análisis y toma de decisión en el proceso de donación de vacunas. No obstante, se subrayan las **limitaciones estructurales de recursos humanos existentes** en el sistema de cooperación.

EFICACIA: Se desarrollaron **mecanismos de transparencia y comunicación**, como la Plataforma de seguimiento y coordinación de la Estrategia, con 1 reunión, y el Comité de Coordinación y Seguimiento del Plan, con 3 reuniones entre 2020 y 2021, participadas por el conjunto de la Cooperación Española. Estos se valoran positivamente, aunque se consideran como espacios centrados en brindar información y no en la toma de decisiones conjunta. Por otro lado, se puso en marcha una **encuesta de seguimiento ad hoc de la Estrategia, complementaria al sistema de seguimiento de la AOD**, permitiendo vincular todos los recursos públicos movilizados directamente a la Estrategia. Además, desde el CAD de la OCDE se crearon el CRS-12264-Control COVID-19 y la etiqueta "intervención relacionada con el COVID-19", los cuales fueron alimentados por el sistema de seguimiento de la AOD española en sus ejercicios de reporte anual.

RELEVANCIA Y ADAPTABILIDAD: La apuesta de la Estrategia por la **respuesta multilateral facilitó su adaptabilidad** ante una crisis que afectó a la salud como bien público global. Ante esto, la Estrategia y el Plan habían anticipado una **serie de riesgos sistémicos**, como el protagonismo del desarrollo de vacunas en la respuesta a la pandemia, la geopolítica de acceso a ellas, la sobreestimación de las capacidades de producción de la misma, la debilidad existente en los sistemas de salud para la correcta distribución de las vacunas y la voluntad de la población para vacunarse.

En este contexto, cabe destacar el papel que han jugado los **seguros de responsabilidad civil en el mecanismo COVAX** en la mitigación de estos riesgos, lo que ahorró importantes costes de transacción gracias a la centralización de su negociación, y mitigó riesgos sobre la

3 El sistema de AOD Grant Equivalent consiste en estimar el elemento de donación implícito en cada una de las operaciones como reflejo del esfuerzo donante, facilitando la comparabilidad entre los flujos de donaciones y de préstamos.

4 El pilar de ACT-A dedicado a vacunas se articuló a través del COVAX, una iniciativa internacional co-liderada por GAVI (la Alianza de Vacunas), CEPI (Coalición para la Innovación en la Preparación contra Epidemias) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), destinada a la adquisición y distribución de vacunas.

5 Access to Covi-19 Tools Accelerator, iniciativa internacional para hacer frente a la pandemia de la COVID-19 a través de la financiación para la investigación, producción y acceso global igualitario a tests, terapia y vacunas frente al COVID-19.



seguridad de las vacunas desarrolladas, destacando el rol de la AEMPS en su gestión.

Por otro lado, al margen del establecimiento de países prioritarios mediante el Advanced Market Commitment (AMC)⁶ para la donación por la vía COVAX, el mecanismo permitió **la incorporación de otros países no AMC, que resultó clave para la donación de vacunas a América Latina y el Caribe por parte de España**, suponiendo el 40% de las donaciones al continente, lo que situó a España como **segundo donante a Latinoamérica** detrás de EE.UU. Además, el **98% de las vacunas que no se han destinado a países incluidos en el AMC ha llegado, precisamente, a países socios de la CE**. Por otro lado, **la asignación bilateral directa** ha sido adecuada para atender casos de **emergencia humanitaria** ante las limitaciones del Buffer Humanitario de COVAX, realizado en conjunción con la UE/ECHO.

La Estrategia ha sido un **referente de cohesión para la CE**, aunque se observa un alineamiento menor de la cooperación descentralizada en sus convocatorias debido a las limitaciones derivadas de la normativa de subvenciones, lo que podría haber influido sobre el nivel global de AOD destinada a hacer frente a la pandemia. Sin embargo, **la CE ha sido flexible durante el periodo de pandemia**, permitiendo la reformulación de proyectos y la utilización de medios digitales para su implementación. Además, **la salud** ha pasado a ser un **enfoque prioritario para la CE**.

COHERENCIA-COORDINACIÓN INTERNACIONAL Y VALOR AÑADIDO DE LA COOPERACIÓN ESPAÑOLA: Siendo la respuesta multilateral central en la Estrategia, **España ha participado en la gobernanza de ACT-A de manera coordinada entre MAEC y AEMPS**. Además, España ha jugado un **papel clave en la constitución del Team Europe COVID-19**, donde la participación de la **AEMPS ha otorgado protagonismo a España en el Mecanismo Europeo de Donación**, fundamental en el proceso de negociación de contratos y donación de vacunas en COVAX.

En esta línea, **España ha fomentado un clima de confianza en la donación de vacunas y en el mecanismo COVAX** lo que, junto a nuevos compromisos financieros, han permitido mejorar su influencia en GAVI. Adicionalmente, España desarrolló un **liderazgo notable en el Plan de Acción Global contra la COVID-19 (GAP)**, convocado por EE.UU., tanto al encabezar su Línea de Esfuerzo de apoyo a los trabajadores sanitarios, como al organizar la Reunión de Alto Nivel de septiembre de 2022.

La CE ha sido referente en los esfuerzos internacionales frente a la pandemia gracias a su **alta capacidad de**

asistencia y carácter técnicos, facilitando el **intercambio de conocimiento**, y siendo un socio fundamental en **las alianzas de cooperación con Latinoamérica**.

Resultados

EFICACIA: la evaluación subraya una serie de logros de la Estrategia y el Plan. En primer lugar, **la Estrategia ha potenciado la coherencia del trabajo de la CE a nivel nacional e internacional**. A nivel nacional, la Estrategia ha generado una **narrativa común** y un **sentimiento de apropiación** entre los actores de la CE, y ha facilitado su participación y coordinación a través de la creación **espacios adicionales a los órganos consultivos de la CE**, destacando el comité tripartito para la donación de vacunas participado por MAEC, Sanidad y Presidencia del Gobierno. A nivel internacional, la coordinación fue especialmente relevante en el ámbito del Plan, destacando el **rol de España en ACT-A**, en la respuesta europea en base al **Team Europe**, en la **negociación de contratos con empresas farmacéuticas a través de COVAX**, y su **liderazgo en el GAP o en la donación de vacunas en contextos humanitarios**.

En segundo lugar, se evidencia que los **compromisos presupuestarios establecidos en la Estrategia se han cumplido de forma adecuada, superando el 80% en 2022**, y se percibe un cumplimiento elevado en los pilares 1 (sanitario) y 2 (derechos) de la Estrategia. El gasto previsto más elevado, con mucha diferencia, se correspondía con la **respuesta multilateral** (nivel de Gobierno), cuyo **compromiso se veía cumplido, siempre a principios de 2022, al 82%**. Respecto al Plan, se considera que las **vacunas han llegado a países y poblaciones priorizadas de manera adecuada** a través de los instrumentos contemplados.

Por último, la Estrategia ha supuesto un **punto de inflexión en la priorización del sector salud en la CE**, tanto en volumen de AOD como en el diseño de nuevas estrategias e intervenciones, como en la actualmente en desarrollo Estrategia de Salud Global de la CE. En términos globales, la Estrategia ha contribuido a la canalización de AOD principalmente sobre el **ODS3, seguido del ODS17**.

SOSTENIBILIDAD: Las acciones de intervención de la Estrategia y el Plan **están siendo adoptadas de manera permanente y escalonada en los países socios de acuerdo con los procesos establecidos en las herramientas de planificación país Marcos de Asociación País (MAP), estrategias y programas**. Al respecto, se destacan el desarrollo de una futura **Estrategia de Salud**

⁶ Dentro de COVAX se estableció el COVAX-AMC (Compromiso de Mercado Avanzado). El AMC es un instrumento financiero cuyo objetivo es adquirir y distribuir la vacuna entre los países menos desarrollados, utilizando las aportaciones de los países donantes y sin coste para los elegibles. El objetivo inicial era financiar mediante donaciones hasta 1.000 millones de dosis con las que vacunar hasta el 20% de la población de estos países.



Global liderada por el Ministerio de Sanidad y el MAEC, y el **Programa Marco de Formación Médica Especializada** (2022) de la AECID, que se ejecuta en Mozambique, Etiopía, Níger, Bolivia, Paraguay, Mauritania y Mali.

Desde el ámbito multilateral se abren espacios para fortalecer y reforzar los sistemas de respuesta a futuras pandemias a partir del aprendizaje propio de COVAX y de otros mecanismos activados durante el COVID-19, como la **Autoridad de Preparación y Respuesta ante Emergencias Sanitarias (HERA)**, líneas de acción específicas como el **proyecto** Open Strategic Autonomy (OSA) y el **refuerzo de la Autonomía Estratégica de la UE** como claves del sector salud, y el papel que ha tenido la Cooperación Española en la iniciativa de banco de conocimiento **C-TAP**, donde la primera licencia puesta a disposición de la iniciativa fue acordada por el CSIC sobre un test serológico de anticuerpos para la COVID-19.

ENFOQUES TRANSVERSALES: El peso de los proyectos que abordan la igualdad de género ha aumentado en paralelo a la crisis del COVID-19. Podría considerarse que la Estrategia ha contribuido a impulsar el volumen de AOD GE con orientación a género, ya que se observa que esta orientación es un 27% mayor en proyectos relacionados con COVID-19 respecto a los demás. Además, la AOD con marcador de género ha sido mayor en actores cuyos planes directores mencionan explícitamente la Estrategia.

Estudios de caso

BOLIVIA

La CE en Bolivia siempre estableció el **sector salud como un ámbito prioritario de intervención**, suponiendo en la estimación presupuestaria de MAP 2018-2021 un porcentaje del 5% (3M€) del presupuesto total, tomando mayor relevancia a raíz de la pandemia por COVID-19 al ejecutarse 7,6M€ (150% más sobre lo previsto).

La adaptación de los programas del MAP 2018-2021 al COVID-19 tuvo en cuenta la Estrategia, estableciendo un doble propósito centrado en **dar continuidad a los programas y contribuir a la reducción de los efectos del COVID-19**. En este sentido, tomó relevancia la reorientación del programa bilateral: "Apoyo al Ministerio de Salud en la formación e incorporación de especialistas en salud para la dotación de recursos humanos calificados", el cual se focalizó en fortalecer las capacidades del Ministerio de Salud y Deportes (MSD) para la gestión y respuesta ante la pandemia.

Los envíos de emergencia por parte de la AECID / Ministerio de Sanidad fueron coordinados con las autoridades locales, existiendo un seguimiento adecuado en el caso del envío de **donación de medicamentos**. No obstante,

el seguimiento ha sido peor en la **donación de equipos de bioseguridad**, debido a la crisis política sufrida en el país.

La remisión de vacunas en el marco del mecanismo COVAX es valorada como muy oportuna, llegando en un **momento adecuado** para dar respuesta a las necesidades de vacunación al incluir dosis de la vacuna Moderna, lo que permitió aportar dosis de refuerzo a aquella parte de la población que había recibido otro tipo de vacuna. Así mismo, contar con este tipo vacunas (Astra Zéneca y Moderna) facilitó su distribución al necesitar cadenas de frío menos exigentes que las vacunas disponibles (Rusia y China).

La formulación del MAP Bolivia-España 2022-2025 tuvo en cuenta la Estrategia, estableciendo un presupuesto vinculado al sector salud con 12M€ (un aumento del 300% respecto al MAP anterior) y focalizándolo en tres resultados concretos: i. fortalecimiento de las políticas sectoriales de salud, ii. reforzar las capacidades de los/as profesionales sanitarios y iii. promover el acceso de las poblaciones vulnerables a servicios de salud especializados.

Complementariamente al fortalecimiento del sector salud, dentro del MAP 2022-2025 se han mantenido programas en el sector educación, y se ha incorporado un nuevo resultado intermedio (1.2), dirigido a contribuir a la Estrategia del Gobierno Boliviano de Recuperación Económica Post-COVID (Soberanía Alimentaria), ambos alineados con las prioridades 2 y 3 de la Estrategia COVID-19.

Como **lecciones aprendidas**, destacan la incorporación del **principio de apropiación** con los socios locales y los diferentes actores de la CE gracias al diálogo continuo, lo que ha permitido obtener resultados positivos. Sin embargo, **es necesario reforzar las capacidades de las contrapartes locales**, especialmente en contexto de aumento a corto plazo de la ayuda, que puede desbordar sus capacidades de gestión existentes.

ETIOPÍA

La cooperación con Etiopía **ha sido, tradicionalmente, una cooperación con un fuerte componente de salud**. Aun así, los desembolsos de AOD en el sector estaban por debajo de lo previsto en los dos años previos al estallido de la pandemia.

La respuesta a la pandemia se basó en la **adaptación de las grandes contribuciones de la CE al sector de la salud** (Fondo ODS, Programa de Especialización Médica) y de los proyectos de desarrollo más que en la canalización de nuevos fondos. No fue posible, a pesar de ello, vincular la distribución de vacunas al programa de desarrollo, aunque la CE estuvo muy alineada a la estrategia del Ministerio de Salud de Etiopía para hacer frente a la



pandemia, impulsando actividades de formación y gestión de casos entre especialistas españoles y etíopes.

A raíz de la pandemia, aunque sin influencia directa de la Estrategia o el Plan, **el nuevo MAP 2022-2027 ha reforzado su enfoque de trabajo sistémico en el sector de la salud a través del apoyo directo al sector público**. Se prevé que la salud sea el sector que más presupuesto concentre en cooperación bilateral directa con el Gobierno y que el protagonismo en la implementación del componente salud recaiga en instituciones públicas.

Etiopía ofrece un buen ejemplo de cómo incluso con un sector de la salud infrafinanciado, el trabajo previo de la CE con el sector público y sus profesionales permite continuar con el apoyo sectorial (Fondo ODS para el Plan de Prevención y Respuesta Nacional) **y apalancar la experiencia en momentos de urgencia** (intercambios online de experiencias entre profesionales médicos participantes en el programa de formación médica).

Finalmente, el enfoque de la **Estrategia por abordar la salud como un bien público y fomentar el fortalecimiento de los sistemas públicos de salud, fue un punto clave para el desarrollo del componente de salud (RD1) del MAP 2022-2027**.

PERÚ

La CE en Perú contó con gran capacidad de **adaptación interna**, aplicando medidas de teletrabajo, evacuaciones y coordinación de la asistencia sanitaria. Además, se **adaptaron intervenciones existentes**, reorientando fondos, como en el convenio AECID con Entrepueblos, Enraza Derechos y AIETI donde se reenfocó el apoyo a 8 ollas comunes en Lima Norte. Igualmente, se adaptaron las capacitaciones prácticas de la Escuela Taller de Cajamarca a modalidad virtual y con cursos cortos relacionados con el COVID-19. Hubo paralizaciones en muchas intervenciones, aumentando los costes asociados.

Por otro lado, se **impulsaron nuevas intervenciones, tanto en salud como en acción frente a la crisis**, destacando la capacitación a personal sanitario, los intercambios virtuales con el Hospital Gregorio Marañón, y la donación de 180.960 vacunas y material sanitario. Igualmente, se impulsó el fondo e-Duc@ de AECID para reducir la brecha digital en educación y se activó el convenio de emergencia de AECID con Acción contra el Hambre para familias sin acceso al bono del gobierno. La respuesta de la CE **estuvo armonizada con la Estrategia**, con grandes compromisos gubernamentales con COVAX y respuesta local de ONGDS a los ODS 2 y 3.

Lecciones aprendidas

La evaluación busca obtener una serie de lecciones aprendidas derivadas de la Estrategia y el Plan, destacando las siguientes:

- El **diseño participativo** ha permitido una elevada **apropiación** de la Estrategia por el conjunto de la Cooperación Española.
- El **papel de España en COVAX** ha sido acertado en la **priorización de Latinoamérica**, considerando los efectos de la pandemia en países de renta media, y en el papel coordinado del **Ministerio de Sanidad-AEMPS y MAEC-SECI en la negociación con empresas farmacéuticas mediante COVAX**, destacando el liderazgo de AEMPS.
- La **conjunción de múltiples instrumentos** ha permitido responder a los compromisos presupuestarios de la Estrategia.
- La **coordinación interministerial liderada por Presidencia** del Gobierno ha sido útil para dar una respuesta articulada, rápida y flexible, que debiera replicarse en nuevas estrategias y contextos de crisis.
- La **importancia dada a la respuesta multilateral ha sido acertada** en el marco de desafíos globales y ha permitido a España mediar en diferencias geopolíticas.
- Algunos **mecanismos han sido rígidos** para dar respuesta a situaciones de emergencia, como la Ley de Subvenciones.
- La **coordinación de la respuesta humanitaria ha complementado eficazmente a COVAX** en países con deficiencias logísticas y de suministros sanitarios.
- La Estrategia ha permitido **reforzar el papel del sector salud**, dando lugar a nuevos programas y a una potencial Estrategia de Salud Global que facilitará el Plan de Salud de la Cooperación Española. No obstante, en la planificación geográfica, la conjunción de **condicionantes puede limitar la incorporación del sector salud** como prioritario.
- La **Estrategia es un ejemplo en la sistematización de los principios** de perspectiva sistémica, uso de instrumentos apropiados, y refuerzo de las capacidades de socios; además de una efectiva incorporación del enfoque de derechos.
- Los estudios de caso han demostrado la importancia de la **apropiación para la consecución de resultados positivos**, aunque es necesario **reforzar las capacidades locales** ante aumentos a corto plazo de recursos. Además, el trabajo previo con el sector público ha sido clave en el apoyo al sector salud y a la hora de **apalancar experiencia** en momentos de urgencia. Por último, destaca la adecuada combinación entre la **cooperación intergubernamental**, a través de la donación de vacunas, con la respuesta **a nivel local de ONGD** sobre los ODS 2 y 3.



Principales recomendaciones

1. En el ámbito del diseño, **se recomienda a DGPOLDES que las nuevas estrategias, como en la potencial Estrategia de Salud Global, tengan un marco de resultados que permita realizar una mejor valoración de los logros asociados a la misma**, toda vez que el Plan de vacunación ha asumido el mayor protagonismo de la respuesta al COVID-19, y los mayores referentes de información sobre logros son los emanados de la contabilización de la AOD, con varios limitantes relacionados con el propio alcance de los proyectos que incorporan el marcador COVID; o del destino de las vacunas, donde la información se limita a nivel país receptor.
2. **En el ámbito de la respuesta ante emergencias globales, se recomienda a la AGE y CCAA articular mecanismos o instrumentos para que la respuesta no esté sujeta a mecanismos excesivamente rígidos de planificación y justificación**, como en los fondos de emergencia de la cooperación descentralizada, ya que en muchas ocasiones ha limitado aportaciones a COVAX.
3. En el mismo ámbito de respuesta, **se recomienda a la AGE realizar aportes generales a organismos multilaterales que decidan la priorización de la inversión a realizar** de manera que se evite el desequilibrio entre pilares, con sobrefinanciación de unos respecto a otros, como ha sucedido en este caso con el pilar de vacunas frente a los pilares de diagnóstico, tratamiento o fortalecimiento de sistemas de salud de ACT-A.
4. **En la gestión que desarrolla DGPOLDES de los microdatos de las intervenciones deberían incluir variables que las conectaran con las prioridades de la Estrategia y las vías de canalización del Plan**. Ello facilitaría el seguimiento de los dos documentos por cualquier actor interesado a través del portal info@od.
5. En el ámbito de la coordinación, **se recomienda recuperar el comité tripartito interministerial**, aunque sea en formato menor, mientras siga latente ACT-A, en la futura Estrategia de Salud Global, y ante emergencias globales.
6. En el ámbito del **fortalecimiento de sistemas de salud que lidera AECID**, se recomienda **reforzar el enfoque de cooperación técnica** en salud hacia una nueva **horizontalidad y cooperación Sur-Sur**. En esta línea, **se recomienda fortalecer el equipo humano de personas expertas en salud** en AECID y sus OCEs, de forma que este permita tener una mayor presencia y continuidad en los espacios de coordinación especializados de este sector.



1. CONTEXTO Y OBJETO DE LA EVALUACIÓN

Contexto

Según los datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) el número total de muertes asociadas directa o indirectamente a la pandemia de COVID-19 (descrito como "exceso de mortalidad") entre el 1 de enero de 2020 y el 31 de diciembre de 2021 fue de aproximadamente 14,9 millones (rango de 13,3 millones a 16,6 millones). La mayor cantidad se registró en el Sureste Asiático, con 5,99 millones. En la lista por regiones le siguen Europa, con 3,25 millones; América, con 3,23 millones; África, con 1,25 millones; y el Mediterráneo oriental, con 1,08 millones. El Pacífico occidental fue la zona menos afectada, con 120.000 muertes. Los datos desagregados apuntan a un 81% del exceso de fallecimientos en los países de renta media, 15% en los de renta alta y 4% en las naciones de bajos ingresos. Los números señalan asimismo que murieron más personas mayores que jóvenes y más hombres que mujeres, con 57% y 43%, respectivamente.

Al tratarse el COVID-19 de una crisis global multidimensional (sanitaria, social, económica y fuertemente ligada a la crisis medioambiental), ha tenido el potencial no sólo de causar ingentes pérdidas humanas, sino también de revertir los progresos sociales de reducción de la pobreza y el hambre de las últimas décadas, así como de causar retrocesos en el cumplimiento de derechos humanos y en gobernabilidad democrática (suspensión de procesos electorales en países, acceso a justicia, acceso a servicios públicos, entre otras).

En muchos aspectos, esta crisis no ha hecho sino actuar como un espejo de aumento de los graves problemas que ya afectaban a millones de personas y, en general, a las comunidades que sufren mayor exclusión o las peores formas de discriminación. **La pandemia ha evidenciado el rol transcendental que juegan las instituciones y servicios públicos en la mitigación de la vulnerabilidad y en la garantía de los bienes públicos en todos y cada uno los niveles de gobierno.**

Es innegable que la pandemia ha llevado a un nuevo escenario en el que resulta imperativo avanzar en el ODS 3 y lograr la cobertura sanitaria universal, fortalecer los sistemas de protección social y los servicios públicos de calidad, asegurar la realización del resto de los derechos

humanos y la adopción de medidas ambiciosas para erradicar las desigualdades y abordar la emergencia climática.

La crisis del COVID-19 ha tenido un impacto de enorme magnitud en los países y territorios con una mayor incidencia de pobreza y desigualdad cuyos sistemas de salud y de protección social no pueden, en gran medida, hacer frente al enorme reto que la pandemia causa. Una pandemia que se suma a otras emergencias sanitarias endémicas como el sida, la malaria, la tuberculosis o las enfermedades tropicales. Y a unos sistemas de salud frágiles con escasez de profesionales de la salud.

Antecedentes y objeto de la evaluación

En este contexto, la Cooperación Española (CE) publica en julio de 2020 la **Estrategia de Respuesta Conjunta de la CE a la crisis del COVID-19**⁷ (en adelante, la Estrategia), con el objetivo de proporcionar una respuesta coherente del conjunto de la CE, en línea con la respuesta global de la Unión Europea (UE) ante la crisis provocada por la pandemia del COVID-19



La Estrategia establece tres prioridades: (1) salvar vidas y reforzar los sistemas de salud pública; (2) proteger y recuperar derechos y capacidades; y (3) preservar y transformar los sistemas socioeconómicos, recuperar el tejido productivo y reforzar la gobernabilidad

⁷ https://www.cooperacionespanola.es/wp-content/uploads/documentos/estrategia_de_respuesta_conjunta_de_la_cooperacion_espanola_covid19.pdf

democrática. Además, detalla cómo se van a impulsar a través de **cuatro ámbitos de respuesta** específicos: la ayuda de emergencia, la coordinación multilateral, las alianzas y la movilización ciudadana.

La Estrategia también establece una serie de **directrices para orientar el “cómo”** se implementa la respuesta a esta crisis, desde el convencimiento de la necesidad de adaptación a la realidad de cada país, el diálogo con los países socios y su sociedad civil, incluyendo las organizaciones de mujeres que trabajen por la defensa de sus derechos, o el refuerzo del liderazgo local (entre otros), son igual de relevantes que el “qué” y el “con qué”.

La Estrategia previó que la crisis en su vertiente sanitaria sólo se podría dar por finalizada cuando **se rompiese la cadena de transmisión mediante la inmunización de un porcentaje suficiente de la población mundial.** Para conseguir este objetivo, considera clave la autorización de **vacunas** seguras y eficaces, asegurar la compra y disponibilidad de un portfolio amplio de vacunas asequibles, establecer el despliegue de todas las capacidades y recursos para asegurar y extender la inmunización a nivel global; concibiendo el acceso universal a la vacunación con la naturaleza de bien público global.



Para ello, y trascurrido medio año, la CE publica en enero de 2021 el **Plan de Acceso Universal: Vacunación Solidaria**⁸ (en adelante Plan). Este se integra dentro de la Estrategia en una de sus prioridades fundamentales (1. Salvar vidas y reforzar los sistemas de salud), que contempla “asegurar el acceso universal y equitativo a la vacuna de COVID-19, y a todas las vacunas, y preparar a los sistemas de salud para su distribución a toda la población, incluyendo los lugares más remotos y con especial atención a los colectivos que sufren discriminación o exclusión social y aquellos colectivos con discapacidad, garantizando el acceso a la misma de todas las mujeres y niñas”.

Así, el **objetivo a nivel global del Plan es contribuir a la vacunación de un significativo porcentaje de la población mundial mediante el apoyo al acceso rápido a la vacuna de los países y las personas con mayor dificultad de hacerlo**, utilizando también para ello dosis provenientes de la dotación de vacunas adquiridas por España, sin perjuicio del proceso de vacunación del conjunto de la población española.

Las prioridades del Plan se enfocan hacia la población refugiada desplazada y solicitantes de asilo especialmente en contextos humanitarios, a los Países Menos Adelantados aun cubiertos por AMC⁹ y a los Países Socios de la CE donde no esté garantizado el acceso del 20% prioritario de la población y no estén incluidos en el AMC.

El Plan establece **6 vías para canalizar la contribución en especie de vacunas** que pudiera realizar la CE: vía COVAX, vía mecanismo de donación de la UE, vía Oficina de Acción Humanitaria y ECHO, organizaciones multilaterales y regionales, asignación directa bilateral y reserva estratégica.

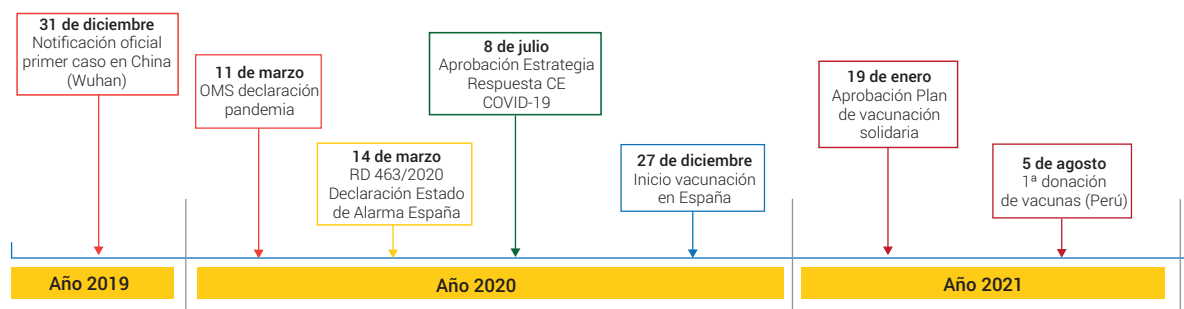
El análisis temporal de la Estrategia y el Plan es clave para analizar ambos abordajes dados los tiempos tan ajustados en los que se realizaron y la situación de incertidumbre. (Figura 1).

8 <https://www.exteriores.gob.es/es/Comunicacion/Noticias/Documents/PLAN%20ACCESO%20UNIVERSAL-1.pdf>

9 Compromiso Mercado Avanzado Covax (AMC siglas en inglés): mecanismo financiero cuyo objetivo es permitir el acceso a las vacunas de COVID-19 a 92 países de renta baja y media baja.



Figura 1. Línea del tiempo



Fuente: elaboración propia

El proceso de diseño, construcción participativa y protocolo de aprobación de la Estrategia apenas tuvo una duración de 4 meses. El Plan se aprobó menos de un mes tras el inicio de la vacunación en España, y las primeras donaciones se realizaron algo más de medio año tras su aprobación.

Tanto la Estrategia como el Plan contemplan en su formulación la elaboración de una evaluación final que valore su relevancia, resultados e impacto, y permita extraer lecciones aprendidas. En consecuencia, el **objeto de esta evaluación será la Estrategia y el Plan como uno de sus principales mecanismos.**

Objetivos de la Evaluación

La evaluación constituye un momento relevante ya que permitirá a los diferentes actores implicados analizar de manera conjunta tanto su enfoque como su lógica de trabajo, así como valorar sus principales contribuciones en el periodo 2020-2022, y los desafíos de cara a un nuevo proceso de estrategia ante futuras posibles pandemias.

La evaluación de la Estrategia y del Plan se ha realizado de manera **externa e independiente**, y se ha centrado en el **periodo 2020-2022**. Los **objetivos** de la evaluación final de la Estrategia y del Plan son los siguientes:

- Valorar si las prioridades del Plan y la Estrategia **responden a las necesidades y capacidades** de los países y se han establecido en **diálogo** con las instituciones.
- Analizar la **flexibilidad** de la Estrategia y el Plan de adaptarse al contexto cambiante de la crisis.
- Valorar la **adecuación de los instrumentos** de respuesta y vías de canalización utilizados para la consecución de las prioridades y objetivos establecidos en la Estrategia y en el Plan.
- Analizar si los **mecanismos de coordinación y división de trabajo** han sido eficaces para dar respuesta a las necesidades de los países.

- Valorar el **grado de avance de los logros y resultados** alcanzados a través en la Estrategia y el Plan.
- Valorar el **grado de transversalización del enfoque de género y la inclusión de las poblaciones más desfavorecidas** en el diseño e implementación de la Estrategia y el Plan, y su contribución específica a los objetivos de **no dejar a nadie atrás** y de una **cooperación feminista**.
- Valorar la contribución de la Estrategia y Plan a la Agenda2030 y la consecución de los ODS, en especial, en el **ODS3 y ODS17**.
- Identificar **buenas prácticas y extraer lecciones aprendidas** de cara a futuras posibles pandemias.
- Identificar, en función de la documentación preliminar analizada, una propuesta para realizar un **estudio de caso**.
- Contribuir a una **mayor transparencia y rendición de cuentas**.

Alcances de la Evaluación

Dimensión geográfica de la evaluación

Países que han sido receptores del apoyo de la Estrategia de respuesta conjunta de la Cooperación Española y del Plan de acceso universal a la vacunación, siendo concretamente las prioridades del Plan, la población refugiada desplazada y solicitantes de asilo especialmente en contextos humanitarios, los Países Menos Adelantados aun cubiertos por AMC y los Países Socios de la CE donde no esté garantizado el acceso del 20% prioritario de la población y no estén incluidos en el AMC.

Dimensión temporal de la evaluación

El ámbito temporal evaluado de la Estrategia y el Plan de Vacunas es el situado entre 2020 - 2022.



Usuarios de la evaluación

primarios y usuarios secundarios en relación a su implicación en el proceso evaluativo, así como al uso de la información suministrada por la misma:

Partiendo del análisis de los Términos de Referencia (TdR – Anexo VI) se identifican los siguientes usuarios

Tabla 1. Usuarios de la evaluación

| Usuarios de la Evaluación | Uso pretendido de la Evaluación |
|---|--|
| Primarios | |
| DGPOLDES. | <ul style="list-style-type: none">• Analizar de manera conjunta, con base en las conclusiones, recomendaciones y lecciones aprendidas evidenciadas por la evaluación, el enfoque de trabajo realizado y valorar las principales contribuciones en el periodo 2020-2022, y los desafíos de cara a un nuevo proceso de estrategia ante futuras posibles pandemias.• Promover un ejercicio de aprendizaje, transparencia y rendición de cuentas. |
| Grupos de Trabajo de la Administración General del Estado y Comité de Seguimiento de la Estrategia. | |
| Secundarios | |
| La Cooperación Española en su conjunto y sus socios en los países. | Participar en aquellas conclusiones y recomendaciones que les sean relevantes. |

Fuente: elaboración propia



2. METODOLOGÍA DE LA EVALUACIÓN

Diseño de la evaluación

El diseño de la evaluación y la elaboración de los Términos de Referencia se llevó a cabo durante el segundo semestre de 2022 por parte de la DGPOLDES, y en concreto por la División de Evaluación y Gestión del Conocimiento y la Subdirección General de Políticas de Desarrollo Multilateral y Europeas.

Además, durante 2022, se realizaron tres evaluaciones externas de los Marcos de Asociación País de la Cooperación Española que contextualizaron el periodo de pandemia: MAP Bolivia (2019-2022), MAP Perú (2019-2022) y del MAP Ecuador (2019-2022). En estas evaluaciones, se valoró la adaptabilidad del MAP ante la crisis del COVID-19 así como las acciones llevadas a cabo por la CE. En concreto, en la evaluación del MAP de Perú, se llevó a cabo un análisis más exhaustivo, en forma de estudio de caso de la repuesta de la CE ante la crisis del COVID-19. La información obtenida de las tres evaluaciones sirvió de insumo para la elaboración de los Términos de Referencia (TdR) de esta evaluación.

Igualmente, el estudio de caso reflejado en la Evaluación del MAP de Perú (2019-2022), se incorpora en el informe en el apartado 4, correspondiente a estudios de caso; y las evaluaciones de Bolivia y Ecuador se han incorporado en las fuentes de esta evaluación.

Como se ha indicado, la Estrategia contempla la realización de una evaluación final "en coordinación con los países de la OCDE". España, como miembro del CAD, sigue sus principios en el despliegue de su política de cooperación al desarrollo sostenible en todas sus fases. Específicamente, sigue los criterios de evaluación del CAD y participa en su red de evaluación, conocida como EvalNet. Esta coordinación no se ha limitado a ese grupo de trabajo, sino que se ha visto ampliada gracias a la promoción de EvalNet de la Coalición Global para la

Evaluación del COVID-19¹⁰, que extiende la participación al sistema multilateral y todos los países que deseen participar. Su objetivo es la puesta en común de las evaluaciones realizadas en materia de apoyo a la respuesta de los países en desarrollo frente a la pandemia del COVID-19, permitiendo generar aprendizajes comunes y reducir duplicidades en la evaluación.

En este sentido, la División de Evaluación de DGPOLDES ha sido un miembro activo de la Coalición Global para la Evaluación del COVID-19, participando en sus reuniones, aplicando aprendizajes de nuestros socios sobre cómo abordar el análisis de la respuesta frente al COVID-19, y obteniendo inputs y fuentes que han nutrido el diseño de la evaluación desde su diseño y elaboración de TdR. Además, los TdR de la evaluación han sido compartidos al Secretariado de EvalNet, lo que ha permitido incluir sus comentarios y orientaciones en la versión final.

Equipo evaluador

La evaluación ha sido realizada por Análisis y Desarrollo Social Consultores. S.L¹¹. El equipo de evaluación ha estado formado por tres consultores: Luis Peman, Carlos Lobo y Nicolás Ayensa.

Desarrollo de la evaluación

El equipo evaluador ha desarrollado el proceso de evaluación en tres fases: 1. *Trabajo de gabinete-Informe Inicial*; 2. *Trabajo de campo*; 3. *Elaboración de Informe final preliminar*. Dicho proceso se ha distribuido temporalmente a lo largo de aproximadamente 14 semanas, en las que se han ido entregando diferentes productos de acuerdo con los términos de referencia y al contrato establecido, según se muestra en la Tabla 2.

¹⁰ <https://www.covid19-evaluation-coalition.org/>

¹¹ <https://www.aidsocial.com>

Tabla 2. Organización del proceso de evaluación

| FASE | Fase de Diseño de la Evaluación | Fase de Trabajo de Campo | Fase Trabajo de Gabinete |
|----------------|---|---|--|
| FECHA PREVISTA | 15 de marzo de 2023 a 25 de abril de 2023 | 26 de abril de 2023 a 31 de mayo de 2023 | Del 1 de junio al 13 de septiembre de 2023 |
| PRODUCTO | Plan de Trabajo P1. | Aplicación de herramientas de recogida de información | Entrega Informe Final Preliminar. |
| RESPONSABLE | Equipo AID Social. Aprobación DGPOLDES | Equipo AID Social. | Equipo AID Social. Aprobación DGPOLDES |

Teniendo en cuenta el tipo de intervención y los intereses mostrados en los TdR, la evaluación se ha abordado desde la perspectiva de juicios **sumativos y formativos**, incorporando los insumos de la evaluación para la identificación de buenas prácticas y lecciones aprendidas. La utilización de estas aproximaciones evaluativas atiende a las necesidades informativas expresadas en los TdR y son consideradas, por parte del equipo evaluador, como las más adecuadas para dar cobertura a los objetivos y alcances pretendidos con esta evaluación.

Inicialmente, se planteó la utilización de la aproximación evaluativa **basada en la teoría** (teoría del cambio e implementación), la cual fue desestimada en el Plan de Trabajo inicial después de realizar el análisis de evaluabilidad (Anexo I. Análisis Evaluabilidad), especialmente en el caso de la Estrategia, ya que esta no cuenta con un

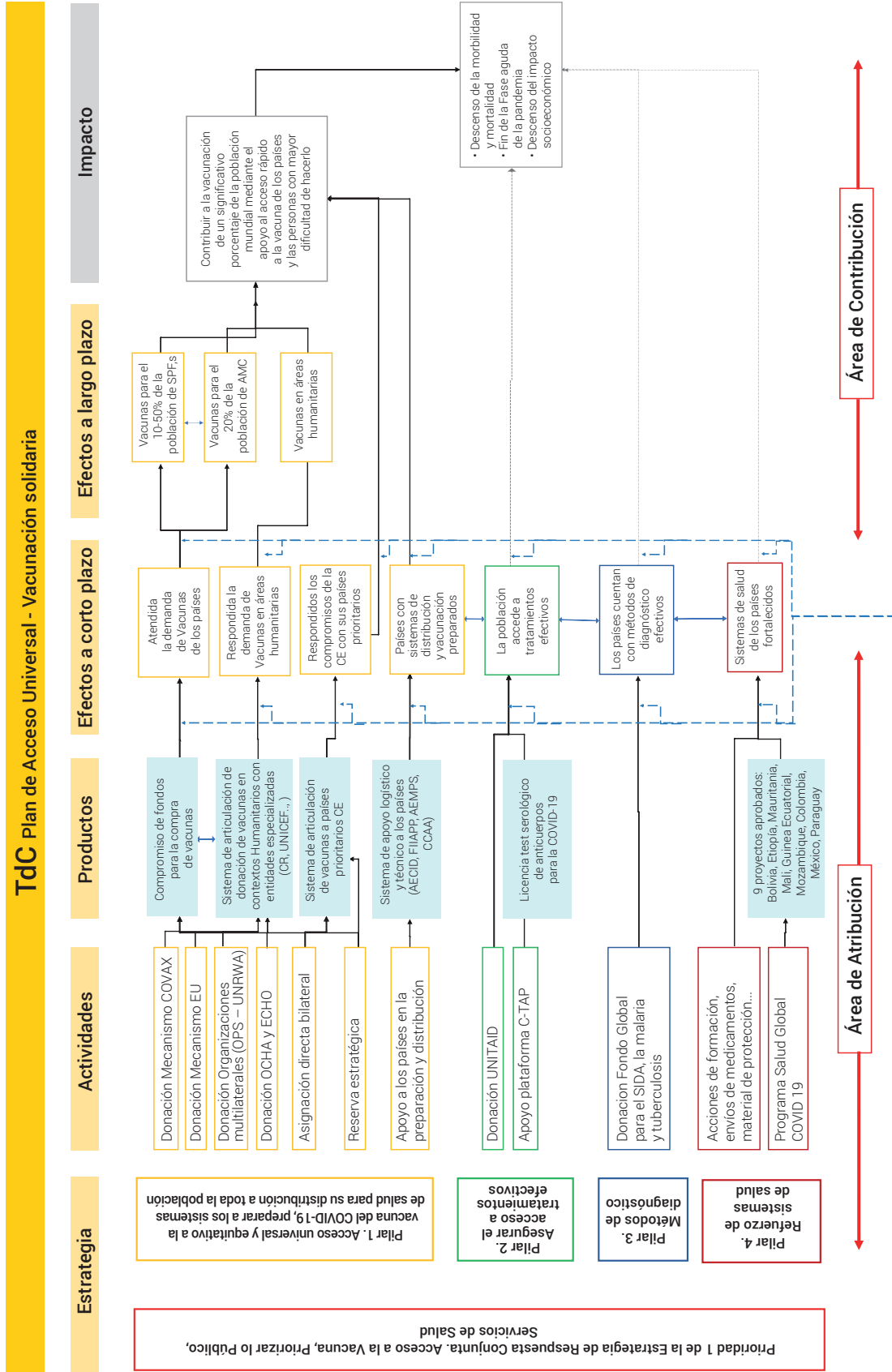
marco de resultados específicos y presenta una lógica de intervención¹² muy general, planteando tres prioridades de intervención muy abiertas y multidisciplinarias que dificultan la reconstrucción de una posible Teoría del Cambio (TdC).

Sin embargo, durante el proceso de análisis de la información y elaboración del presente informe, se ha visto la factibilidad de realizar la construcción de la TdC del Plan de Vacunas, el cual presenta un marco de intervención más concreto, derivado de la prioridad 1 de la Estrategia (salvar vidas, reforzar sistemas de salud pública) y articulado en los **pilares de la alianza internacional Access to COVID-19 Tools-Accelerator (ACT-A)**: 1) vacunas, 2) tratamientos, 3) diagnósticos y 4) refuerzo de sistemas de salud, lo que ha permitido al equipo evaluador desarrollar la siguiente TdC del Plan de Vacunas (Figura 2).

12 1. Salvar vidas, reforzar los sistemas públicos de salud, 2. Proteger y recuperar los derechos, reforzar las capacidades de las personas en situación de exclusión o vulnerabilidad y 3. Preservar y transformar los sistemas socioeconómicos, recuperar el tejido productivo y reforzar la gobernabilidad democrática, con las personas y el planeta en el centro.



Figura 2. Teoría del Cambio del Plan de Acceso Universal



Principios: Acceso equitativo, universal y asequible. La evaluación de las necesidades debe realizarse con arreglo a criterios objetivos. Enfoque integrado: (tratamientos, diagnósticos y refuerzo de sistemas de salud), refuerzo de sistemas de salud, refuerzo multilateralismo en la respuesta, liderazgo de los países socios (identificación e implementación), atención a los países prioritarios de la cooperación española, donación a terceros, uso apropiado de la tecnología, seguimiento y rendición de cuentas.



Descripción de la Teoría del Cambio del Plan de Vacunas

El Plan de Vacunas se inserta directamente con la Prioridad 1 de la Estrategia: *1. Salvar vidas, reforzar los sistemas públicos de salud* y está articulado por los cuatro pilares del ACT-A.

Para la construcción de la TdC del Plan de Vacunas se ha establecido una **cadena de resultados** conformada por una serie de **actividades (12)** o acciones vinculadas a cada uno de los pilares, cuya implementación conlleva la creación de unos **productos (6)**, los cuales, gracias a su puesta en marcha se espera que generen unos **efectos a corto plazo (7)**, que a su vez se pueden vincular con unos **efectos a largo plazo (4) e impacto (1)**, a los que en base a la teoría causal van a contribuir.

Adicionalmente, el Plan integra unos **principios** los cuales se han identificado como **elementos de cambio** relacionados con los cuatro pilares que lo estructuran. Estos elementos de cambio se tienen en cuenta y se transversalizan a lo largo de la implementación del Plan, incidiendo en los diferentes eslabones de la cadena causal de resultados. Por último, la TdC ofrece dos áreas diferenciadas, el área de **atribución** y el área de **contribución**.

El área de atribución se corresponde con los elementos de la cadena de resultados donde el Plan incide de forma directa y la consecución de sus productos y efectos a corto plazo dependen de su implementación.

El área de contribución se corresponde con los elementos de la cadena de resultados que no son responsabilidad exclusiva del Plan, sino que también dependen de otros factores o intervenciones de terceros para poder cumplirse, por ello el Plan solo contribuirá a ellos.

Todos estos elementos de la TdC del Plan se han tenido en cuenta a la hora de la identificación de los hallazgos, analizando el cumplimiento de los mismos y como han incidido en la consecución de los productos y efectos pretendidos, especialmente en el área de atribución.

Levantamiento de datos

El diseño evaluativo se considera formativo, de tipo no-experimental, sustentado en la compilación y triangulación de información a través de fuentes primarias y secundarias, y de tipo cualitativo y cuantitativo.

Este diseño permite recoger las opiniones y percepciones de las partes involucradas, así como observar procesos, dinámicas de cambio y un panorama general de los resultados obtenidos, con el objeto de realizar **una**

triangulación de la información que permita enfocar la evaluación hacia juicios formativos- sumativos e identificar lecciones aprendidas.

Análisis documental (Cualitativo)

El equipo evaluador ha realizado un análisis documental de un total de **197 documentos**. (Adjunto a este informe - ANÁLISIS DOCUMENTAL).

Se contó con fuentes de información primaria vinculada al proceso de diseño, seguimiento e implementación de la Estrategia y Plan, pertenecientes a la Administración General del Estado (AGE), Comunidades Autónomas (CCAA) y otros actores de la CE. También se contó con fuentes de información secundaria centradas principalmente en documentos de planificación, evaluación y sistematizaciones de experiencias de otras agencias de cooperación y organizaciones internacionales que han estado implicadas en la gestión de la respuesta a la pandemia a nivel mundial. (Ver Análisis documental y Bibliografía).

Entrevistas semiestructuradas (Cualitativo)

Una parte clave para el desarrollo de la evaluación y el suministro de información primaria son las entrevistas semiestructuradas. En dicho proceso se buscó obtener información directa de actores claves, considerados de importancia y prioridad máxima.

Durante el trabajo de campo se realizaron **39 entrevistas (15 mujeres y 24 hombres)** representando a un total de 18 instituciones, departamentos o entidades. Esta herramienta de investigación social ha sido utilizada principalmente con actores de la AGE, CCAA, ONGD, personas expertas y otras entidades internacionales con las que se ha mantenido coordinación durante la implementación de la Estrategia y el Plan.

El uso de esta herramienta facilitó obtener información sobre los antecedentes, elementos de coordinación e implementación de ambos documentos (Ver Anexo II. Relación de personas entrevistadas).

Análisis de datos estadísticos (Cuantitativo)

Este análisis se ha basado en una aproximación centrada en la recolección y procesamiento de datos procedentes de tres fuentes facilitadas por la DGPOLDES: 1. **Reporte oficial de AOD** para los años 2020 y 2021, 2. **información sobre la contribución pública a las prioridades y respuestas de la Estrategia**, derivada de una **encuesta de seguimiento de la Estrategia ad hoc**, y 3. **El volumen de vacunas y las donaciones de ayuda humanitaria** en especie a autoridades o actores locales.



Las bases de datos de la AOD del Sistema de Información de Ayuda al Desarrollo del MAEC (info@od) contiene los microdatos de todas las intervenciones de la AOD española y, en particular, cuenta con dos variables especialmente relevantes para el estudio. La primera es el marcador del CRS para los proyectos específicamente dirigidos a luchar contra la pandemia en el sector de la salud (**CRS-12264- Control COVID-19**). La segunda, es una etiqueta más amplia que categoriza los proyectos de cualquier sector que estén relacionados de alguna forma con la pandemia ("**intervención relacionada con la COVID-19**").

Por último, se recurrió a fuentes de datos internacionales relevantes, entre las que destaca el cuadro de mando de vacunas de UNICEF (www.unicef.org).

Cuestionarios (Cuantitativo)

Se establecieron cuatro tipos de cuestionario online dirigidos a Ministerios, CCAA, OCE y Embajadas, centrados en obtener información sobre elementos de participación y valoración desde un enfoque de aprendizajes y retos.

La tasa de respuesta global ha sido del 35% (Tabla 3). La ratio se ha acercado a la mitad en el caso de las CCAA y EELL (estas últimas representadas por la FEMP) y de las OCE, y a un cuarto a nivel de embajadas. Por lo tanto, estos resultados de la encuesta se deben tomar como una forma de triangulación de los hallazgos obtenidos por otras vías más que la opinión del conjunto de los colectivos encuestados.

Por otro lado, la respuesta a la encuesta lanzada sobre los Ministerios ha sido única, por lo que el resultado se interpreta como la opinión del Ministerio de Trabajo y Economía Social.

Tabla 3. Tasa de respuesta a las encuestas en línea

| Encuesta | Envíos | Respuestas | Tasa de respuesta |
|---------------------|-----------|------------|-------------------|
| CCAA y FEMP | 20 | 11 | 55% |
| Ministerios | 18 | 1 | 5% |
| OCE | 31 | 13 | 42% |
| Embajadas (sin OCE) | 12 | 3 | 25% |
| Total | 81 | 28 | 35% |

Fuente: elaboración propia

Los detalles sobre las encuestas pueden consultarse en el Anexo III. Informe de encuestas.

Estudios de caso

Con base en lo establecido en los TdR de la presente evaluación, el equipo evaluador ha desarrollado dos estudios de caso¹³ centrados en Bolivia y Etiopía. La selección de los mismos atiende al interés en profundizar y conocer cómo ha sido la evolución del trabajo sectorial antes y después del COVID-19, teniendo en cuenta que en ambos países se venía trabajando este componente desde vertientes y contextos diferenciados (Ver Apartado 4). Además, se ha incluido un estudio de caso de la evaluación del MAP de Perú debido a su relevancia para profundizar en el desarrollo de la Estrategia en los países de asociación de la CE.

Análisis de la información

Para el análisis de la información recogida, se recurrió a la triangulación sistemática de metodologías, técnicas y fuentes con el objeto de facilitar el contraste de la información, asegurando la fiabilidad de esta.

Atendiendo a lo anterior, el equipo de evaluación trianguló la información comparando la información obtenida gracias a la aplicación de las diferentes herramientas de recogida de la información señaladas aquí arriba. Asimismo, se realizó triangulación de lo observado contra entrevistas, los documentos contra la información de las diferentes entrevistas, y el contraste entre los juicios sumativos y formativos evidenciados por el equipo evaluador.

Matriz de evaluación

La matriz de evaluación inicial incorporada en los TdR estaba conformada por 19 preguntas de evaluación ordenada por los criterios de evaluación del CAD/OCDE¹⁴ (Relevancia, Eficacia, Eficiencia, Coherencia, Sostenibilidad e Incorporación del Enfoque de Género) así como por niveles de Diseño, Implementación y Resultados.

En el informe inicial, el equipo de evaluación realizó un análisis de evaluabilidad de las preguntas de evaluación, excluyendo dos de las mismas, y fijando una estructura de matriz de evaluación de 17 preguntas ordenadas por

¹³ Estos no son un estudio de caso en el sentido estricto y académico, sino que son aproximaciones de análisis a dos países concretos en base a unos intereses expresados por la DGPOLDES.

¹⁴ <https://www.oecd.org/development/evaluation/Criterios-evaluacion-ES.pdf>



criterios a las que se da respuesta en el punto 4. Hallazgos del presente informe. La matriz de evaluación y el análisis descrito puede analizarse en el Anexo IV. Matriz de evaluación.

Principales limitaciones del proceso de evaluación

Las principales limitaciones a las que se ha enfrentado la evaluación tienen que ver con: (1) la participación de algunos actores; (2) la falta de acceso a una información de carácter más integral, que refleje una visión conjunta de la Estrategia durante las entrevistas; (3) el acceso a datos estadísticos actualizados de 2022.

Una relación de estas limitaciones es la siguiente:

- La respuesta a los cuestionarios ha sido menor de la esperada. Esta situación se ha dado especialmente en lo que respecta al cuestionario elaborado para los Ministerios, donde solo se ha contado con una respuesta, lo cual ha limitado el poder disponer de una valoración de las personas integrantes de los mismos.
- A la hora de contactar con las diferentes personas identificadas como actores claves en la agenda, se ha evidenciado una alta rotación del personal dentro de las diferentes administraciones, lo que ha limitado el acceso a la información del periodo completo de diseño e implementación de la Estrategia y el Plan, existiendo algún caso en el que se desestimó

la participación al considerar que no podían aportar información relevante al respecto.

- Las personas entrevistadas y consultadas atienden en su mayoría a personal propio de las entidades, organizaciones y administraciones de la CE, siendo mucho menor la participación de actores externos a la misma.
- Los datos estadísticos de AOD disponibles se centran en los años 2020 y 2021, no estando disponible a la hora de elaboración de este informe, la actualización de estos a 2022, lo que hubiera permitido ofrecer una visión de cómo ha sido el proceso de salida o cierre de la Estrategia y Plan.

Como elementos de mitigación de estas limitaciones, y dentro de lo posible, se ha contado con informantes alternativos para aquellas personas que no han podido o han desestimado participar. Con respecto a los datos de la AOD, se han buscado fuentes secundarias que pudieran complementar la información existente.

En el momento de realizar la evaluación, se encuentran en proceso de elaboración y/o publicación documentos estratégicos íntimamente relacionados con la Estrategia, como el VI Plan Director de la Cooperación Española y la Estrategia de Salud Global, lo que limita parte del análisis más relacionado con el criterio de Sostenibilidad.

Desde el equipo evaluador, agradecemos el apoyo recibido desde DGPOLDES para la gestión de la agenda de entrevistas y la facilitación de la documentación necesaria para el análisis, así como la participación y colaboración de todas las personas entrevistadas y consultadas.



3. HALLAZGOS

Los hallazgos se estructuran en torno a las dimensiones de evaluación de **diseño, implementación y resultados**, y dentro de cada dimensión, por los criterios de evaluación, proporcionando la información requerida en las preguntas de evaluación.

Dimensión de diseño

En esta dimensión, se analiza el modo en que se conciben y se elaboran la Estrategia y el Plan. En concreto, se centra en el análisis de la coordinación entre los actores de la CE en el diseño, la relevancia en relación con el contexto de los países socios y sus necesidades, así como del conjunto de la CE. Igualmente, se valora la eficacia en referencia a los riesgos y medidas de mitigación previstas, y la incorporación del enfoque de género y grupos vulnerables en el diseño de ambas estrategias.

Criterio de coherencia

Diálogo y coordinación entre los actores de la Cooperación Española

Puede considerarse que la Estrategia representa la respuesta conjunta efectiva de la Cooperación Española.

La elaboración de la Estrategia, entre abril y junio de 2020, ha sido coordinada por la DGPOLDES de la SECI, y en su redacción ha participado el conjunto de la AGE, las Comunidades y Ciudades Autónomas, las Entidades Locales (a través de la FEMP y la Confederación de Fondos de Cooperación y Solidaridad), y el Consejo de Cooperación para el Desarrollo.

Por lo que respecta a la participación de las Comunidades y Ciudades Autónomas y Entidades Locales, y según las respuestas a la encuesta realizada, **un 72% señalan que han participado en su diseño.**

El proceso para su elaboración ha incluido **aportaciones de un gran número de entidades y expertos individuales y se ha beneficiado de debates públicos a través de la colaboración con la plataforma de la Alianza “El Día Después”** (Comunidad de Gobernanza Global y Cooperación Internacional de El Día Después, 2020) impulsados por el Centro de Innovación en Tecnología para

el Desarrollo Humano de la Universidad Politécnica de Madrid (itdUPM), el Instituto de Salud Global de Barcelona (IS Global), la Red Española para el Desarrollo Sostenible (REDS) e Iberdrola. En junio de 2020 se realizaron cuatro talleres en este marco a través de salas virtuales, cuyo resultado fue la elaboración de un documento con aportaciones al borrador final de la Estrategia¹⁵. Los ejes temáticos que se trabajaron fueron:

- *Salud global: de la emergencia humanitaria por la pandemia a la cooperación científico sanitaria para el desarrollo;*
- *La primera línea de la lucha contra la desigualdad: la acción comunitaria/local/regional;*
- *Gobernanza global y financiación de las transformaciones para el crecimiento sostenible;*
- *El impacto de la COVID-19 en la igualdad de género.*

En cada una de las salas virtuales estuvieron presentes personas de la alianza El Día Después y sus comunidades temáticas, encargadas de dinamizar el debate y sistematizar una relatoría, representantes tanto de la DGPOLDES como de AECID y personas procedentes de otras administraciones, organizaciones de la sociedad civil, universidades y centros de investigación, y sector privado a todos los niveles.

Estos talleres se plantearon como un ejercicio complementario al de los debates en los espacios formales consultivos y de coordinación reglamentarios de la Cooperación Española (Consejo de Cooperación, Comisión Interterritorial y Comisión Interministerial de Cooperación para el Desarrollo), desarrollados a través de un proceso de consulta que arrancó a mediados de mayo de 2020 con un primer borrador de la Estrategia.

Asimismo, desde la **Coordinadora Española de ONGD se hicieron aportes al primer borrador de la Estrategia**, en el cual se planteaban diferentes consideraciones (apuesta por lo multilateral, afianzamiento y refuerzo de los enfoques transversales, etc..) que fueron tenidas en cuenta. Al respecto, se valora positivamente el esfuerzo de coordinación y diálogo entre los diferentes actores promovido en la elaboración de la Estrategia.

El proceso de aprobación de la Estrategia siguió la dinámica establecida en la CE para la aprobación de los documentos estratégicos, donde el Pleno del Consejo de Cooperación para el Desarrollo emitió dictamen sobre

15 <https://diadespues.org/wp-content/uploads/2020/04/Informe-final-Taller-multiactor-8-junio.pdf>

la Estrategia el 8 de julio del año 2020, presentando el texto final a la Comisión Interterritorial de Cooperación para el Desarrollo el día 13 y a la Comisión Interministerial el día 14 del mismo mes y año.

Teniendo en cuenta lo anterior, se puede establecer que **el proceso seguido en el diseño de la Estrategia parte de un proceso de diálogo y coordinación de la CE muy rico y bien valorado**, tal y como los propios actores reconocen en las diferentes entrevistas y/o en los resultados de la encuesta a CCAA y FEMP, (Anexo III. Informes de encuestas), donde gran parte de las respuestas hacen mención del papel de la Estrategia y Plan como elemento de cohesión y articulación conjunta de la CE (Tabla 4). Se considera por los diferentes actores entrevistados que este proceso de elaboración ha permitido una **visión integradora y representativa de la CE es compartida**, siendo, de hecho, una de las principales buenas prácticas verbalizadas.

Tabla 4. Respuestas CCAA y FEMP a la pregunta. ¿Cuál es (o cuáles son), en su opinión, los grandes logros de la Estrategia y/o del Plan¹⁶

- Me parece una buena estrategia y a nosotros nos ha ayudado a orientar nuestras políticas.
- Plantear un diagnóstico y una respuesta elaborada y conjunta entre todos los actores.
- La capacidad de reacción rápida y conjunta frente a la emergencia. La buena coordinación de actores establecida. La buena definición de las líneas de acción.
- La información y coordinación.
- Que han ofrecido una oportunidad de repensar los objetivos y líneas de acción de la cooperación a la luz de lo provocado por la COVID-19.
- Articular una visión común.
- Dos elementos: 1. Contribuye a una narrativa común entre actores y plantea una respuesta compartida y participada, definiendo un conjunto de principios que guían a los actores que participan. 2. Integra un enfoque con múltiples perspectivas que a su vez es coherente y alineado con la respuesta global de la Unión Europea, enmarcando un conjunto de prioridades y vías de canalización prioritarias.

Fuente: Encuesta a CCAA y FEMP

De igual manera, **este proceso es especialmente valorado en el Examen de Pares a España de la OCDE de 2022, donde se pone en valor la formación de grupos ad hoc con los otros dos órganos consultivos, la Comisión Interterritorial y la Comisión Interministerial de Cooperación al Desarrollo**, para debatir planes de

acción y estrategias concretas sobre cuestiones como la recuperación del COVID-19 o la eficacia del desarrollo (OCDE, 2022).

En este ámbito, se considera que estos esfuerzos **han contribuido a un entendimiento compartido** de los retos clave a los que se enfrenta la cooperación al desarrollo de España, y a un sentimiento de apropiación de su visión global, resaltando como un producto concreto de este diálogo reavivado la propia Estrategia, que presenta la respuesta de toda la sociedad española (“conjunta”) a la pandemia.

Por último, **la Estrategia no concibe la pandemia como un paréntesis en la implementación de los ODS sino como un catalizador**, de modo que la Agenda 2030 es “la urgente hoja de ruta” que debe aplicarse “de cara a afrontar y resolver los grandes problemas que deja la pandemia” (MAEC, 2020, p. 4). Al colocar la Agenda en el centro, la Estrategia la presenta como marco de actuación para todos los actores de la CE en un momento en que la urgencia y la incertidumbre podrían haber dispersado las prioridades.

De entre todos los ODS, son dos a los que se hace referencia explícita: el ODS 3 (salud y bienestar) y el 17 (alianzas para alcanzar los objetivos). Sobre el ODS3, el documento declara que “resulta imperativo avanzar” para “lograr la cobertura sanitaria universal, fortalecer los sistemas de protección social y los servicios públicos de calidad, asegurar la realización del resto de los derechos humanos y la adopción de medidas ambiciosas para erradicar las desigualdades y abordar la emergencia climática” (MAEC, 2020, p. 1). Por otro lado, a través del alineamiento con el ODS 17, la Estrategia promueve una respuesta coherente basada en alianzas dentro de la CE y en lo multilateral.

En lo que respecta al **Plan, este ha sido elaborado conjuntamente por el Ministerio de Asuntos Exteriores, Unión Europea y Cooperación (MAEC), a través de la coordinación de la Secretaría de Estado de Cooperación Internacional (SECI), y el Ministerio de Sanidad del Gobierno de España.**

El Plan se enmarca en el desarrollo de la Estrategia y ha contado con un claro liderazgo de Presidencia de Gobierno, del MAEC y Sanidad, así como con otros actores como ISGlobal.

En este caso, la participación de las CCAA y EELL no fue tan significativa como en la Estrategia, siendo un proceso más articulado desde la AGE. **Según las respuestas a la encuesta de evaluación a CCAA y EELL, un**

16 Han participado en la encuesta 10 CCAA (Comunidad Valenciana, Galicia, Principado de Asturias, Canarias, Castilla y León, Comunidad Foral de Navarra, Illes Balears, Andalucía, Catalunya) y una representación de FEMP. Han dado respuesta a la anterior pregunta la totalidad de las representaciones, excepto Illes Balears y la FEMP.



45,5% de las entidades señalan que no han participado en el diseño del Plan y un 36,4% destaca que sí.

Criterio de Relevancia

Diálogo de políticas. Alineamiento con las prioridades de los países socios

Teniendo en cuenta el proceso de elaboración de la Estrategia, **esta expresa y representa la respuesta conjunta de la CE**, contando con aportaciones de personas expertas, la sociedad civil, universidades, centros de investigación, sectores profesionales y la empresa privada a distintos niveles. Como mecanismo de participación amplia para su diseño, cabe destacar el espacio de contribuciones al borrador de la Estrategia promovido a través de la Alianza “El Día Después”¹⁷, cuya aprobación posterior siguió el cauce administrativo habitual en la CE, con dictamen del Consejo de Cooperación, y presentación del texto final en la Comisión Interterritorial e Interministerial de Cooperación para el Desarrollo. En tal sentido, **el proceso de elaboración de la Estrategia se circunscribe a la propia CE, sin que se hayan establecido espacios específicos de consulta directa con los países socios.**

A pesar de tratarse de un documento de carácter estratégico que no puede pretender un alineamiento país por país, sí hay evidencias de la integración de prioridades nacionales de los socios de la CE. **El carácter participativo del diseño incluyó, de algún modo, los intereses de los países socios a través de la opinión experta, diversa y multidisciplinar.** A través de la plataforma de “El Día Después”, la concepción de la Estrategia contó con la celebración de talleres virtuales multiactor en los que participaron casi noventa personas con experiencia y conocimiento de la CE, procedentes de la administración, de la sociedad civil, del mundo de la investigación y del sector privado, algunos de los cuales cubrieron determinadas áreas geográficas (SEGIB, Mujeres por África) (Comunidad de Gobernanza Global y Cooperación Internacional de El Día Después, 2020).

Por otro lado, si se relaciona **la Estrategia con el diseño de los Marcos de Asociación País (MAP)**, desarrollados a partir del año 2020, se obtienen indicios sobre la relación de la Estrategia con las prioridades nacionales y sobre los procesos de diálogo establecidos con los países socios. El MAP se considera el principal instrumento de planificación estratégica geográfica bilateral de la CE que permite alinearse con los objetivos de

desarrollo del país socio y que se considera en el Examen de Pares a España de la OCDE 2022, como parte de *“un proceso abierto y transparente centrado en la alineación, la apropiación y las alianzas, habiéndose desarrollado a partir del V Plan Director una nueva generación de MAP plenamente alineados con la Agenda 2030. Los planes nacionales y sectoriales son el punto de partida para diseñar nuevos MAP y el calendario para aprobar un MAP es flexible para que pueda alinearse con los ciclos de planificación nacional”* (OCDE, 2022).

A este respecto, durante el período 2020-2022, **se han formulado nueve MAP¹⁸ y sólo uno de ellos, MAP de Mozambique, hace referencia específica a la Estrategia**, aunque existe evidencia de **la incorporación de la Salud como ámbito de intervención prioritario en cinco de ellos.**

Otro punto de análisis que puede reforzar la alineación en el diseño de la Estrategia a las necesidades de los países socios es el papel que han desempeñado las Oficinas de la Cooperación Española (OCE) en su diseño y su opinión. Al respecto, y teniendo en cuenta las respuestas **de las once OCE que han contestado a la encuesta de evaluación (Anexo IV. Informes Encuestas), solo cuatro (36%) admiten haber participado en el diseño de la Estrategia¹⁹.** Aunque la relevancia de la Estrategia en relación con las prioridades y necesidades nacionales carece de una implicación directa de los propios países en la elaboración de los documentos; se observa en la encuesta dirigida a las OCE que el **grado de alineamiento de la Estrategia con las necesidades y prioridades de los países socios es evaluado con un promedio de 3,4 puntos sobre cinco²⁰**, lo que otorga una valoración media-alta.

En lo que se refiere al diseño del Plan, tampoco se ha establecido diálogo directo con los países socios, siendo un proceso articulado desde la AGE, a través del MAEC y Sanidad, y con la participación de personas expertas (IS Global), como se ha indicado anteriormente.

El Plan asume el liderazgo de la OMS en la pandemia y sus prioridades se alinean con las establecidas por este organismo, que corresponden al apoyo para el acceso de los profesionales sanitarios y la población más vulnerable a la vacuna frente a la COVID-19, con independencia del país. Asimismo, el Plan se establece en **coherencia con la iniciativa Access to COVID-19 Tools- Accelerator (ACT-A)**, impulsada por la OMS y sus miembros en abril de 2020, que representa el núcleo de la respuesta multilateral para

17 <https://diadespues.org/>

18 Bolivia, Colombia, Guatemala, Jordania, Mozambique, Palestina, Paraguay, Etiopía y El Salvador.

19 Expresan haber participado Bolivia, Costa Rica, Paraguay, República Dominicana. Expresan no haber participado Cabo Verde, Costa Rica, Ecuador, Egipto, El Salvador, Mali, Nigeria. La OCE de Senegal no tiene opinión.

20 Es muy alto según las OCE de Bolivia y El Salvador y alto según Cabo Verde, Costa Rica y Paraguay. En Cambio, desde Egipto, Mali, República Dominicana y Senegal se valora como bajo. Las Oficinas de Ecuador y Nigeria no tienen opinión.

hacer efectivo el acceso universal, equitativo y asequible a instrumentos (vacunas, diagnóstico y tratamiento) para la lucha contra la COVID-19.

De forma análoga al caso de la Estrategia, la relevancia del Plan en relación con las prioridades y necesidades de los socios no puede estudiarse a partir del grado de implicación de los países en la elaboración de los documentos, y gana protagonismo la consulta directa a OCE y Embajadas, (Anexo III. Informes Encuestas). En este sentido, **el grado de alineamiento del Plan es percibido**, en promedio, como neutral (3,0 puntos sobre 5) por las OCE²¹ y como muy alto (5,0) por la Embajada de Trinidad y Tobago²².

Criterio de eficacia

Análisis de riesgos y medidas de mitigación

El diseño de la Estrategia se elaboró en un momento de incertidumbre en el que se hacía complicado poder llevar a cabo un análisis de riesgos ante una situación de acontecimientos sin precedentes tal y como indica el Instituto de Salud Global (ISGlobal, 2022).

Dicha incertidumbre se tuvo en cuenta en el momento del diseño y se plasma en la formulación del documento. Según uno de los expertos entrevistados, la gestión de la incertidumbre fue precisamente uno de los aspectos abordados en las discusiones del borrador, y la afronta estableciendo una visión menos lineal de la cooperación que la que se suele dar en documentos más tradicionales de planificación (por ejemplo, los Planes Directores).

Además, se hizo **aconsejable mantener un horizonte temporal abierto, con un mecanismo de actualización ágil.** Así, el documento no concreta su periodo de vigencia y, en su sección quinta sobre seguimiento, explicita la necesidad de su adaptación durante el proceso de implementación y prevé su actualización periódica (entre tres y seis meses)²³. El periodo que pretendió cubrir es el que va desde su diseño hasta la disposición y accesibilidad a la vacuna y tratamientos, calculando de manera acertada que podría extenderse entre 9 y 18 meses y que abarcaría al menos los ejercicios presupuestarios de 2020 y 2021.

Dicho esto, la Estrategia no se limita a reflejar la incertidumbre del contexto, sino que promueve, también, la adaptación de la propia CE. En su respuesta tercera

sobre refuerzo de capacidades de los socios, la Estrategia aboga por la revisión de los programas y proyectos ya aprobados, así como de instrumentos de planificación existentes (p.ej., los MAP); pero también promueve la creación de nuevas estrategias adaptadas (p.ej., la Estrategia de Salud Global) y de instrumentos dedicados (p.ej., la Convocatoria de Proyectos Especial Coronavirus de la AECID).

En el momento de diseño de la Estrategia, no se pretendía abarcar, como tal, la recuperación y salida de la crisis, estableciendo el propio documento que ese cometido será objeto de un próximo Plan Director de la Cooperación Española, por lo que se puede considerar que la misma **se ha definido como un mecanismo de transición y respuesta integral a una situación de emergencia mundial**, tal y como se ha remarcado en algunas de las entrevistas, poniendo el horizonte en el “día después” y la Agenda 2030.

Enfoque de género e inclusión de grupos vulnerables

La Estrategia dedica una de sus tres prioridades, la segunda, a las poblaciones más desfavorecidas. A través de esta, el documento pretende “limitar el impacto de la crisis en las personas en situaciones de mayor vulnerabilidad, pobreza o exclusión social” (MAEC, 2020, p. 10).

En la Estrategia **se hace mención al principio de no discriminación**, y se hace referencia a poblaciones, personas o comunidades que sufren discriminación, así como a la **igualdad de género a lo largo de todo el documento.** En la Pg 7, se refleja el compromiso de la CE en estos dos aspectos: *“La visión de los actores que integramos el conjunto de la Cooperación Española es la de ser un agente con compromiso (...) promoviendo la implicación de la ciudadanía —especialmente con la inclusión de las personas que sufren exclusión y discriminación— como protagonista de los cambios, en la igualdad de género y con el liderazgo y participación de las mujeres en la toma de decisiones, y asegurando la coherencia de todas las políticas para el desarrollo sostenible.”*

Como ya se ha señalado anteriormente, dentro del taller virtual multiactor promovido por la Comunidad de Gobernanza y Cooperación Internacional de “El día Después”, con el objetivo de debatir el borrador de la Estrategia, hubo una sala de trabajo para **abordar El Impacto de la**

21 Es muy alto según Bolivia, Cabo Verde y el Salvador; neutral según Costa Rica y Egipto; bajo según Mali, República Dominicana y Senegal. Las Oficinas de Ecuador, Nigeria y Paraguay no tienen opinión.

22 Las Embajadas de Bangladesh y Zambia no expresan su opinión.

23 Al respecto y tras el análisis documental y entrevistas realizadas, no se evidencia la actualización de la Estrategia en los periodos previstos. Según los testimonios recogidos, no se consideró necesario, dado su diseño abierto y amplio, lo que facilitó la adaptación.



COVID-19 sobre la igualdad de género²⁴, cuyas contribuciones se integraron al borrador de la Estrategia. En dicho documento se señala que: *“la Estrategia pone énfasis en el apoyo político a iniciativas que visibilicen e incidan en el impacto de la pandemia en la desigualdad de mujeres y niñas para la realización de sus derechos, en particular los sexuales y reproductivos”*. A nivel global, **se considera que las aportaciones de este taller en lo que respecta a la igualdad de género fueron recogidas** en el documento final de la Estrategia.

Las **vulnerabilidades que se identifican en la Estrategia se agrupan en siete ejes** (derecho a la alimentación,

derecho a la educación, derechos al agua y al saneamiento, no discriminación y violencia de género, derechos de la infancia, protección social, y personas defensoras de derechos) en los que se pone un foco especial en las mujeres (niñas, adolescentes y adultas) y en las personas con discapacidades. Según una de las personas expertas entrevistadas²⁵, la Estrategia aporta valor al identificar no solo a las personas más afectadas por la propia pandemia a nivel sanitario y económico, **sino también a aquellas que pueden verse afectadas por derechos suspendidos**, especialmente en países autoritarios (eje “defensa de los defensores de derechos”).

Tabla 5. La Estrategia y su prioridad 3: ejes de actuación y poblaciones desfavorecidas identificadas

| Eje | Diagnóstico y justificación | Poblaciones afectadas identificadas |
|--|---|--|
| Derecho a la alimentación | Los impactos directos e indirectos de la pandemia de COVID-19 en los sistemas alimentarios, la disminución del poder adquisitivo y la capacidad de producción y distribución de alimentos, que afecta especialmente a los países con crisis humanitarias en curso. | <ul style="list-style-type: none"> Personas en países con crisis humanitarias en curso, afectadas por conflictos, crisis climáticas o brotes de la langosta del desierto |
| Derecho a la educación | La disrupción provocada por la pandemia, que ha afectado a más de 1.500 millones de estudiantes. El impacto es especialmente grave para aquellos que carecen de recursos para la educación a distancia y para grupos vulnerables. | <ul style="list-style-type: none"> Niñas y adolescentes Personas con discapacidades Personas desplazadas y refugiadas |
| Derechos al agua y saneamiento | La importancia del acceso universal y seguro al agua y saneamiento en los domicilios y en los hospitales, especialmente en el contexto de una pandemia. | <ul style="list-style-type: none"> No se mencionan explícitamente colectivos vulnerables. En general, las comunidades más afectadas suelen ser aquellas en situaciones de pobreza, áreas rurales o en entornos de conflictos y crisis humanitarias. |
| No discriminación y violencia de género | El riesgo de violencias, sobre todo de género y sexual, potenciado en situaciones de confinamiento. | <ul style="list-style-type: none"> Mujeres y niñas, especialmente aquellas en hogares de menores ingresos con más dependientes por hogar Personas con discapacidades |
| Derechos de la infancia | Eje transversal a los anteriores. Se insiste en el derecho a la educación (ante el riesgo de la aparición de brechas de desigualdad) y en la vulnerabilidad frente a violencias (como el trabajo y el matrimonio infantiles) en contextos de emergencia y confinamiento. | <ul style="list-style-type: none"> Niñas y adolescentes Menores con discapacidades Menores en situaciones de emergencia y/o confinamiento |
| Protección social | Eje transversal a los anteriores. Se insiste en la sobrecarga de los cuidados familiares a raíz del cierre de los centros educativos y al desigual reparto de este trabajo entre hombres y mujeres. Las mujeres y niñas asumen la mayor carga, lo cual repercute en la feminización de la pobreza y la exclusión (y, en último término, en la salud y la equidad para las personas con discapacidad). Las respuestas a las necesidades de cuidados deben tener en cuenta, por tanto, estas desigualdades de género. | <ul style="list-style-type: none"> Mujeres y niñas en hogares de menores ingresos y con personas dependientes Personas con discapacidad |
| Defensa de las personas defensoras de derechos | Riesgo de normalización y profundización de acciones de control, represión y persecución. | <ul style="list-style-type: none"> Personas, organizaciones, comunidades y redes defensoras de derechos humanos a nivel internacional y local |

Fuente: elaboración propia a partir de la Estrategia

24 <https://diadespues.org/wp-content/uploads/2020/04/Informe-final-Taller-multiactor-8-junio.pdf>.

25 Académico y miembro del Consejo de Cooperación.



Por su parte, el **Plan está alineado con las prioridades y principios de la OMS**, lo que lo vincula con el compromiso adquirido por la organización y sus Estados Miembros de aplicar una estrategia para integrar el análisis del género y las medidas encaminadas a garantizar la igualdad, tal y como se establece en la resolución WHA60.25 (OMS, 2007) de la Asamblea Mundial de la Salud y la posterior estrategia para incorporar el análisis y las acciones de género en las actividades de la OMS (2008).

En línea con lo anterior, el **Plan establece entre sus prioridades a las poblaciones más discriminadas, aunque estas referencias son más generales que en la Estrategia**.

Uno de los principios del Plan, el segundo (“Solidaridad, no dejando a nadie atrás”), prevé una especial consideración para los colectivos “en situación de mayor exclusión o vulnerabilidad” (MAEC y MS, 2021, p. 8). Estos colectivos son, según se desprende del resto del documento: las personas con discapacidad, las mujeres y las niñas, y la población refugiada, desplazada y solicitantes de asilo, especialmente en contextos humanitarios (la cual tiene dedicado uno de los focos prioritarios del Plan). Estos colectivos se establecen como grupos meta directos de las diferentes vías de canalización que contempla el Plan.

Dimensión de implementación

El análisis de esta dimensión pone el foco en la eficiencia en la movilización de los recursos de la

CE, la idoneidad del uso de los diferentes instrumentos y vías de canalización, los mecanismos de rendición de cuentas establecidos, la flexibilidad y la adaptabilidad de los instrumentos y vías de canalización utilizados ante el contexto de crisis, y la coherencia a través de la coordinación y armonización entre los actores de la CE y con otras instituciones internacionales de cooperación para el desarrollo, así como su valor añadido en la respuesta internacional.

Criterio de eficiencia

Gestión: capacidades, recursos e instrumentos utilizados

Movilización de recursos en prioridades y tipos de respuesta de la Estrategia

La CE ha movilizado un gran volumen de recursos para luchar contra la pandemia. En la Tabla 6 se presentan las principales cifras de AOD desembolsada por la CE durante el periodo 2020-2021, incluyendo: el total de AOD, la AOD destinada al sector salud en particular, la AOD destinada específicamente al sector “CRS-12264-Control COVID-19”, y la AOD etiquetada como “intervención relacionada con la COVID-19” tanto del sector salud como de otros sectores.

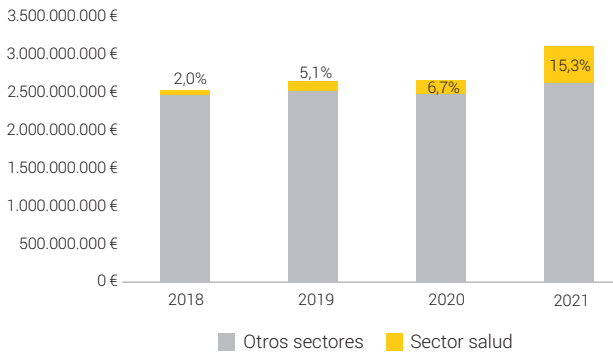
Tabla 6. AOD GE desembolsada en 2020 y 2021: total, sector salud y COVID-19

| AOD GE desembolsada | 2020 | 2021 | Total |
|---------------------------------------|----------------|-----------------|-----------------|
| Total | 2.664.506.504€ | 3.124.065.288 € | 5.788.572.792 € |
| En el sector salud | 178.988.307 € | 473.609.866 € | 652.598.173 € |
| CRS-12264-Control COVID-19 | 29.750.280 € | 314.523.383 € | 344.273.663 € |
| Intervención relacionada con COVID-19 | 134.118.738 € | 469.465.186 € | 603.583.924 € |

Fuente: info@od



Figura 3. Evolución del desembolso anual de AOD GE global y peso del sector salud

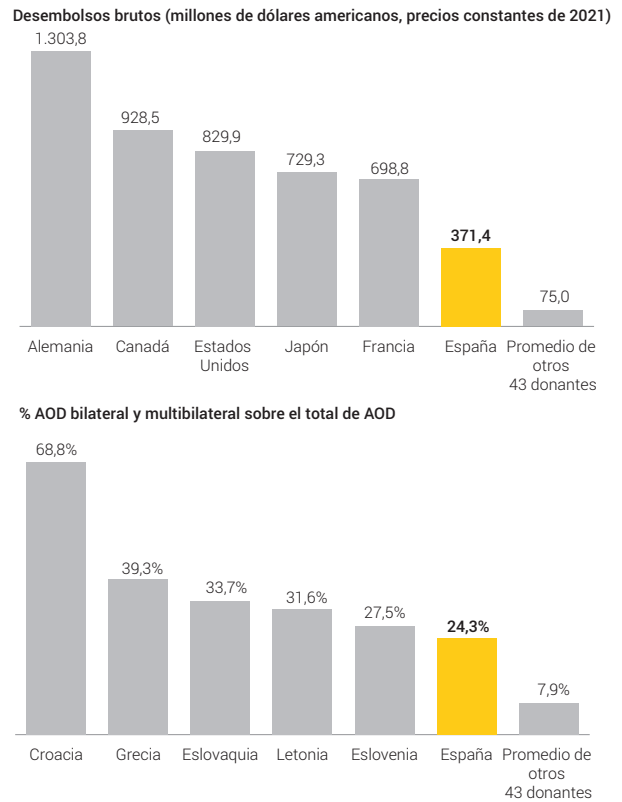


Fuente: info@od

Según los datos del MAEC, el volumen de AOD GE desembolsada por España en 2021 fue un 19,7% más elevado que el promedio de los tres años anteriores (2018-2020). La Figura 3 ilustra que este aumento se puede explicar por un mayor desembolso en el sector salud, cuyo peso fue, en 2021, más de dos veces superior al de 2020 y más de siete veces el de 2018. La mitad (52,8%) de la AOD desembolsada en salud entre 2020 y 2021, esto es, **344,3 millones de euros o un 5,6% del total de AOD, se destinó a la lucha directa contra el COVID-19**²⁶.

Este esfuerzo coloca a España entre los primeros donantes del mundo. En 2021, España fue el sexto país donante del mundo que más AOD destinó a la lucha contra la pandemia en el sector de la salud en términos absolutos²⁷. Solo Alemania, Canadá, EEUU, Japón y Francia desembolsaron un volumen mayor de AOD en el sector salud para la lucha contra el COVID-19. En términos relativos, cabe destacar que solo Croacia, Grecia, Eslovaquia, Letonia y Eslovenia realizaron un mayor esfuerzo a nivel bilateral y multilateral (AOD bilateral y multilateral desembolsada en el sector salud relacionada directamente con la respuesta frente al COVID-19 sobre AOD total- Figura 4).

Figura 4. AOD GE destinada al control directo del COVID-19 (2021). España, el sexto donante mundial



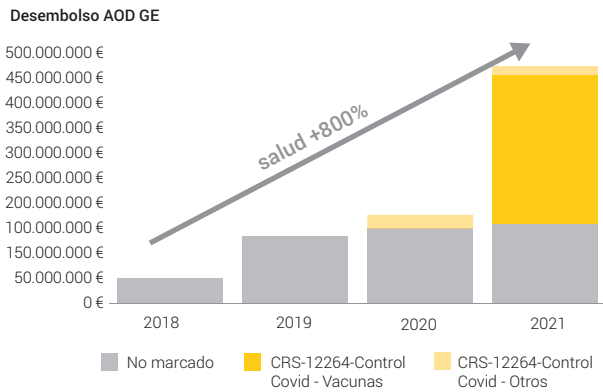
Fuente: CRS-12264-Control COVID-19. OCDE. Intervenciones específicamente dirigidas a luchar contra la pandemia en el sector de la salud

La Figura 5 ilustra, además, cómo la AOD marcada como "CRS-12264-Control COVID-19", y, en particular, los casi 300 millones de euros invertidos en la donación de vacunas vía COVAX, **explican que la AOD del sector salud alcanzara los 473,6 millones de euros en 2021 (Fig.9).**

26 A nivel contable, se trata de AOD marcada con el sector "CRS-12264-Control COVID-19". Entre octubre y noviembre de 2020, la OCDE estableció otra etiqueta ("intervención relacionada con la COVID-19"), que categoriza los proyectos de cualquier sector CRS que estuvieran relacionados, de alguna forma, con la pandemia.

27 El ranking se ha establecido a partir de la base de datos del CRS 12264-Control COVID-19, que arroja los desembolsos brutos en millones de dólares americanos a precios constantes.

Figura 5. El sector salud en la AOD desembolsada: crecimiento exponencial explicado por la donación de vacunas



Fuente: info@aod

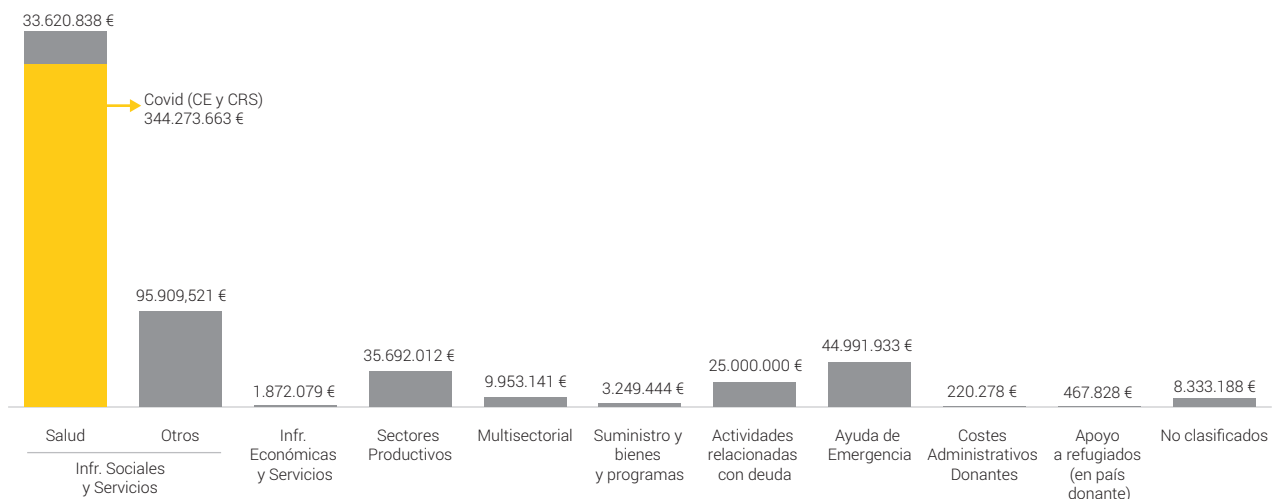
Dicho esto, la acción contra el COVID-19 de la CE no se ha limitado al sector de la salud, tal y como queda reflejado en el carácter multidimensional de la Estrategia. De hecho, la AOD desembolsada por la CE y catalogada como de respuesta a la COVID-19 por la OCDE (código "CRS-12264-Control COVID-19") representa el 57% de toda la AOD referida a la etiqueta "intervenciones relacionadas con COVID-19"²⁸. Este 43% restante se ha distribuido entre todos los sectores del CAD, y especialmente en el sector de infraestructuras y servicios sociales. El conjunto de desembolsos en

intervenciones directa o indirectamente relacionadas con la COVID-19 se desglosa según sector del CAD en la Figura 6.

No obstante, no toda la acción marcada como de respuesta a la pandemia se relaciona específicamente con la Estrategia. Para analizar los desembolsos vinculados directamente con la Estrategia, se han utilizado los datos derivados del **seguimiento conducido por la AGE a través de una encuesta ad hoc para la Estrategia**. Esta encuesta, que asocia desembolsos a los compromisos de la Estrategia en cada una de sus prioridades (salvar vidas; proteger y recuperar derechos y medios de vida; atender el impacto socioeconómico y la gobernabilidad), no solo tiene en cuenta datos de AOD, sino que incluye todos los desembolsos públicos asociados a la Estrategia, siendo el último dato disponible de marzo de 2022. Sin embargo, esta información no puede cruzarse con los datos de AOD.

Estos desembolsos vinculados de forma explícita con la Estrategia comprometen, principalmente, a la AGE y son de carácter multilateral. En torno al 95% del volumen destinado a cada prioridad según la Estrategia le corresponde al Gobierno y al Banco de España, que concentran toda la respuesta multilateral (la cual representa el 82% del desembolso previsto). La respuesta de cooperación bilateral para el desarrollo sostenible y de acción humanitaria se reparten entre la AGE y cooperación descentralizada, y la llamada respuesta ciudadana queda en manos de las CCAA (Figura 7).

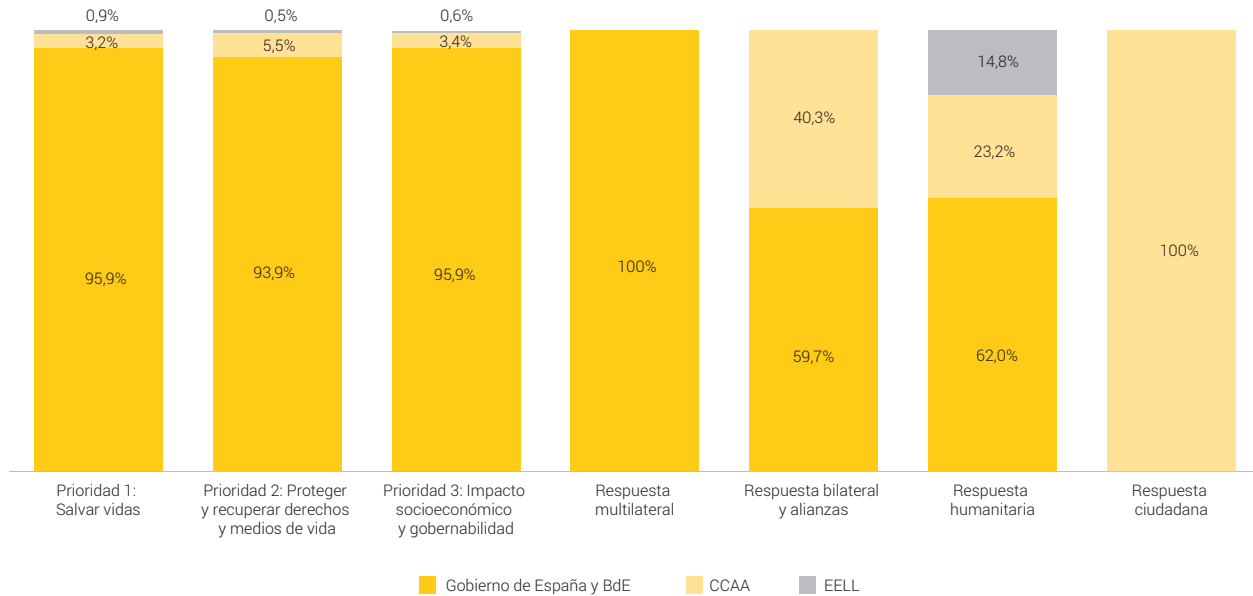
Figura 6. Distribución AOD "intervenciones relacionadas con la Covid-19" por sector CAD (2020-2021)



28 Ver nota al pie 18.



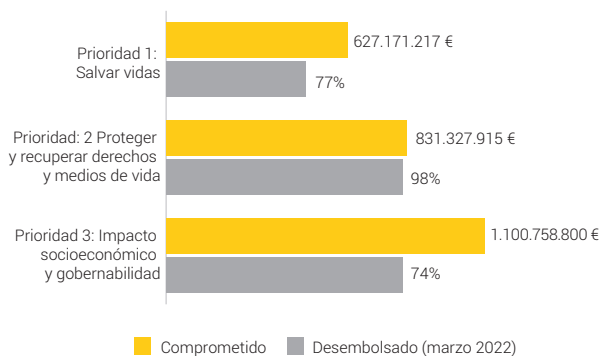
Figura 7. Compromisos del sector público según prioridad y respuesta



Fuente: Estrategia de Respuesta Conjunta de la Cooperación Española a la crisis del COVID – 19. MAEC (2020)

El nivel de compromisos de fondos públicos en las tres prioridades del plan es de 2.559.257.932,34 €, un 50% más del valor inicialmente comprometido en la Estrategia. A nivel general, el grado de cumplimiento de los compromisos a marzo de 2022 es del 77% (1.886.753.658,92€), aunque existen diferencias en el cumplimiento entre una y otra prioridad. (Fig.8).

Figura 8. Contribución comprometida (€) y desembolsada (%) por el sector público, por prioridad de la Estrategia (marzo 2021)²⁹



Fuente: Desglose contribuciones públicas estimadas por PRIORIDAD de la Estrategia (a marzo de 2022, acumulado). Doc (2022b)

La prioridad 2 (protección y recuperación de derechos y medios de vida) ha tenido un cumplimiento del compromiso mayor (98%). Ello se explica por un cumplimiento casi total (99%) de la AGE, por encima del nivel también alto (84%) de la cooperación de las CCAA.

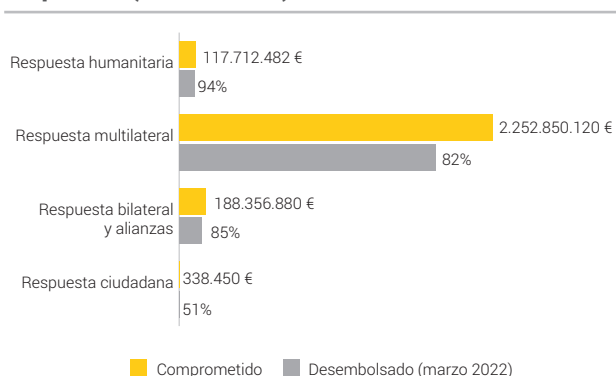
En las prioridades 1 (salvar vidas) y 3 (impacto socioeconómico y gobernabilidad), el cumplimiento del compromiso ha sido similar y cercano a los tres cuartos (77% y 74%, respectivamente).

Cuando se analizan los desembolsos por tipo de respuesta, las principales (humanitaria, bilateral, multilateral) alcanzaban, en marzo de 2022, más del 80% del compromiso.

Al contrario, la respuesta ciudadana registraba solo la mitad (51%) del desembolso comprometido. Esta respuesta contaba con compromisos de Castilla y León (128.450 €) y de Murcia (210.000 €), pero la segunda solo había cumplido con un quinto (21%) de su compromiso.

²⁹ El último registro del valor de los desembolsos data de marzo de 2022. Sin embargo, en el caso de la prioridad 1, se ha extraído información adicional, más actualizada, del MAEC (2022), según la cual el MAEC ha desembolsado 177 millones de euros a GAVI y a CEPI a través de la iniciativa financiera IFFIm (Facilidad Financiera Internacional para la Inmunización). Se considera aquí que 125 millones se corresponden con la prioridad 1.

Figura 9. Contribución comprometida (€) y desembolsada (%) por el sector público, por tipo de respuesta (marzo 2022)



Fuente: Desglose contribuciones públicas estimadas por TIPO DE RESPUESTA de la Estrategia (a marzo de 2022, acumulado). Doc (2022c).

Cabe destacar que, en base a la encuesta de seguimiento ad hoc de la Estrategia, el Banco de España, a través de su contribución al Poverty Reduction and Growth Trust del Fondo Monetario Internacional (FMI), comprometió y desembolsó 1.379 M€, un 56% del total comprometido y un 75% de lo desembolsado de la Estrategia a marzo de 2022. Esto podría explicar la diferencia entre el total movilizado según la encuesta ad hoc de la Estrategia (1.886 M€ a marzo 2022) y los datos AOD GE marcados como "intervención relacionada con el COVID-19" (603 M€ en 2020 y 2021).

En resumen, el desembolso público para luchar contra la pandemia ha sido importante y el sector público ha sido cumplidor en cada una de las prioridades y tipos de respuesta comprometidos por la Estrategia.

Movilización de recursos en vías de canalización del Plan

El Plan de vacunas se articuló de arriba hacia abajo y se estableció en coherencia con la iniciativa Access to

COVID-19- Tools- Accelerator (ACT-A), que representaba el núcleo de la respuesta multilateral para hacer efectivo el acceso universal, equitativo y asequible a las herramientas de lucha contra la pandemia, incluido el desarrollo y distribución de las vacunas de la que España es socio fundador. Esta iniciativa se construyó sobre tres pilares: 1) prevención; (vacunas), 2) diagnóstico y 3) tratamiento; y un cuarto elemento transversal, el refuerzo de los sistemas de salud. Cada pilar está liderado por una iniciativa internacional, bajo la supervisión final de la OMS.

La contribución de la CE a cada pilar de ACT-A en base al Plan resultó desequilibrada, focalizada en el Pilar 1. Acceso Equitativo a La Vacuna, aunque se incluye la transversal de refuerzo de los sistemas de salud.

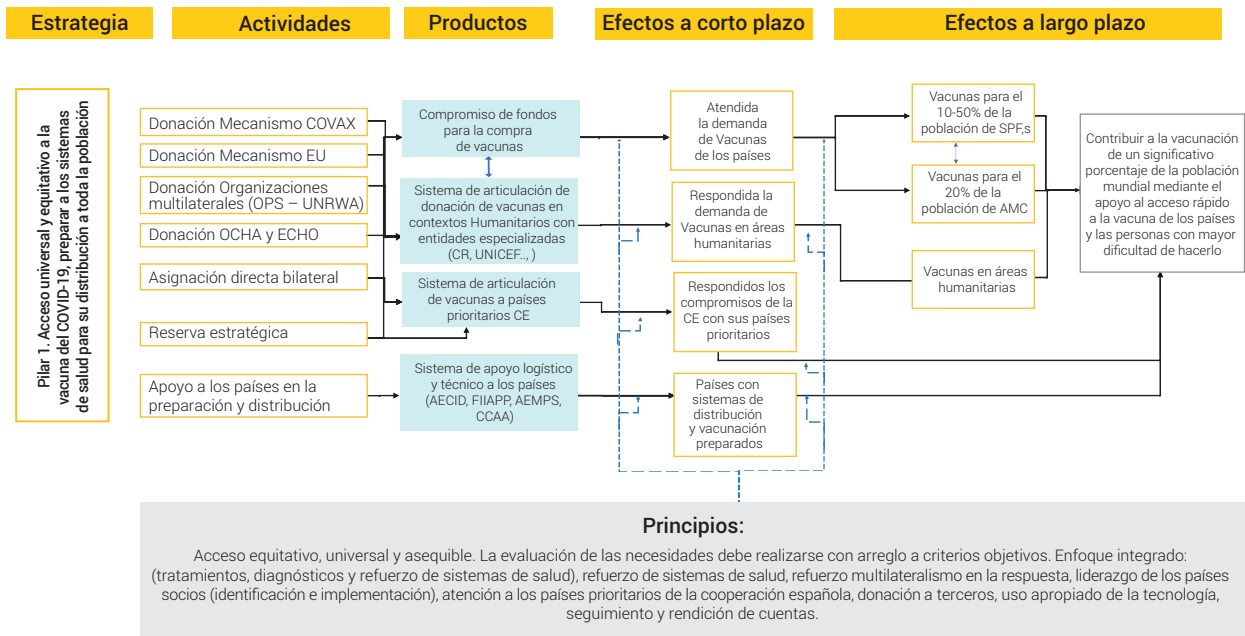
No obstante, esta situación no se diferencia de la ocurrida a nivel global, ya que mientras el pilar de vacunas apenas tiene déficit, el de diagnóstico tiene un déficit aproximado de 8.700 millones de USD, el de sistemas de salud, de 7.300 millones USD y el de tratamientos de 3.200 millones de USD.

El pilar de ACT-A dedicado a vacunas se articuló a través del COVAX, una iniciativa co-liderada por GAVI (la Alianza de Vacunas) y CEPI (Coalición para la Innovación en la Preparación contra Epidemias), destinada a la adquisición y distribución de vacunas.

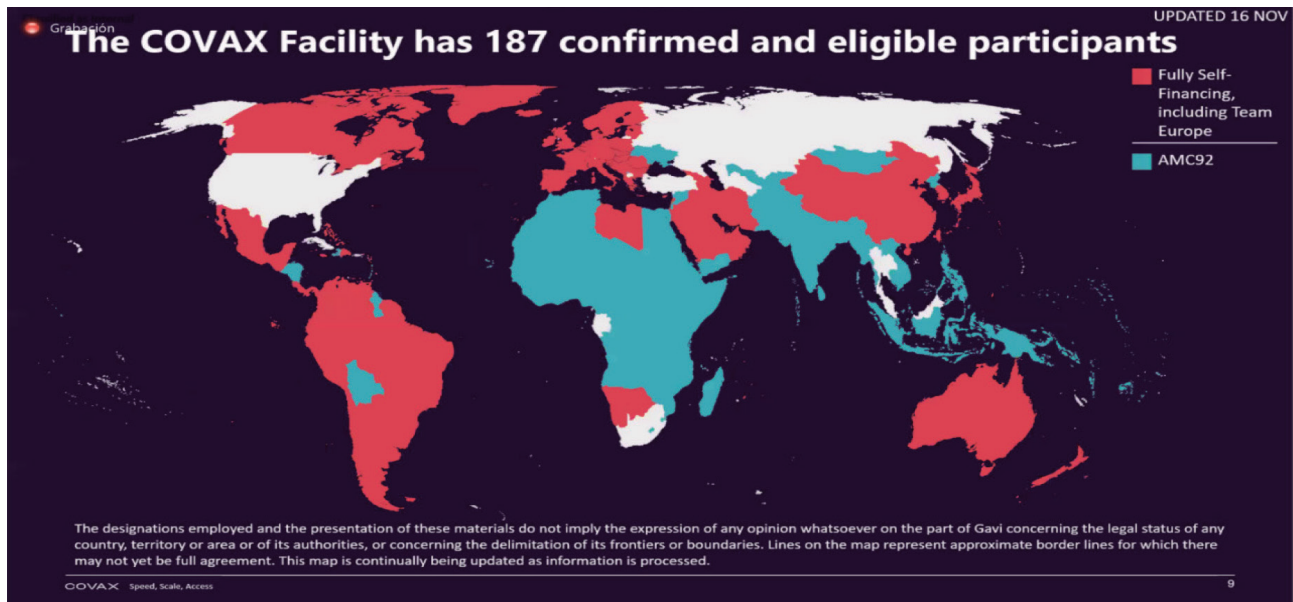
Dentro de COVAX se estableció el COVAX-AMC (Compromiso de Mercado Avanzado). El AMC es un instrumento financiero cuyo objetivo es adquirir y distribuir la vacuna entre los países menos desarrollados, utilizando las aportaciones de los países donantes y sin coste para los elegibles. El objetivo inicial era financiar mediante donaciones hasta 1.000 millones de dosis con las que vacunar hasta el 20% de la población de estos países.



Figura 10. Teoría del Cambio del Plan de Vacunas



Fuente: Elaboración propia a partir del documento del Plan de Vacunación



Renta Baja

Afganistán, Benín, Burkina Faso, Burundi, República Centroafricana, Chad, República Democrática del Congo, Eritrea, Etiopía, Gambia, Guinea, Guinea-Bisáu, Haití, Corea del Norte, Liberia, Madagascar, Malawi, Mali, Mozambique, Nepal, Níger, Ruanda, Sierra Leona, Somalia, Sudán del Sur, Siria, Tayikistán, Tanzania, Togo, Uganda y Yemen.

Renta Media

Angola, Argelia, Bangladés, Bután, Bolivia, Cabo Verde, Camboya, Camerún, Islas Comoras, República del Congo, Costa de Marfil, Yibuti, Egipto, El Salvador, Esuatini, Ghana, Honduras, India, Indonesia, Kenia, Kiribati, Kirguistán, Lesoto, Mauritania, Micronesia, Moldavia, Mongolia, Marruecos, Myanmar, Nicaragua, Nigeria, Pakistán, Papúa Nueva Guinea, Filipinas, São Tomé y Príncipe, Senegal, Islas Salomón, Sri Lanka, Sudán, Timor Oriental, Túnez, Ucrania, Uzbekistán, Vanuatu, Vietnam, Gaza y Cisjordania, Zambia, Zimbabue.

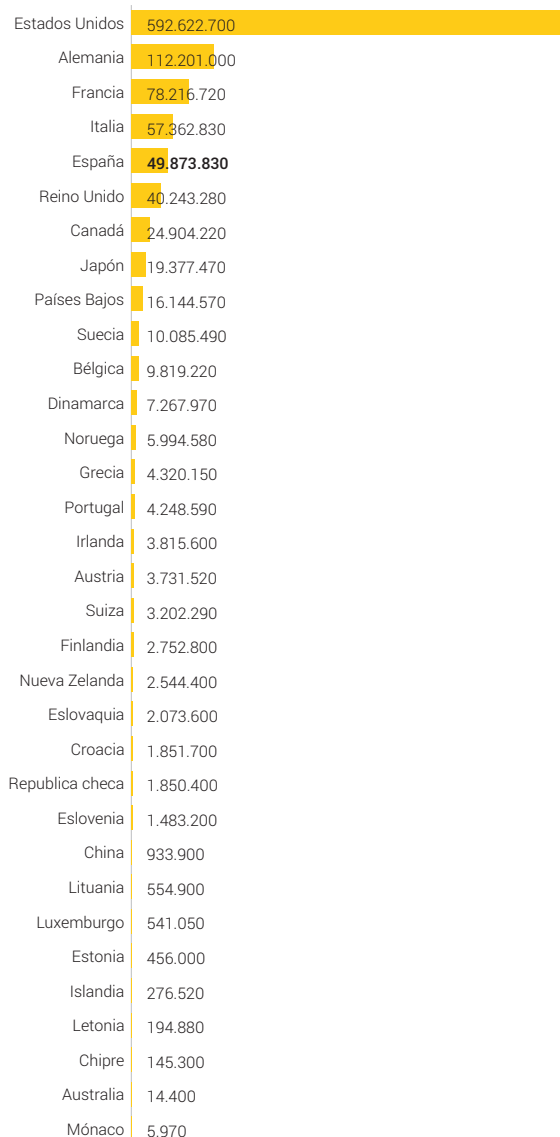
Adicionales

Dominica, Fiyi, Granada, Guyana, Kosovo, Maldivas, Islas Marshall, Samoa, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas, Tonga y Tuvalu

Entre las diferentes vías de canalización del Plan, la CE ha enfocado su contribución principalmente a través de la donación vía COVAX y, en menor medida, la donación directa bilateral con apoyo puntual de ECHO, pero no ha hecho uso de organizaciones multilaterales y regionales al margen de COVAX ni ha establecido ninguna reserva estratégica.

Dicho esto, España es el quinto país del mundo que más vacunas ha donado a través de COVAX (vía 1 del Plan) con cerca de 300 millones de euros invertidos. España ha donado, por esta vía, casi 50 millones de vacunas o un 90,3% de todas las vacunas que ha hecho llegar a otros países. Solo EEUU, Alemania, Francia e Italia han contribuido a COVAX en mayor medida. (Fig.11)

Figura 11. Número de vacunas donadas vía COVAX: España, quinto país que más vacuna ha donado por esa vía (febrero 2023)



Fuente: elaboración propia a partir de unicef.org

Las donaciones por la vía COVAX se coordinaron a nivel de la **Administración General del Estado** (Presidencia del Gobierno, MAEC y Sanidad). A nivel de la **cooperación descentralizada**, las CCAA decidieron aportar a COVAX durante el encuentro anual de CCAA de cooperación de 2021. Ese mismo año, la Agencia Catalana de Cooperación al Desarrollo realizó una donación directa a COVAX (290.000 €) y la Agencia Vasca de Cooperación para el Desarrollo donó vacunas por valor de 500.000 €. El resto de CCAA (Aragón, Asturias, Canarias, Cantabria) optaron por el apoyo a la distribución de las vacunas (cadena de frío, formación de personal médico, sensibilización sobre la necesidad de la vacunación, gestión de residuos, etc.) a través de convenios con UNICEF en Senegal y, en el caso de Cantabria, en países AMC. En las entrevistas con CCAA, Aragón, Extremadura y Cataluña se refieren a apoyos similares en 2022: 100.000 € en Mali a través de UNICEF (Aragón); 1.200.000 € en Palestina, Haití y Cuba a través de UNICEF (Extremadura); donación directa a COVAX (Cataluña). En 2021, el volumen de AOD desembolsada por las CCAA en apoyo a COVAX fue de 1.019.498 euros (infoaad.maec.es, 2023).

Además, España está entre los 25 países que más vacunas han donado de forma bilateral. El 9,72% de las vacunas se han donado de manera bilateral (vía 5 del Plan), y se han dirigido a contextos humanitarios (Irán - 67,6%, refugiados afganos), a Latinoamérica (Costa Rica - 15,34%; Argentina - 12,27%; Honduras - 3,07%) y al Caribe (Santa Lucía - 0,1%).

Respecto a la adecuación de las vías de canalización e instrumentos del Plan, la **evidencia apunta a que las vías escogidas para la donación de vacunas han sido adecuadas.** Así, la CE ha explotado de manera mayoritaria la donación vía COVAX y, en menor medida, la donación directa bilateral conjugada, en su caso, con apoyo de ECHO. En cambio, no ha hecho uso de organizaciones multilaterales y regionales al margen de COVAX ni ha establecido ninguna reserva estratégica. Ninguno de los actores entrevistados se ha referido a problemas relacionados con la no utilización de estas dos últimas vías contempladas en el Plan (en particular, se considera que la reserva estratégica no fue necesaria), por lo que el análisis, a continuación, se centra en las vías de las que sí se ha hecho uso.

Más allá de COVAX, la asignación directa bilateral (vía 5) conjugada con la vía OCHA y ECHO (vía 3) se ha revelado como un medio adecuado para atender casos de emergencia humanitaria (foco prioritario del Plan). El plan identifica entre sus prioridades a la población refugiada, desplazada y solicitantes de asilo, especialmente en contextos humanitarios. Sin embargo, el instrumento COVAX dirigido a contextos humanitarios, el *Humanitarian Buffer*, solo acepta donaciones financieras (Doc, 2021). Esto es así, según las entrevistas con GAVI, debido a la reticencia de los fabricantes a permitir que



se administren vacunas sin que un gobierno se haga responsable. Además, la UE no dispone de un mecanismo específico de donación para contextos humanitarios. Por todo ello, la donación bilateral con el apoyo de organismos internacionales de respuesta humanitaria fue una previsión pertinente en relación con la primera prioridad del Plan.

En el **caso de Irán**, ECHO informó directamente a DGPOLED sobre la petición de vacunas por parte del Gobierno de Irán y facilitó a España dos modelos de contrato (uno tripartito, España-Irán-empresa; y otro España-Irán), cualquiera de los cuales debía firmarse de forma similar a como se da en las operaciones bilaterales ordinarias. Igualmente, ECHO ofreció dos posibilidades de transporte (organización por parte de España con reembolso posterior del 75% por parte del Mecanismo de Protección Civil; u organización por el Centro de Coordinación de Respuesta de Emergencia de la EU con abono posterior de un 25% del coste), las cuales serían ejecutadas finalmente por la propia ECHO y las vacunas serían recibidas directamente por el Ministerio de Sanidad de Irán, el cual se ocuparía de administrarlas, facilitando la implicación de ACNUR en la distribución de las dosis. (Nota informativa del MAEC (Doc, 2021))

De hecho, más de dos tercios (67,61%) de las vacunas donadas bilateralmente se han dirigido a Irán en respuesta a un llamamiento de auxilio en relación con población refugiada afgana de ese país a ECHO/ERCC (MAEC, 2023a). En 2022, España donó más de dos millones

de vacunas (2.204.000), una cantidad equivalente a un cuarto de la población refugiada afgana en el país (según las estimaciones de ECHO para 2021) y a un 37% del total de las vacunas solicitadas por el Gobierno iraní en noviembre del año anterior (Doc, 2021).

La asignación directa bilateral (vía 5), además, ha sido valorada positivamente a pesar de ser la vía menos priorizada. Según las entrevistas, el impacto de la donación bilateral ha sido grande en determinados casos: por ejemplo, en 2021, España donó 7.200 dosis a Santa Lucía, que representarían un 4% de la población³⁰. Además, la OCE de Costa Rica (país beneficiario del 15,3% de las vacunas donadas bilateralmente por España), valora como “alto” el nivel de adecuación de las vías de canalización del Plan.

Instrumentos utilizados en la Estrategia y el Plan: clasificación y adecuación

Más de la mitad del desembolso AOD se ha canalizado a través de organismos internacionales, de forma multilateral y multilateral. El 61,2% la AOD relacionada directa o indirectamente con la COVID-19 se ha desembolsado de forma multilateral y multilateral (con preferencia por las contribuciones a programas específicos y fondos gestionados por socios en lo multilateral, y por las contribuciones generales a fondos globales en lo multilateral). El resto de la AOD (38,79%), canalizada bilateralmente, se ha desembolsado principalmente (93,91%) a través de proyectos (tabla 7).

Tabla 7. Intervenciones relacionadas con la COVID-19: desembolsos según modo de canalización e instrumento (2020-2021)

| Modo canalización | Instrumento | AOD GE desembolsada | % |
|-------------------|--|---------------------|----------------------|
| Bilateral | A01 - Apoyo al presupuesto directo | 30.000 € | 0,01% |
| | A02 - Apoyo presupuestario sectorial | 1.600.000 € | 0,68% |
| | B03 - Contribuciones a programas específicos y fondos gestionados por socios | 65.579 € | 0,03% |
| | B04 - Cesta de donantes o Fondo común* | 3.150.000 € | 1,35% |
| | C01 – Proyecto | 219.905.312 € | 93,91% |
| | D01 - Personal del país donante | 1.459.614 € | 0,62% |
| | D02 - Otras asistencias técnicas | 243.465 € | 0,10% |
| | D03 - Becas de formación / investigación (en PVD) | 44.817 € | 0,02% |
| | E01 - Becas/formación en el país donante | 10.365 € | 0,00% |
| | E02 - Costes imputados a estudiantes | 12.917 € | 0,01% |
| | G01 - Gastos administrativos no incluidos en otros ítems | 220.278 € | 0,09% |
| | H01 - Sensibilización social sobre la temática del desarrollo | 6.946.837 € | 2,97% |
| | H02 - Refugiados en los países donantes | 467.828 € | 0,20% |
| | Total Bilateral | | 234.157.013 € |

>>

30 El resto de las vacunas donadas bilateralmente han llegado a Latinoamérica (Costa Rica - 15,34%; Argentina - 12,27%; Honduras - 3,07%).



>>

| Modo canalización | Instrumento | AOD GE desembolsada | % |
|---------------------------|--|----------------------|----------------|
| Multilateral | B03 - Contribuciones a programas específicos y fondos gestionados por socios | 338.297.411 € | 98,36% |
| | C01 - Proyecto | 5.629.500 € | 1,64% |
| Total Multilateral | | 343.926.911 € | 56,98% |
| Multilateral | B02 - Contribuciones generales a organismos multilaterales y fondos globales | 500.000 € | 1,96% |
| | B022 - Contribuciones generales a fondos globales | 25.000.000 € | 98,04% |
| Total Multilateral | | 25.500.000 € | 4,22% |
| Total | | 603.583.925 € | 100,00% |

Fuente: elaboración propia a partir de datos de info@od

A nivel multilateral y multilateral, la Tabla 8 muestra las principales intervenciones por parte de la AGE, donde la donación a COVAX del Ministerio de Sanidad supone el 80% de los recursos canalizados a través de las 36

intervenciones reportadas a organismos internacionales. A esto, habría que sumarle los 3,5 millones de euros del MAEC al Buffer Humanitario de COVAX.

Tabla 8. AOD GE desembolsada multilateralmente y multi bilateralmente en 2020 y 2021, a través de la Administración General del Estado, en intervenciones relacionadas con la COVID-19

| Instrumento | Sector CAD | Agente | Intervención (título) | € |
|--|---|--|--|--------------|
| Programa/ proyecto | Ayudas de emergencia | AECID | 2021 OPS Venezuela Fortalecimiento respuesta nacional al COVID-19 | 600.000€ |
| | Educación | AECID | e-Duc@ | 100.000€ |
| | Gobierno y Sociedad Civil | AECID | 2020 Guatemala Programa Indígena Fortalecer la Institucionalidad estatal en materia de pueblos indígenas OIT | 120.000€ |
| | Otros servicios e Infraestructuras Sociales | AECID | Haití 2020 Gobernabilidad. Respuesta socioeconómica a COVID-19 | 625.000€ |
| MISM | | | Contribución voluntaria "Policy Brief". | 50.000€ |
| Contribuciones generales a fondos globales | Actividades relacionadas con la deuda | METD | Fondo de Contención y Alivio de Catástrofes (CAC) del FMI | 25.000.000€ |
| Contribuciones a programas específicos y fondos gestionados por socios | Salud | AECID | OPS 2020 - Recursos Humanos para la Salud en COVID-19 | 275.000€ |
| | | | OPS 2021 Transformación digital del sector salud - sistemas de información para la salud y Agenda 20 | 200.000€ |
| | | | Apoyo a la estrategia conjunta continental de la Unión Africana frente a la pandemia por COVID-19 | 1.000.000€ |
| | | | OPS 2020 - Fortalecimiento de las capacidades regulatorias para mejorar el acceso oportuno a vacunas | 88.650€ |
| | | | SICA 2020 Salud COMISCA | 500.000€ |
| | | UNICEF - Fortalecimiento gobernanza y planificación WASH en zonas altamente vulnerables en Filipinas | 275.400€ | |
| | Sanidad | | Donación vía COVAX | 292.776.796€ |

>>



>>

| Instrumento | Sector CAD | Agente | Intervención (título) | € |
|--|--------------------------------------|--|--|------------|
| Contribuciones a programas específicos y fondos gestionados por socios | Salud | SEAEG y SECI | Contribución a COVAX Buffer Humanitario | 3.500.000€ |
| | | | Contribución a UNITAID - COVID-19 | 1.875.000€ |
| | | | Contribución al Programa de Emergencias de la Organización Mundial de la Salud - COVID-19 | 1.066.667€ |
| | | | Contribución al Programa de mecanismo Acceso Mancomunado a las Tecnologías contra la COVID-19 C-TAP | 1.000.000€ |
| | | | Proyectos de salud materno-infantil en Afganistán | 1.500.000€ |
| | | SECI | Contribución voluntaria a UNITAID - COVID-19 | 2.000.000€ |
| | Ayudas de emergencia | AECID | OMS COVID-19 2020 Plan de preparación estratégica y respuesta de COVID-19 | 3.000.000€ |
| | | | 2020 SecAH ACNUR Plan de preparación y respuesta del ACNUR-llamamiento de emergencia del Coronavirus | 3.000.000€ |
| | | | 2020 ACNUR Crisis Venezolana Protección de la población venezolana en situación de vulnerabilidad | 7.000.000€ |
| | | | 2020 OMS EMT Global | 250.000€ |
| | | | Actividades de asistencia humanitaria y protección internacional de los refugiados saharauis en Tind | 400.000€ |
| | | METD | Iniciativa de Desarrollo de Capacidades ante la Crisis de la COVID-19 | 1.686.198€ |
| | | SEAEG y SEAEIC | Contribución Voluntaria al Alto Comisionado Naciones Unidas para Refugiados (ACNUR) | 5.000.000€ |
| | Educación | AECID | e-Duc@ [varias] | 2.150.000€ |
| | Salud | MISAN | Fortalecimiento de la respuesta sociosanitaria a trastornos por consumo de sustancias, en el contexto de la COVID-19, en Paraguay y Rep. Dominicana. | 200.000€ |
| | Abastecimiento de agua y saneamiento | AECID | UNICEF - Fortalecimiento gobernanza y planificación WASH en zonas altamente vulnerables en Filipinas | 642.600€ |
| | Gobierno y Sociedad Civil | AECID | CEPAL 2021 CONTRIBUCIÓN VOLUNTARIA GÉNERO | 300.000€ |
| | | | Costa Rica 2020 Género Fondo de Población de las Naciones Unidas UNFPA | 103.100€ |
| | | | FNUAP 2020 - We decide: Inclusión social, género y prevención de la violencia sexual para poblaciones [...] | 800.000€ |
| | Agricultura | AECID | ARAUCLIMA 2021 FAO Agricultura sostenible adaptada al clima COVID-19 | 127.000€ |
| Apoyo a otras iniciativas de la FAO | | | 1.736.000€ | |
| SECI | | Contribución voluntaria al Fondo Global para la Agricultura y la Seguridad Alimentaria (GAFSP) | 5.000.000€ | |
| Otros multisectorial | AECID | CEPAL 2021 Contribución voluntaria políticas de implementación de la Agenda2030 en contextos multicrisis | 100.000€ | |
| Total | | | 364.047.411€ | |

Fuente: info@od

Los **instrumentos bilaterales** (sin contar la ayuda multilateral) utilizados han sido los ya establecidos por la propia CE, principalmente las **convocatorias de Proyectos y Convenios y activaciones de Convenios de Emergencia**

en el caso de AECID. En este punto se puede destacar la publicación del **Programa de Salud Global COVID-19** de la Dirección de Cooperación Multilateral, Horizontal y Financiera de AECID por valor de 4 millones de euros.

Tabla 9. AOD GE desembolsada bilateralmente en 2020 y 2021, a través de la Administración General del Estado, en intervenciones relacionadas con la COVID-19

| Instrumento | € | % |
|---|----------------------|-------------|
| A02 - Apoyo presupuestario sectorial | 1.600.000 € | 1,47% |
| B04 - Cesta de donantes o Fondo común | 3.150.000 € | 2,90% |
| C01 - Proyecto | 101.180.798 € | 93,02% |
| D01 - Personal del país donante | 1.368.631 € | 1,26% |
| D02 - Otras asistencias técnicas | 45.465 € | 0,04% |
| H01 - Sensibilización social sobre la temática del desarrollo | 1.433.553 € | 1,32% |
| Total | 108.778.447 € | 100% |

Fuente: info@od

Respecto a la Cooperación Descentralizada, se destaca como principal instrumento de cooperación bilateral los proyectos realizados igualmente en el marco de convocatorias y subvenciones a ONGD, seguido por intervenciones de sensibilización social sobre temática del desarrollo.

Tabla 10. AOD GE desembolsada bilateralmente en 2020 y 2021, a través de la Cooperación Descentralizada (CCAA y EELL), en intervenciones relacionadas con la COVID-19

| Instrumento | € | % |
|---|----------------------|-------------|
| A02 - Apoyo presupuestario sectorial | 0 € | 0,00% |
| B04 - Cesta de donantes o Fondo común | 0 € | 0,00% |
| C01 - Proyecto | 118.551.487 € | 95,41% |
| D01 - Personal del país donante | 18.000 € | 0,01% |
| D02 - Otras asistencias técnicas | 198.000 € | 0,16% |
| H01 - Sensibilización social sobre la temática del desarrollo | 5.483.144 € | 4,41% |
| Total | 124.250.630 € | 100% |

Por otro lado, y dada la tipología de respuesta de emergencia, **conviene detenerse en el análisis de la acción humanitaria**. En esta línea se activaron diferentes acciones en el marco de la gobernanza internacional respondiendo a los diferentes llamamientos.

Para apoyar especialmente a aquellos países con sistemas de salud más débiles y necesidades significativas en la capacidad de preparación y respuesta ante

situaciones de emergencia, el sistema de NNUU, con su **Plan Global de Respuesta Humanitaria** (GHRP, por sus siglas en inglés) para el COVID-19, y el Movimiento de la Cruz Roja y Media Luna Roja, lanzaron diversos llamamientos en un esfuerzo por contener y enfrentar la crisis provocada por la pandemia.

Para apoyar este esfuerzo multilateral, desde la OAH de AECID, en un primer momento, se realizó una activación de 200.000 euros en el marco del llamamiento de emergencia global "*DREF N° MD00005, Emergency appeal Novel*", coronavirus (2019nCoV), de FICR.

Desde entonces, han sido tramitadas las siguientes aportaciones, que globalmente suponen un aporte de **12 millones de euros**:

- **OMS**. 3 millones de euros para el "Plan de preparación estratégica y respuesta al COVID-19" (Iris.paho.org, 2021), en sus sucesivas actualizaciones. Su objetivo general es detener la transmisión del virus a nivel mundial, y mitigar el impacto de la pandemia en todos los países, dando prioridad al apoyo en los países con sistemas de salud débiles, y que tienen vacíos importantes en la preparación y capacidad de ejecución técnica y operacional.
- **ACNUR**: 3 millones de euros. "Plan de preparación y respuesta del ACNUR/llamamiento de emergencia del Coronavirus" (Acnur.org, 2022). Este Plan tiene como finalidad la protección de todas las poblaciones que se han visto forzadas a desplazarse, priorizando las situaciones y contextos formales e informales con grandes poblaciones de refugiados, desplazados, apátridas y otras personas vulnerables para asegurar que los sistemas y servicios de salud y agua, saneamiento e higiene son reforzados y rápidamente adaptados ante el COVID-19.
- **Programa Mundial de Alimentos (PMA)**: 1 millón de euros. "Plan de respuesta global COVID-19" (Es.wfp.org, 2020), cuyo objetivo fue el refuerzo de su cadena de suministro y su red de logística para apoyar para mantener las operaciones del PMA en los países con alta vulnerabilidad preexistente y factores agravantes como fragilidad económica, sociopolítica, de seguridad y climática de un total de 350 millones de dólares.
- **Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR)**: 1,5 millones de euros. "Respuesta operativa del CICR a la COVID-19 y a su impacto más amplio sobre las comunidades. Llamamiento Revisado" (Icrc.org, 2020). El objetivo del este llamamiento preliminar ha sido responder en zonas afectadas por conflictos y violencia armada, para apoyar infraestructuras médicas y lugares de detención, frenar la propagación y garantizar el acceso a servicios médicos a personas desplazadas y detenidas, y apoyar a las sociedades nacionales de la Cruz y Media Luna Roja en sus respuestas nacionales. El llamamiento asciende a 254 millones francos suizos.



- **Federación Internacional de la Cruz Roja (FICR):** 3,5 millones de euros. “Llamamiento de Emergencia revisado: COVID-19 Brote” (Ifrc.org, 2020). Este llamamiento global pretendió apoyar las Sociedades Nacionales (SSNN) miembros para proveer un apoyo basado en comunidades para la población afectada por o preparándose para la pandemia. Su foco es salvar vidas y proteger medios de vida y mejorar el bienestar de personas afectadas por COVID-19. Los fondos subvencionados se distribuyeron de la siguiente manera: un 50% (1.750.000 €) para América Latina y Caribe y un 50% (1.750.000 €) para el resto de los países afectados.

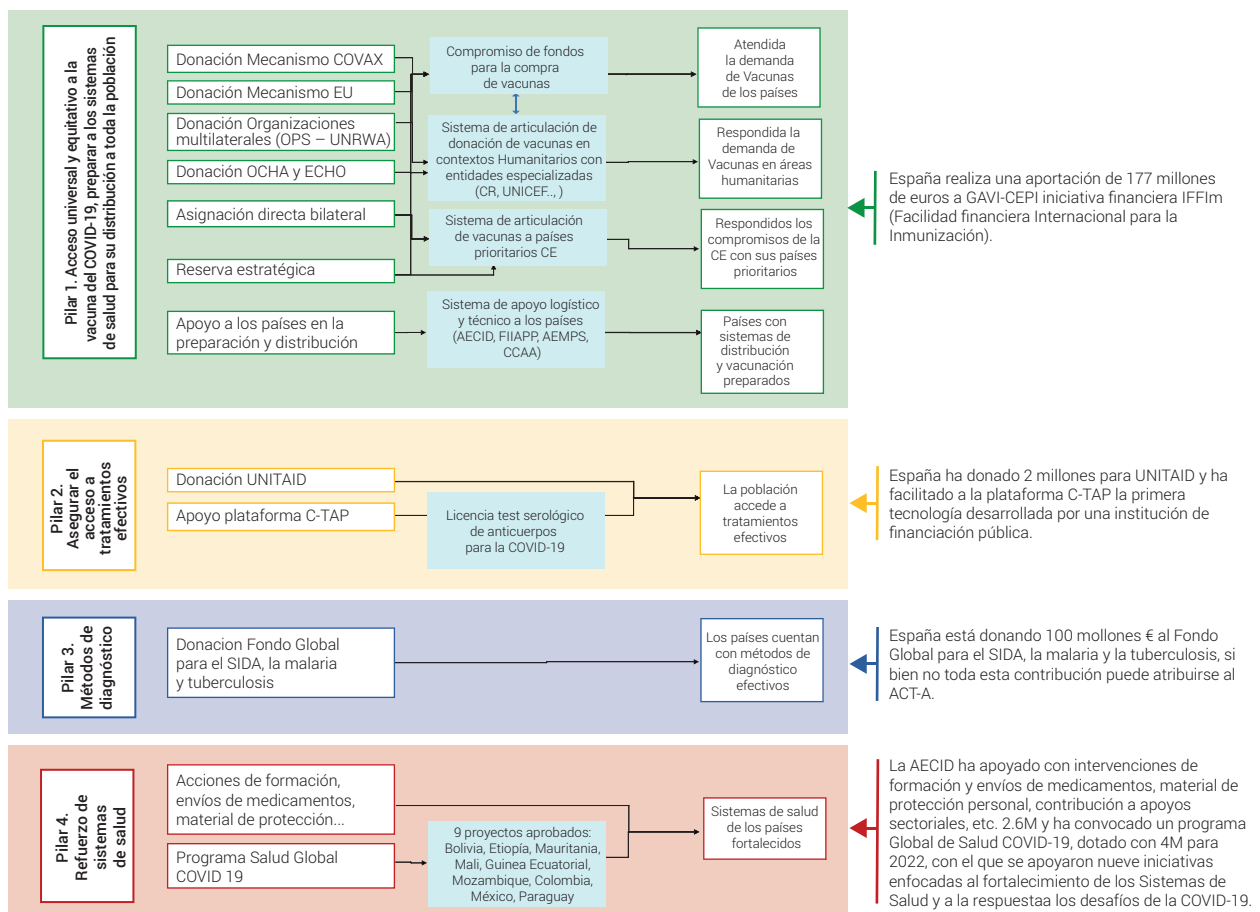
En el marco del **convenio en vigor entre la AECID y las CC.AA.** se han aprobado **dos subvenciones de emergencia** para atender a crisis complejas con componente prevención y control de COVID-19 que se encuentran en tramitación. Son las siguientes:

- Un aporte de 500.000 euros (3,5% del importe del llamamiento) al Programa Mundial de Alimentos

para la financiación del Plan estratégico país provisional de Argelia 2019-2022 y la respuesta a la COVID-19 en los campamentos de población saharauí refugiada en Tinduf (Argelia), en el marco del Llamamiento conjunto el ACNUR, el PMA y UNICEF, para los refugiados saharauís que asciende a 14 millones de euros (frentepolisario.es, 2020).

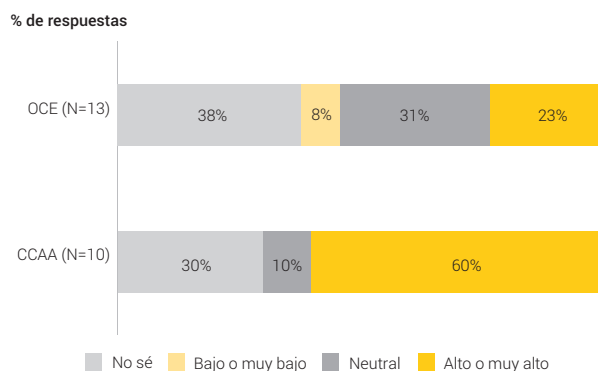
- Una subvención de 500.000 euros al Comité Internacional de la Cruz Roja que financiará el Llamamiento Revisado De Respuesta Operacional al COVID-19 para Venezuela. El objetivo del este llamamiento es contribuir a la prevención y atención del coronavirus, centrándose en el apoyo técnico y material a las estructuras de salud y saneamiento en las que trabajan, así como en proporcionar la asistencia necesaria a las comunidades más vulnerables en Venezuela. La Figura 12 articula los diferentes instrumentos desplegados por la CE en torno a los principales pilares del ACT-A, permitiendo observar el despliegue efectivo de los diferentes instrumentos contemplados en el Plan. Así, se observa la importancia real otorgada al Pilar 1 en relación al resto de pilares del ACT-A.

Figura 12. Instrumentos y reursos del Plan organizados por Pilares ACT-A



La valoración de la adecuación de los instrumentos para el alcance de los objetivos de la Estrategia es buena en las CCAA y dispar en las OCE, con un alto grado de desconocimiento en ambos casos. El 60% de las CCAA que han dado respuesta a la encuesta valoran el grado de adecuación como "alto" o "muy alto". (Fig.13). A nivel de las OCE, la opinión está más dividida. Globalmente, cerca del 40% de los actores no tiene una opinión clara, mientras que el 31% tiene una opinión neutra y cerca de un cuarto tiene una valoración alta.

Figura 13. Grado de adecuación de los instrumentos de respuesta de la Estrategia para el alcance de sus objetivos según OCE y CAA



Fuente: encuesta a CCAA y FEMP

Capacidades existentes de la Cooperación Española

En general, tanto el análisis documental como las entrevistas mantenidas sugieren que no fue necesaria la creación de nuevas estructuras para la implementación de la Estrategia y el Plan. La CE ha sido capaz de movilizar una gran cantidad de fondos en AOD enfocados a la lucha contra la COVID-19 y al cumplimiento de las prioridades de la Estrategia.

Más aún, la AGE estableció estructuras y sistemas oficiales que contribuyeron a la eficiencia de la implementación. Por ejemplo, Presidencia del Gobierno, Sanidad, la AEMPS, el MAEC (DGPOLDES, Secretaría de Estado para Latinoamérica y para África, Gabinete del Ministerio) y, puntualmente MINCOTUR, conformaron un comité de coordinación para el seguimiento de la donación bilateral y vía COVAX de vacunas.

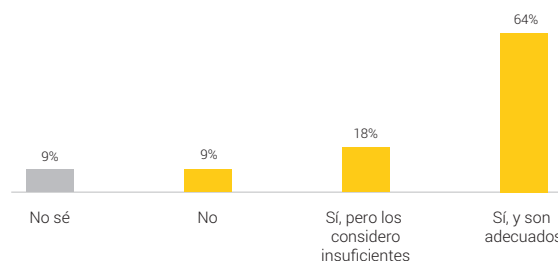
El comité mantenía reuniones semanales en las que cada uno de los actores ejercía una función específica. Su estructura de trabajo estaba liderada por Presidencia

de Gobierno que convocaba y elevaba temas, Sanidad y la AEMPS conducían la exposición de los hechos (operaciones cerradas, vacunas pendientes de asignación, etc.), mientras que el MAEC realizaba el seguimiento de las operaciones y la interlocución con COVAX, la UE y otros países, o el seguimiento de cuestiones más delicadas (como la donación bilateral de vacunas a Irán - Gabinete del Ministro). También se contaba con presencia puntual de otros ministerios según la temática concreta o novedades a nivel internacional relacionadas con Comercio o Economía, por ejemplo.

Otro ejemplo de sistema emergente fue el **envío regular de funcionarios a los almacenes del ACT-A**, en Europa, con el fin de que las vacunas con destino a España pudieran ser donadas sin necesidad de entrar en el país.

A nivel de las CCAA y EELL, en general, tampoco se han echado en falta recursos con los que operacionalizar la Estrategia. En base a las contestaciones de la encuesta realizada, existe una valoración alta sobre la adecuación de sus instrumentos para dar respuesta a las acciones emprendidas en el marco de la Estrategia. Como se ha subrayado, **un 64% (siete CCAA) considera que sus instrumentos son adecuados y un 18,2% (una CCAA y la FEMP) los consideran adecuados pero insuficientes.** Además, el 54,4% considera que está dotada de sistemas de planificación adecuados. No obstante, algunas personas encuestadas expresan la necesidad de abordar la Estrategia en mayor coherencia con las políticas de acción exterior y no solo desde la cooperación al desarrollo³¹.

Figura 14. Valoración de CCAA y FEMP sobre la adecuación de sus instrumentos para dar respuesta



Fuente: encuesta a CCAA y FEMP

Se ha identificado en varias entrevistas, y también se indica en el propio Examen de Pares del CAD, que **los recursos humanos en el sistema de cooperación tienen limitaciones estructurales** tanto en número y composición en sede y terreno, lo que puede ser un problema

31 "La Estrategia COVID-19 se han abordado a través de los proyectos de las Convocatorias de Subvenciones de Cooperación internacional, sin una verdadera coherencia de políticas en su acción exterior".



a la hora de desarrollar nuevas estrategias de abordaje sectorial que requiere personal específico en diferentes posiciones y ubicaciones.

Criterio de eficacia

Transparencia y rendición de cuentas

Como **espacios de coordinación, comunicación y seguimiento** de la respuesta conjunta de la CE a la crisis de la COVID-19, el propio documento de la **Estrategia** menciona en su punto 5 (seguimiento, adaptación y evaluación) el establecimiento de “una plataforma de seguimiento y coordinación específica, inclusiva de los colectivos representados en el Consejo de Cooperación, las CCAA y la FEMP y el Gobierno de España”, la cual promoverá un seguimiento conjunto, tanto de los recursos asignados como de los avances y resultados emergentes en la implementación de la Estrategia.

Complementariamente, y en referencia al **Plan**, se conformó un Comité de Coordinación, aprobado por el Consejo de Ministros el 19 de enero 2021, “liderado por la SECI, con la participación de SEAEAG y SEUE del MAEC; de Sanidad y AEMPS, Ministerio de Ciencia, Presidencia del Gobierno, CONGDE y expertos” (lamoncloa.gob.es, 2021a).

A lo largo de la implementación de la Estrategia y el Plan, se han activado sendos espacios, evidenciándose del análisis documental el desarrollo de una serie de reuniones de los comités. (Tabla 11).

Tabla 11. Reuniones del Comité de seguimiento Estrategia y Plan de Vacunas

| Reunión | Fecha |
|---|---------------------------|
| 1º Reunión de la Plataforma de seguimiento y coordinación de la Estrategia de Respuesta Conjunta de la CE a la Crisis del COVID-19. | 11 de noviembre del 2020. |
| 1º Reunión del Comité de Coordinación del Plan de Vacunación Solidaria. | 11 de marzo del 2021. |
| 2º Reunión Comité de Coordinación Plan de vacunación Solidaria. | 23 de junio del 2021. |
| 3º Reunión Comité Seguimiento COVID-19 y Vacunación Solidaria. | 17 de marzo del 2022. |

Fuente: elaboración propia

Las dos primeras reuniones fueron independientes, teniendo en cuenta que la aprobación del Plan fue en enero del 2021, centrándose la primera reunión de la plataforma de la Estrategia en abordar elementos de los tres ejes de trabajo (salud, recuperar derechos, y sistemas socioeconómicos y tejido productivo), vislumbrándose los elementos de coordinación y avances respecto al futuro Plan de Vacunación Solidaria.

Posteriormente, y una vez aprobado el Plan, se realizó la primera reunión de su Comité, en la cual se presentó el Plan, sus principios, colectivos prioritarios y canales de distribución para posteriormente centrarse en los siguientes pasos de su despliegue.

Por lo que respecta a las siguientes reuniones de 23 de junio del 2021 y de 17 de marzo del 2022, y teniendo en cuenta sus actas, se observa la misma dinámica que en las anteriores, centrándose principalmente en informar sobre los avances con respecto al Plan de Vacunación Solidaria, en lo referente al mecanismo COVAX, ACT-A y las aportaciones de las CCAA, así como en la adaptación de la CE al nuevo contexto de intervención y en la participación de España en la iniciativa estadounidense en torno al Plan de Acción Global para la lucha contra el COVID-19 (GAP COVID-19), esto especialmente en lo que respecta a la tercera reunión del Comité.

Estas reuniones han estado lideradas por la SECI y han contado con la participación de representantes de Presidencia del Gobierno, de MAEC, MISAN, y de Ciencia e Innovación, de la AECID, de la AEMPS, FIIAPP, DGPOLDES, FEMP, de varias CCAA, así como de la Coordinadora de ONGD y de ISGlobal.

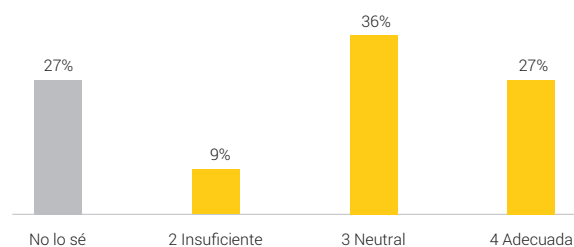
La valoración que las personas entrevistadas hacen al respecto de estos espacios es en general positiva, destacando la participación e información brindada por los diferentes Ministerios implicados, aunque son evidenciados como encuentros para compartir información y con poca opción de participación en decisiones por tomar. Asimismo, se señala que la retroalimentación de cómo se distribuían las vacunas fue limitada, echándose en falta más información al respecto.

Complementando lo anterior, y con base en los resultados de la encuesta de evaluación, la valoración que las CCAA hacen sobre los mecanismos de transparencia y rendición de cuentas, es entre neutral y adecuada, observándose en el caso del Plan un 10% de las valoraciones como excelente³² (Figura 15 y Figura 16).

32 Valoración de 1 a 5, siendo 1 Inexistente y 5 Excelente.

Figura 15. Valoración de los mecanismos de transparencia y rendición de cuentas de la Estrategia por CCAA y FEMP

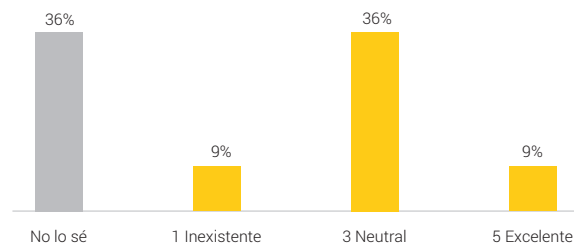
¿Cómo valora la transparencia y rendición de cuentas en relación con la Estrategia? % de respuestas (N = 11)



Fuente: encuesta a CCAA y FEMP

Figura 16. Valoración de los mecanismos de transparencia y rendición de cuentas del Plan por CCAA y FEMP

¿Cómo valora la transparencia y rendición de cuentas en relación con el Plan? % de respuestas (N = 11)



Fuente: encuesta a CCAA y FEMP

Es significativo el porcentaje de valoraciones en la categoría "No lo sé", aspecto que puede denotar un desconocimiento de la existencia de estos espacios de rendición de cuentas o la ausencia de participación en los mismos. Alguna de las CCAA participantes señala, tanto en la encuesta como en entrevistas, la ausencia de una retroalimentación de hasta dónde se ha llegado con la Estrategia y Plan, aspecto que se echa en falta después de los intercambios de información facilitados.

Por otra parte, **otro de los elementos establecidos para la transparencia y rendición de cuentas fue la creación de la encuesta de seguimiento de la Estrategia COVID-19**, que contempla el seguimiento de los compromisos y

desembolsos de los diferentes actores según prioridad y vía de acción. Adicionalmente, y en relación al ya establecido **sistema de reporte de AOD**, en junio de 2020, el CAD/OCDE estableció **el sector "CRS-12264-Control COVID-19"** para las intervenciones específicas dentro del sector salud. Entre octubre y noviembre de 2020, el propio CAD también estableció una **etiqueta "intervención relacionada con la COVID-19"**, para categorizar los proyectos de cualquier sector CRS que estuvieran relacionados, de alguna forma, con la pandemia. España, como miembro del CAD de la OCDE, incorporó el sector CRS y la etiqueta COVID en el sistema de Información de la AOD. Estos dos sistemas de seguimiento han permitido realizar el análisis de los recursos movilizados del apartado anterior.

El sistema de presentación de datos de AOD en info@AOD³³ de la CE ofrece la posibilidad de filtrar datos; pivotar la tabla de datos en función de cualquier variable; y consultar los microdatos (información desagregada) de la selección escogida.

Sin embargo, como se vio en el apartado anterior, la información de AOD no se vincula directamente con la Estrategia ni con el Plan. Los microdatos de las intervenciones no incluyen ninguna variable que las vincule a las prioridades de la Estrategia ni tampoco a las vías de canalización del Plan. La única variable relacionada con la pandemia es la dicotómica (sí/no) "intervención relacionada con la COVID-19", que se refiere a intervenciones que abordan de forma directa o indirecta los efectos de la pandemia según el criterio del informante sin justificar alineamientos con Estrategia ni Plan.

Criterio de relevancia

Adaptabilidad de la estrategia y del plan ante la crisis

El enfoque de la Estrategia por la respuesta multilateral facilitó su adaptabilidad. La pandemia afectó a un bien público global, la salud, cuyo abordaje no podía hacerse desde enfoques nacionales unilaterales. El desafío de carácter global se recoge claramente en el documento de la Estrategia ("mientras siga habiendo un solo país afectado por el virus, seguirá en peligro la salud global" - MAEC, 2020, p. 15) y establece una respuesta de carácter multilateral, lo que la permitió prever de manera temprana, en julio de 2020, la importancia que el multilateralismo cobraría posteriormente tanto en la lucha global contra la COVID-19 como dentro de la propia respuesta de la CE. En particular, la Estrategia prioriza el apoyo a la **OMS** (cuya relevancia se había puesto en duda), se aboga por el **ACT-A** y se declara la necesidad de impulsar una **respuesta conjunta a nivel de la UE**.



Al tratarse de una respuesta multilateral, existían componentes de riesgo e incertidumbre que superaban la propia respuesta de España, tanto en lo referente a la Estrategia como sobre todo al Plan, identificados acertadamente en ambos documentos como **riesgos sistémicos**. Durante su implementación, los principales riesgos sistémicos los que la Cooperación Española y comunidad internacional tuvieron que hacer frente fueron los siguientes:

- **Desarrollo:** Según la publicación del Instituto de Salud Global, **la estrategia global se centró en el desarrollo de las vacunas** (95% de la inversión total frente al 5% para tratamientos), con una inversión del sector público de 93.000 millones de euros. La mayor parte de ella, según el estudio realizado, se canalizó a través de inversiones y pagos anticipados a las compañías desarrolladoras a cambio de derechos de compra de las vacunas que finalmente superaran todas las fases de ensayo clínico y que fueran autorizadas.

Teniendo en cuenta esta incertidumbre, se llevó a cabo una inversión sobre el éxito (y aprobación) de las vacunas, en un número de dosis varias veces superior al necesario para inmunizar a su población, como sucedió con la Unión Europea y Canadá, surgiendo posteriormente "otra incertidumbre" sobre las vacunas de recuerdo que sería necesario utilizar.

- **Producción:** Otro riesgo adicional fue **la capacidad de producción de vacunas**, así como viales, jeringuillas y los dispositivos para su correcta gestión logística. Según un informe del movimiento global "The People's Vaccine"³⁴, las capacidades de producción se sobreestimaron (la decisión de la India en marzo de 2021 de restringir las exportaciones de vacunas, agravada por la lentitud en la entrega de algunos fabricantes, redujo drásticamente el suministro de COVAX durante una fase crítica de la pandemia). Este mismo informe también argumenta que las estimaciones infladas tenían por objetivo demostrar la suficiencia de la capacidad de la industria. Con ello, buscaban frenar las crecientes demandas a favor de la exención temporal de las normas de propiedad intelectual sobre las patentes de las vacunas, promovidas por los gobiernos de India y Sudáfrica ante la Organización Mundial del Comercio. Durante 2021, **los cuellos de botella en la producción afectaron sobremanera a la iniciativa COVAX** y, mientras tanto, los países con mayores recursos empezaron a contar con excedentes de dosis de las vacunas que recibían. España (con sus diferentes administraciones) fue uno de los primeros países en asumir compromisos y, en enero de 2021, aprobó el

Plan de Acceso Universal para compartir vacunas frente a la COVID-19.

- **Distribución:** **La distribución de dosis donadas no se preveía originalmente en el diseño de la iniciativa y ha exigido una adaptación para poder llevarla a cabo con solvencia**, desarrollándose pautas para la donación de vacunas que previeran y trataran de evitar la caducidad de las dosis o la no llegada a tiempo a los países receptores. La anticipación era fundamental para que los países pudieran poner en marcha sus campañas de vacunación.

Debido a la debilidad existente en los sistemas de salud de muchos países socios tanto en recursos como en personal sanitario, ha sido necesario aumentar la capacidad de almacenamiento, reforzar las cadenas de frío, el transporte, los centros de vacunación y las plantillas de personal de salud, además de conseguir todo el material necesario, desde jeringas hasta desechables.

- **Voluntad de vacunación:** Asimismo, **otro riesgo, posiblemente infravalorado, fue el rechazo a las vacunas por parte de la población de los países socios**, una circunstancia de sobra conocida para las organizaciones que operan en terreno y agravada por la pandemia. Tal y como señala el ISGlobal, "los mensajes negativos movilizados por las redes y el hecho de que en algunos casos se piense que están llegando las dosis que no se quieren en los países donantes, todavía genera más resistencia" (ISGlobal, 2022, p. 9).

En la evaluación formativa de la iniciativa COVAX³⁵ se concluye que, teniendo en cuenta el entorno extraordinariamente difícil, los numerosos factores de incertidumbre y los elevados objetivos fijados para COVAX, **el diseño original era en general razonable**. Sin embargo, este diseño no se desarrolló mediante un amplio proceso de consulta (se tardó en implicar a los países de renta baja y media, y los representantes de la sociedad civil y de las comunidades estuvieron ausentes en gran medida en las primeras fases de diseño, aunque académicos y expertos independientes participaron en el diseño de las estrategias de configuración del mercado), lo que parece haber dado lugar a que se percibiera una falta de propiedad conjunta. El diseño y el modelo de negocio de COVAX fueron **evolucionado** considerablemente reflejo de la necesidad de "construir el barco mientras se navega".

En la misma evaluación, se indica que **los responsables de la toma de decisiones de GAVI subestimaron los intereses creados de los países y las farmacéuticas**, y juzgaron mal la geopolítica que rodea el acceso a las vacunas de COVID-19. En concreto, aunque GAVI comprendió que los países de ingresos altos y medios adquirirían vacunas fuera de COVAX, no previó la velocidad y

34 El informe se menciona en ISGlobal (2022).

35 <https://www.gavi.org/our-impact/evaluation-studies/covax-facility-and-covax-advance-market-commitment-amc-formative-review-and-baseline-study>

la escala de estos acuerdos bilaterales ni su impacto en los mercados de vacunas. Tampoco previó la amenaza que las acciones del gobierno indio ante una pandemia nacional podrían suponer para su propio suministro.

Uno de los aspectos clave en todo el proceso de donación de vacunas ha sido el **desarrollo de cobertura de seguros de responsabilidad civil, en el que la AEMPS tuvo un papel de liderazgo dentro de los equipos de gestión**. El dispositivo COVAX diseñó un sistema estándar de indemnización y responsabilidad civil (I&L) para todas las vacunas distribuidas por COVAX y los países AMC. Esto incluía un sistema de indemnización sin culpa (NFCS) para reducir aún más el riesgo para las empresas, que actúa como seguro para la indemnización final en caso de efectos secundarios graves financiado a través del COVAX.

El sistema estándar de I&L **ahorró a los países participantes importantes costes de transacción** al mitigar la necesidad de que firmaran acuerdos separados con cada fabricante, y está bien justificado en una situación de uso de emergencia en la que hay datos limitados sobre la seguridad del producto y los fabricantes no disponen de un seguro de responsabilidad regular.

En el ámbito específico de la intervención de España, todos los actores entrevistados han considerado un éxito en cuanto a gestión de riesgos y adaptabilidad el desarrollo **del comité tripartito para la donación de vacunas** (Presidencia, MAEC y Sanidad), que se reunía semanalmente y con comunicación continuada, liderado por Presidencia del Gobierno y un grupo motor del MAEC, principalmente SECI y DGPOLDES, Sanidad, con un importante liderazgo de AEMPS, y presencia de otros ministerios, como Ministerio de Hacienda y Función Pública o Ministerio de Industria, Comercio y Turismo.

En el momento de esta evaluación, el mayor riesgo respecto a la respuesta es la existencia de un **importante exceso de suministro**. Este puede considerarse un riesgo aceptable, dada la necesidad de asegurar el suministro ante una demanda imprevisible.

El Plan, que también explicita la necesidad de su propia adaptación³⁶, no solo está alineado a la respuesta multilateral; **sino que, además, cuenta con una diversidad de vías de canalización que ha potenciado la adaptación a un contexto cambiante**. Por ejemplo, la vía principal de donación, COVAX, abrió la puerta a la priorización de Latinoamérica, un enfoque, según las entrevistas con la Oficina para la Coordinación de la Presidencia de la UE, muy relevante en un contexto en que se priorizaba África (2021-2022). **Esta priorización de los países de**

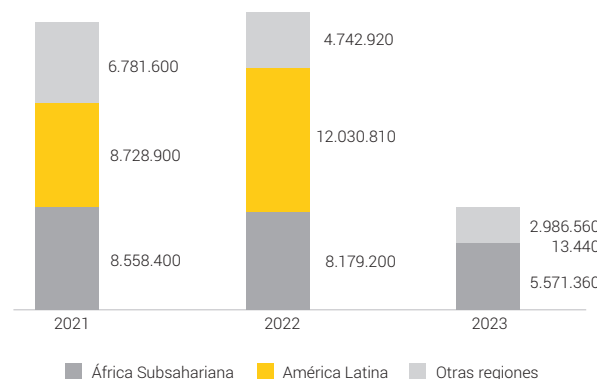
Latinoamérica dentro de la respuesta española en el Plan de Vacunas posicionó a España como uno de los principales donantes en esta área geográfica. Las principales razones, además de los lazos históricos, eran el nivel de desigualdad existente (en razón al estrato socioeconómico, al género, a la etapa del ciclo de vida, a la condición étnico-racial, al territorio, a la situación de discapacidad y al estatus migratorio); la demografía (población más envejecida y consecuentemente más vulnerable a los efectos del virus) y una economía informal que, tal y como indica CEPAL (2022), llevó a que la región haya sido una de las más afectadas por la pandemia en términos sanitarios, sociales y económicos.

Sin embargo, **la CE no ha tenido el control de algunos de los criterios de priorización del Plan**, donde se establece que uno de los focos de donación serán los países socios de la CE donde no esté garantizado el acceso del 20% prioritario de la población. Esto se debe a que el mecanismo COVAX solo admite un marcaje por región y no por país.

A pesar de ello, **España sola acumula más dosis donadas vía COVAX a países latinoamericanos que el resto de los donantes juntos (exceptuando EEUU) y ha llevado a cabo el 38,2% del total de donaciones al continente³⁷, priorizado tanto en la Estrategia como, particularmente, en el Plan**. Tras la cobertura de Latinoamérica, y debido a la falta de capacidad de absorción de vacunas por ausencia de cadenas de frío, de personal cualificado, de infraestructuras para el acceso a zonas remotas y por la propia desinformación y reticencia hacia las vacunas (MAEC, 2023a), el foco pasó a África Subsahariana (Figura 17).

Figura 17. La donación de vacunas 2021-2021: de América Latina a África Subsahariana

Número de dosis donadas por España vía COVAX, por región (abril 2023)



Fuente: Datos de donación de vacunas facilitados por AEMPS al equipo evaluador

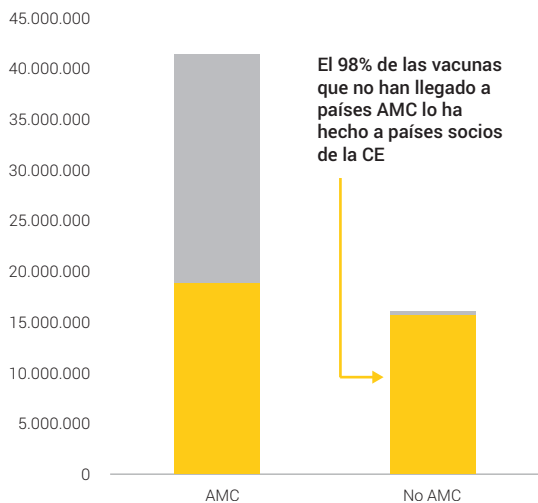
36 Dentro de su sección "Implementación, seguimiento y evaluación" (Ministerio de Asuntos Exteriores y Ministerio de Sanidad, 2021, p. 10)

37 El 87,30% de las vacunas donadas por España que no han llegado a países AMC priorizados por el COVAX lo ha hecho a países de América Latina (Argentina, Brasil, Colombia, Costa Rica, Ecuador, Guatemala, México, Paraguay, Perú, Surinam). Datos de febrero de 2023 (unicef.org).



Más aún, y a modo de evidenciar la eficacia sobre los compromisos del Plan, los datos facilitados por el MAEC (abril de 2023) arrojan que el **60,2% de las vacunas donadas vía COVAX han llegado a países socios de la CE**. En esta línea, es particularmente destacable que el 98% de las vacunas que no se han destinado a países incluidos en el AMC ha llegado, precisamente, a países socios de la CE, en coherencia con el foco pautado por el Plan (Figura 18). Finalmente, el Plan también priorizaba los PMA, que se han beneficiado del 33,9% de las vacunas donadas por España.

Figura 18. Número de vacunas donadas vía COVAX a países AMC y no AMC



En **amarillo**, las vacunas donadas a socios de la CE.

Fuente: datos del AEMPS

En la misma línea, otra de las vías del Plan, **la asignación directa bilateral** se ha revelado como **una vía adecuada para atender casos de emergencia humanitaria** debido a las limitaciones del instrumento COVAX dirigido a contextos humanitarios (*Humanitarian Buffer*) y a la inexistencia de un mecanismo específico de donación humanitaria en la UE. Sin embargo, de acuerdo con las entrevistas realizadas, la asignación bilateral también se gestionó de manera que los Estados beneficiarios se identificaban en comunicaciones directas de embajadas y OCE y, generalmente, según criterios desligados del

nivel de acceso de la población meta a la vacunación, tomando en cuenta criterios de interés de los países solicitantes o la urgencia según la fecha de caducidad del lote de vacunas.

De cara a analizar la adaptabilidad global de los **instrumentos contemplados en la Estrategia**, la Tabla 12 presenta un resumen de ellos:

Tabla 12. Principales Instrumentos de la Estrategia

- Aportaciones a Organismos Internacionales Multilaterales: OMS, ACNUR, PMA, CICR, FICR.
- Acciones de directa de emergencia de la OAH por la pandemia de COVID-19. Donaciones de material bioseguridad y medicamentos.
- Activaciones Convenios de Emergencia con ONGD (17 activaciones).
- Convenio AECID-CCAA. Puesta en marcha de subvenciones de emergencia, apoyo a CICR y PMA.
- Cooperación técnica por medio de la gestión del conocimiento, el intercambio de buenas prácticas y lecciones aprendidas basadas en las experiencias nacionales frente a gestión de emergencias biosanitarias como el COVID-19 u otro tipo de crisis.
- Convocatoria de Convenios de Cooperación al Desarrollo para ONGD.
- Convocatorias a ONGDs en el conjunto de las Comunidades Autónomas y Entidades Locales.
- FONPRODE.
- Becas investigación salud pública Fundación Carolina.
- Marco de Asociación UNFPA, prioridad salud
- Aporte de 941 M€ (cuantía máxima solicitada a España) en contribución a las cuentas de préstamos del fondo para préstamos concesionales del FMI.

Fuente: Documento Estrategia de Respuesta Conjunta de la CE a la crisis por COVID-19.

Según los testimonios recogidos, **estos instrumentos se han ido ajustando y adaptando, dentro de la AECID y su OAH, para dar cobertura a las prioridades**.

En síntesis, en la Tabla 13 se resume las ventajas e inconvenientes identificados en relación con los instrumentos y vías de canalización.

Tabla 13. Ventajas e inconvenientes de los instrumentos y vías de canalización

| | Ventajas | Inconvenientes |
|---|--|---|
| Estrategia | | |
| Instrumentos multilaterales | Han permitido un gran desembolso de AOD en el sector salud y en la lucha contra el COVID-19, apoyando al posicionamiento de la OMS. | |
| Instrumentos bilaterales | Adaptados a la CE tanto de AGE como descentralizada. | Es posible que la canalización de fondos a través de proyectos relacionados con el COVID-19 se haya visto limitada por la falta de alineamiento explícito de las convocatorias con la Estrategia. |
| Plan | | |
| Vía COVAX, en colaboración con mecanismos UE | Apuesta clara por la vía multilateral. Posicionamiento internacional de España en la cooperación para el desarrollo y en la UE. A pesar de no permitir el mercado a nivel nacional, ha contribuido a la cobertura de las prioridades del Plan. La integración de COVAX dentro de un mecanismo existente como GAVI que ya estaba realizando distribución de vacunas en coordinación con los Ministerios de Salud de la mayor parte de los países de mundo y el no ser un mecanismo de NNUU, otorgó mayor flexibilidad y rapidez de respuesta. | Los inconvenientes del propio mecanismo COVAX (p. ej., lentitud, criterios para la validez de los lotes de vacunas cambiantes, etc.). La lentitud en la disponibilidad y distribución de vacunas provocó que, en el momento de su llegada, la percepción del riesgo ya era baja en los países receptores. |
| Asignación directa bilateral (y vía OCHA y ECHO en casos de emergencia) | Adecuada para los casos de emergencia, puesto que el instrumento <i>Humanitarian Buffer</i> de COVAX solo acepta donaciones financieras y que la UE no dispone de un mecanismo específico de donación para contextos humanitarios. Gran impacto cuando se donó a países pequeños (p.ej., Santa Lucía). | Dificultades logísticas propias de la donación bilateral. Falta de mecanismos de monitorización de las necesidades nacionales. |
| Apoyo a los países en la preparación y la distribución de personal y de formación | Vía flexible que abre la puerta a la implicación de las CCAA, algunas de las cuales la han explotado a través de convenios. | |

* En el caso del Plan, no hay evidencias de uso de las vías 4 (organizaciones multilaterales independientes de COVAX) y 6 (reserva estratégica).
Fuente: elaboración propia

Adaptación de las prioridades de la Cooperación Española AL COVID-19

La Estrategia pasó a articularse como un referente en las prioridades de la CE, según se indica en la evaluación del V Plan Director de la CE, focalizando la Estrategia como un mecanismo de coordinación de las actuaciones de la CE, liderado DGPOLDES, AECID, la AGE y la SECI, participando de ella las CCAA y EELL así como el Consejo de Cooperación para el Desarrollo.

En relación a la **cooperación descentralizada**, tanto en las entrevistas como en los resultados de la encuesta a CCAA y FEMP se da una valoración de la Estrategia como elemento de cohesión y articulación conjunta de la CE. Adicionalmente, el 41% de las CCAA incluyen la Estrategia en sus planes directores o planes anuales³⁸. Sin embargo, ninguna CCAA hace referencia explícita a la Estrategia en sus convocatorias de ayuda humanitaria y cooperación de los años 2021 y 2022, una limitante relacionada con las dificultades de ajustes de las bases de

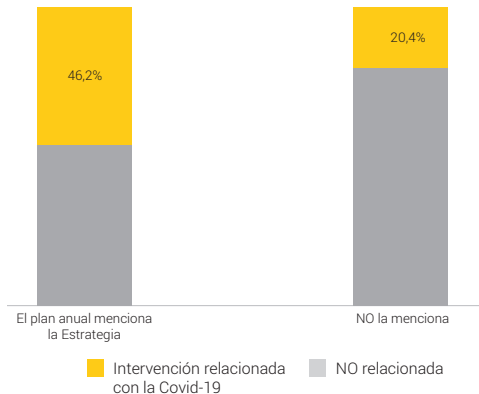
38 Galicia (plan anual 2021), La Rioja (plan anual 2022), Murcia (plan anual 2021), Madrid (plan director 2021, Navarra (plan director 2020, C. Valenciana (plan director 2021, Asturias (plan director 2022).



las convocatorias en la mayoría de las CCAA, así como limitantes administrativas de la Ley de Subvenciones³⁹.

Este débil alineamiento expreso de los planes anuales de la cooperación descentralizada con la Estrategia habría podido tener una repercusión negativa sobre el volumen de AOD destinada a la lucha contra la COVID-19. El peso de la AOD relacionada con la COVID-19 es dos veces superior en las convocatorias de las CCAA cuyos planes anuales mencionan explícitamente la Estrategia (2,8% versus 1,9% en el CRS-12264-Control COVID-19), que implica una relación directa dentro del sector de la salud; 46,2% versus 20,4% en el caso del etiquetado de “intervención relacionada con COVID-19”, más laxo. Dicho esto, si asumimos que el CRS-12264-Control COVID-19 y la etiqueta “intervención relacionada con COVID-19” son un buen proxy de la relación de las intervenciones con la Estrategia, la inclusión de referencias a la Estrategia en los documentos de planificación puede haber incentivado la orientación de intervenciones hacia el abordaje del COVID⁴⁰.

Figura 19. Porcentaje de la AOD de proyectos financiados por CCAA que están relacionados con la COVID-19 según los informantes



Fuente: info@od

Asimismo, la cooperación descentralizada puso en marcha distintas medidas de adaptación. Todas las CCAA encuestadas y también la FEMP reconocen que facilitaron la adaptación o reformulación de los proyectos aprobados o en ejecución durante la pandemia. En todas las entrevistas realizadas (Aragón, Cataluña, Extremadura) se mencionan y documentan aplazamientos de justificaciones y concesión de modificaciones de

los proyectos financiados, aunque siempre con la rigidez que impone la Ley de Subvenciones.

También las evaluaciones de los **MAP de Bolivia, Perú y Ecuador**, realizadas en 2022, hacen referencia a la adaptabilidad de la CE señalando que, aunque la crisis Sanitaria produjo retrasos en la ejecución de los programa y proyectos, se evidencia una alta capacidad de flexibilidad que ha contribuido a facilitar la adaptación de las intervenciones.

Concretamente la **evaluación del MAP de Bolivia** (2018-2021), señala que la CE se ha volcado en la pandemia en el tema sanitario urgente que no estaba dentro del MAP, respondiendo a la solicitud de apoyo del gobierno boliviano con equipos de protección individual para la gestión de la pandemia COVID-19. El programa de residencia médica se ha adaptado a la situación creando un ciclo de formación con especialidades médicas adaptadas al COVID-19 de forma on line. A partir de 2021, con el desarrollo de la segunda fase del programa, se ha incluido en el programa la especialidad de epidemiología. Por este motivo, se ha incorporado una asistencia técnica de un médico MIR especializado en esta materia en el Ministerio de Salud.

En la **evaluación del MAP de Ecuador** (2019-2022), se indica como la CE ha apoyado el fortalecimiento de laboratorios de tres universidades públicas y del Hospital de Especialidades de Portoviejo para el procesamiento de COVID-19 y la compra medicamentos.

También en la **evaluación del MAP de Perú** (2019-2022) se refleja la adaptabilidad de la CE a través del fortaleciendo los sistemas de salud con material sanitario, y con misiones de profesionales sanitarios españoles especializados en la atención de pacientes críticos.

La salud ha pasado a ser un enfoque prioritario en el trabajo sectorial de la CE. En los años 2021 y 2022, AECID ha lanzado varios programas que refuerzan una visión sectorial enmarcados en el ámbito de la cooperación bilateral con países prioritarios, financiando iniciativas destinadas a impulsar la igualdad de género (Programa Ellas +), implementar soluciones novedosas que contribuyan a la sostenibilidad medioambiental (FONTEC) y reducir de la brecha digital en educación (e_Duc@), compromisos todos ellos establecidos en la Estrategia (aecid.es, 2022).

Dentro del proceso de priorización estratégica en el año 2022, se puso en marcha el **Programa Global de Salud COVID-19** de AECID con un presupuesto de 4 millones de euros financiando 12 propuestas en África y Latinoamérica en nueve países (Etiopía, Guinea Ecuatorial, Mali,

39 A pesar de ello, en la encuesta a CCAA, Cataluña y C. Valenciana (además de la FEMP) reconocen la influencia de las líneas de trabajo de la Estrategia en alguna de sus convocatorias de emergencia o acción humanitaria.

40 El análisis realizado es descriptivo y no implica correlación ni causalidad. No obstante, las diferencias observadas, del orden del 100%, son importantes, y tiene sentido que la mención a la Estrategia en un plan anual promueva que los y las técnicos/as de proyecto busquen el alineamiento con esta. El detalle sobre las menciones a la Estrategia y el Plan en los planes anuales de las CCAA puede consultarse en el Anexo V.

Mauritania, Mozambique, Bolivia, Colombia, México y Paraguay) enfocadas en el refuerzo de los sistemas de salud frente a la pandemia de la COVID-19 y a las presiones que se han derivado de esta más allá de la propia pandemia y de contribuir así, en último término, a la Cobertura Sanitaria Universal y al refuerzo de los Sistemas Públicos de Salud. De cara al año 2023, el programa se desliga del COVID-19 y se centra en fortalecer los sistemas de salud nacionales.

La Estrategia de Respuesta se incorporó como un elemento de **valoración en las convocatorias de AECID de proyectos, programas y convenios con ONGDs de los años 2021 y 2022**, siendo necesario identificar en el formulario de solicitud el nivel de contribución de las intervenciones propuestas dentro del epígrafe de complementariedad con la política española de dicho formulario.

La adaptabilidad se hace visible en el caso de la acción humanitaria, donde se han desarrollado un total de 14 respuestas de emergencia para la entrega de ayuda en especie para la prevención, control y tratamiento de COVID-19. De forma acumulada, se han destinado más de 2,6 millones de euros a estas respuestas, siendo la región que más ayuda ha recibido América Latina, dirigida mayoritariamente a las autoridades públicas competentes sanitarias, salvo algunas excepciones, en donde la ayuda se ha dirigido a la Cruz Roja Ecuatoriana, Cruz Roja India, UNICEF o Protección Civil Hondureña.

Durante el 2020, la DG ECHO dio cobertura gratuita a algunos de los suministros hacia países afectados (los denominados EU *Humanitarian Air Bridge*). En dicho año, la globalidad de dichos suministros entregados por la vía de emergencia provenía de la OAH de la AECID.

También durante 2020, se llevaron a cabo seis operaciones dentro del componente de respuesta a la pandemia de COVID-19, una de ellas dentro de una respuesta mayor a la emergencia que causó el huracán Iota a su paso por Honduras a finales de año. El presupuesto destinado por la **AECID a emergencias COVID-19** superó los 530.000 euros, centrado todo en América Latina.

En 2021, ante la activación del stock estratégico de Sanidad, se realizaron operaciones mixtas, en las que ambas entidades aportaban suministros, o en las cuales todos los artículos a donar los aportaba Sanidad, encargándose la OAH de la AECID de la logística. También en 2021, se realizaron ocho respuestas directas de emergencia por la OAH debido a la gravedad de las segundas y terceras olas por coronavirus tanto en América Latina como en Asia, en un escenario de escasa vacunación. El presupuesto AECID destinado a estas respuestas en 2021 superó los 2 millones de euros, siendo también muy significativo el aporte de Sanidad. La conjunción de ambas administraciones hizo llegar ayuda por valor de 5,9 millones de euros.

Criterio de coherencia

Coordinación con entidades internacionales. Valor añadido de la CE

La articulación de los espacios de coordinación se ha observado principalmente en la prioridad “Salvar vidas, reforzar los sistemas públicos de salud de la Estrategia”, plasmado en el Plan. En el propio desarrollo de la Estrategia se refuerza la idea de promover una salida global y articulada en el ámbito de la Agenda 2030 y el principio de “No dejar a nadie atrás”, en particular a las personas en situaciones más vulnerables.

Dentro de **ACT-A**, España ha participado a través del MAEC en su mecanismo de gobernanza, en el Consejo Facilitador, así como en los Consejos de Administración y de toma de decisiones de las principales iniciativas, **reforzando la apuesta de España por el papel multilateral de la respuesta.** La presencia **coordinada de MAEC y AEMPS permitió desarrollar una estrategia reforzada desde una visión más científica**, lo que facilitaba la justificación de la apuesta de España por el posicionamiento de la UE dentro de ACT-A. Además, **España lideró la incorporación de países de América Latina como prioritarios en la donación de vacunas**, pese a ser países de renta media no AMC. Como ya se ha detallado, esto fue así porque son países que se encuentran en dinámicas de transición demográfica y cuyas necesidades no eran exclusivamente humanitarias.

Se considera clave el papel de España en la constitución del Team Europe que se lanzó como parte de la respuesta global de la UE a la pandemia COVID-19 en abril de 2020 para facilitar la coordinación entre los socios clave. En este ámbito, se destaca el **rol de la AEMPS como voz autorizada y reconocida dentro de la Agencia Europea de Vacunas**, permitiendo a España disponer de un **papel protagonista en el Mecanismo Europeo de Donación para el diseño del plan europeo de donación de vacunas**, siendo fundamental en el proceso de gestión de las dinámicas de donación (definición del contrato tripartito firmado entre el país donante, GAVI y la compañía fabricante de vacunas). Posteriormente, se consolidó como el gran vector de la Cooperación Europea en el acceso a vacunas y en el apoyo de negociación de contratos con COVAX. Este elemento contribuyó a una donación más ágil de las vacunas dirigiéndose directamente de país productor al país destinatario.

Otro ámbito de coordinación a destacar es el **Plan de Acción Global contra la COVID-19 (GAP)**, creado para dar seguimiento a la “Cumbre Global sobre COVID-19: Acabar con la pandemia y reconstruir una realidad mejor”, convocada por Estados Unidos en septiembre de 2021 y que contó con la participación, al más alto nivel, de un centenar de países, así como de representantes de



Organismos Internacionales, ONGD y sector privado del ámbito de la salud global.

El GAP fue concebido con el objetivo de aunar esfuerzos y mejorar la coordinación internacional para superar la pandemia de manera colectiva trabajando en torno a seis "Líneas de Esfuerzo"⁴¹ (las tres primeras, para vacunar al mundo; la cuarta y quinta, para salvar vidas; y la sexta, para reconstruir).

España lidera el objetivo LOE 4 (apoyar la salud, la seguridad y el bienestar de los trabajadores de atención médica de primera línea) a través de vacunas, acceso a equipos de protección personal y capacitación sobre la seguridad y eficacia de las vacunas. En este sentido, el GAP valora positivamente el compromiso de España y, en particular, el hecho de que el país designara a un profesional de alta jerarquía (Embajador en Misión Especial) como contacto con el GAP, lo cual no solo agilizó los procedimientos burocráticos, sino que permitió que se diera una relación estrecha entre el GAP y el MAEC. Síntoma de este compromiso, los días 6 y 7 de septiembre de 2022 la Reunión de Alto Nivel del GAP se celebró en España, y a esta asistieron altos representantes de 35 países y de diversas organizaciones, teniendo como objetivos: continuar impulsando la acción internacional en torno a la COVID-19, medir los progresos realizados, esbozar medidas para controlar el virus y reforzar la seguridad mundial y debatir las conclusiones finales de las seis "Líneas de Esfuerzo" impulsadas en el GAP.

Por otra parte y en lo que respecta a la **Alianza para las Vacunas-GAVI**, a la que España ya contribuía con fondos antes de la pandemia a través de la iniciativa financiera IFFIm (Facilidad Financiera Internacional para la Inmunización), la aparición del COVID-19 promovió un reorientación de estos fondos, así como **nuevos compromisos de financiación, que han posicionado a España como un país con potencialidad de brindar apoyo, lo que le otorga mayor peso en los espacios de toma de decisión dentro de GAVI.**

Según GAVI, **España ha contribuido a la creación de un clima de apoyo a las donaciones y, en particular, al mecanismo COVAX.** Ya en junio de 2020, el presidente del Gobierno participó en la Cumbre Global de Vacunas y destacó la importancia de la solidaridad en la lucha contra la pandemia. Desde entonces, España ha realizado

otras declaraciones institucionales de apoyo a la donación (Lamoncloa.gob.es, 2021b) y, en particular, los días 12, 13 y 14 de junio de 2023, España organizó la cumbre de alto nivel de GAVI, en el que se presentaron los progresos en materia de inmunización en el mundo.

Por último y en referencia a elementos de **valor añadido de la CE** que se han podido identificar durante el proceso de evaluación se destacan principalmente, los siguientes:

- España **presenta con alta capacidad de asistencia técnica y de facilitar conocimiento**, ya que cuenta con un sistema de salud descentralizado que potencia la atención primaria y conlleva fuertes mecanismos de coordinación, los cuales pueden ser replicados en lugares o situaciones concretas. Este elemento es subrayado por IS Global en su ya mencionado informe, el cual destaca el valor añadido de las CCAA para afrontar el desafío de la distribución de la vacuna entre la población, señalando que las CCAA pueden impulsar la transferencia de conocimiento, experiencia y capacidades que han hecho posible el éxito de la campaña de vacunación frente a la COVID-19 en España. Esta experiencia se concreta en capacidad de asistencia técnica en: planificación y desarrollo de los programas de vacunación en los países prioritarios de cooperación; desarrollar las capacidades de los sistemas de salud para la distribución segura y completa de las vacunas, diagnósticos y tratamientos; y formación en las comunidades de destino para evitar la resistencia a la vacunación. (ISGlobal, 2022, p. 13).
- GAVI, por ejemplo, también destaca **el carácter técnico de la CE** y ofrece un buen ejemplo sobre ello al referirse a la inclusión espontánea del MISAN, por parte del MAEC, para la discusión de las cuestiones más técnicas del COVAX.
- **Otro elemento de valor añadido son las alianzas y redes de trabajo y cooperación con los países de Latinoamérica**, que permiten el acercamiento de estos a las organizaciones e instituciones internacionales donde España está ganando peso, facilitando también su posicionamiento. Al respecto, se reconoce una voluntad de liderazgo y de compromiso de la CE, elemento que para asentarse debería ir acompañado de un incremento de los fondos destinados a cooperación que hagan que la voluntad y el compromiso político se consolide.

41 1. Asegurar que el suministro satisfaga la demanda de vacunas seguras y efectivas, y que las dosis que llegan a los aeropuertos se distribuyan adecuadamente y se conviertan en vacunas que llegan a todo el mundo. 2. Reforzar la capacidad y resiliencia de la cadena de suministro: que sean suficientes y constantes de productos y materiales críticos. 3. Abordar las brechas de información para aumentar la aceptación de la vacuna. 4. Apoyar a los trabajadores sanitarios, su salud, seguridad, bienestar y eficacia de los trabajadores médicos de primera línea. 5. Asegurar intervenciones necesarias más allá de las vacunas: garantizar intervenciones que salvan vidas en las que se necesitan pruebas diagnósticas y tratamientos. 6. Fortalecer la arquitectura de la seguridad sanitaria mundial: promover reformas y gobernanza inmediatas y a largo plazo que afectarán tanto la respuesta a la pandemia ahora como la seguridad sanitaria mundial futura.

Dimensión de resultados

En esta dimensión, se analizan los logros alcanzados en el cumplimiento de los objetivos de la estrategia, poniendo el foco en la coordinación y división del trabajo a nivel nacional e internacional, el cumplimiento de los compromisos presupuestarios, la priorización del sector salud y la contribución de la Estrategia y el Plan a los ODS. Además, se analiza la incorporación de los enfoques de género e inclusión de personas desfavorecidas, así como un análisis final de la sostenibilidad de los logros alcanzados por la Estrategia tras la pandemia.

Logros alcanzados en el cumplimiento de objetivos de la Estrategia y del Plan

Coordinación y división del trabajo

La Estrategia ha potenciado la coherencia del trabajo de la CE a nivel internacional y nacional. A nivel internacional, es importante resaltar el **posicionamiento de la CE en el marco de actuaciones globales y multilaterales que ha facilitado la Estrategia y el Plan**, siendo España un actor reconocido por su apuesta por una respuesta conjunta y global, tanto en el marco de la UE como de la propia OMS.

A nivel nacional, la cooperación descentralizada destaca, en todas las entrevistas conducidas y en algunas de las respuestas a las preguntas abiertas de la encuesta, **la importancia de la narrativa común generada por la Estrategia, el grado de participación y de coordinación.**

Esto también es evidenciado en el Examen de Pares a España de la OCDE 2022, donde se indica como un **aprendizaje positivo la formación de grupos *ad hoc* con los dos órganos consultivos de la CE** —la Comisión Interterritorial y la Comisión Interministerial de Cooperación al Desarrollo— para debatir planes de acción y estrategias concretas sobre cuestiones como la recuperación del COVID-19 o la eficacia del desarrollo. En ese mismo documento, se considera que dichos esfuerzos han contribuido a un **entendimiento compartido de los retos clave a los que se enfrenta la cooperación al desarrollo de España**, y a un **sentimiento de apropiación de su visión global, siendo la Estrategia evidencia de ello.**

Destaca también los **espacios de coordinación interministerial para la donación de vacunas**, principalmente

a través del **comité tripartito** generado a partir del Plan, liderado desde Presidencia, con un alto nivel de coordinación entre MAEC y Ministerio de Sanidad, y que debería desarrollarse en otros ámbitos, como la potencial Estrategia de Salud Global.

Además, la canalización de la donación de vacunas hizo necesaria una intensa **coordinación diplomática para adecuar la donación de vacunas a las necesidades de los países, con una importante implicación de las embajadas y las OCE.**

A nivel internacional, en el **ámbito de la Estrategia no se observa una modificación en el trabajo con otros actores y países**, ya que los instrumentos de implementación desarrollados apenas difieren de otros ejercicios pre COVID-19. La priorización de países se articula de manera similar a la que ya emana del V Plan Director, y el abordaje bajo la coherencia de los MAP fija las prioridades bajo criterios de París de apropiación, alineamiento y armonización, plenamente alineadas con la Agenda 2030, tal y como indica el informe del Examen de Pares a España de la OCDE 2022.

En esta línea se enfoca el **Programa de Salud Global COVID-19 de la AECID**, cuyo objetivo es reforzar los Sistemas Públicos de Salud para garantizar la cobertura y el acceso universal necesario para hacer frente a la crisis sanitaria de la COVID-19, y mantener y reforzar el acceso a otros servicios sanitarios esenciales para alcanzar la Cobertura Sanitaria Universal. Para ello, se prioriza el trabajo bajo demanda de los Ministerios e Instituciones Sanitarias de los países socios, apoyándoles en la implementación de sus políticas públicas, planes y Estrategias Nacionales, siempre bajo los seis componentes esenciales de los Sistemas de Salud definidos por la OMS, denominados "*Building Blocks*"⁴².

La coordinación y división del trabajo *ad hoc* ha sido más visible en el **ámbito del Plan**. El esfuerzo de España por integrarse, y co-liderar en el caso *Team Europe*, en estrategias multilaterales ha permitido influir en la priorización y coordinación de los pilares de ACT-A, principalmente en el pilar de vacunas.

En este sentido, cabe destacar **el papel de España en el liderazgo del proceso de negociación y establecimiento de contratos con las empresas farmacéuticas aprovechando el conocimiento del equipo de la AEMPS**, que participó en las diferentes reuniones de coordinación, lo cual agilizó los procesos desde COVAX.

42 Prestación de servicios de salud, intervenciones sanitarias eficaces, seguras y de calidad; personal sanitario, suficiente, con las competencias adecuadas, distribuido equitativamente; sistema de información sanitaria, que asegura la producción, el análisis, la difusión, y la utilización de la información de forma oportuna; productos médicos y sanitarios, vacunas y tecnologías, y acceso equitativo a productos esenciales de calidad; financiación de la salud, para garantizar a la población el acceso a los servicios necesarios en todos los niveles de atención; liderazgo y gobernanza del sistema, marcos normativos estratégicos.



Además, dentro del trabajo en contextos humanitarios, **España lideró la respuesta a población refugiada afgana en Irán dentro de un proceso de coordinación con la DG ECHO**. El proceso de dicha intervención implicó la entrega de vacunas hasta el aeropuerto de destino en Irán, siendo un proceso distinto y más complejo que el propio de la donación bilateral o a través de COVAX.

Por último, **dentro de la GAP-COVID-19, España ha liderado la coordinación del trabajo en la LOE 4: Support Healthcare Workers (HCWs)** (Apoyar a los trabajadores sanitarios, su salud, seguridad, bienestar y eficacia de los trabajadores médicos de primera línea), aprovechando dinámicas de trabajo previas de la CE, como la contribución a los Fondos Comunes o cestas de donantes en Mozambique, Etiopía y Níger y el Programa de apoyo técnico a la Formación Médica Especializada (PFME).

Cumplimiento de compromisos presupuestarios

En base al análisis de movilización de recursos realizado anteriormente, se concluye que **los compromisos presupuestarios se han cumplido de forma adecuada, habida cuenta de la no concreción de un periodo de vigencia en la Estrategia**. En marzo de 2022, menos de dos años después de la concepción de la Estrategia, el desembolso público en las tres prioridades de

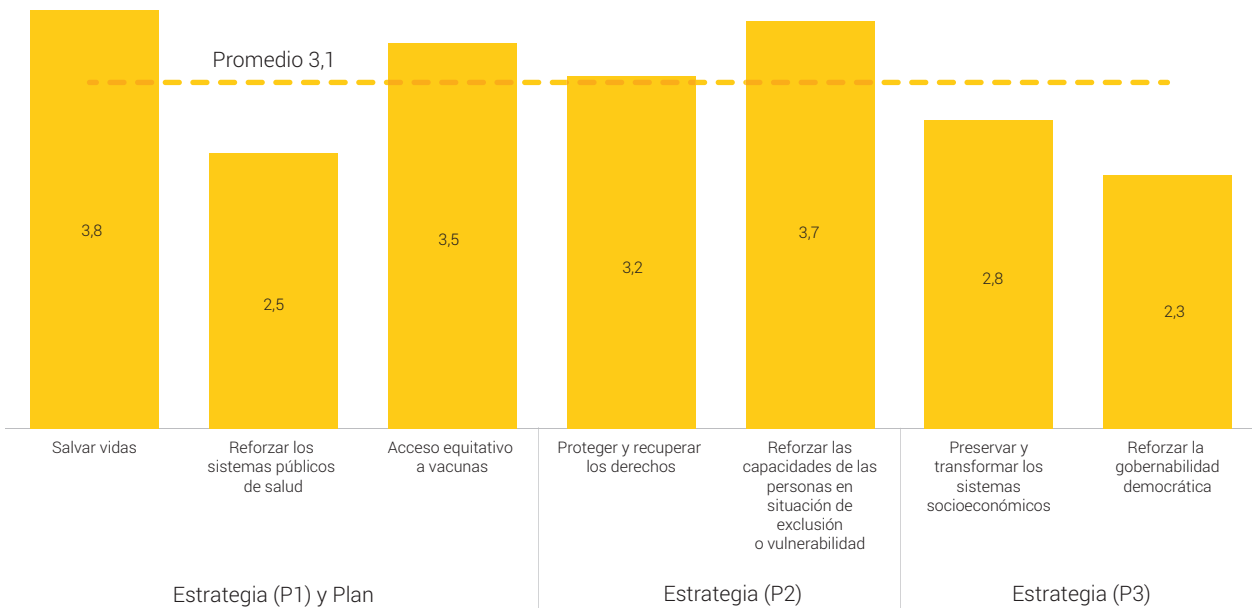
esta superaba el 80% de la meta establecida. El gasto previsto más elevado, con mucha diferencia, se correspondía con la respuesta multilateral (nivel de Gobierno), cuyo compromiso se veía cumplido, siempre a principios de 2022, al 82%.

El cumplimiento de compromisos alcanzado por prioridad y tipo de respuesta es el siguiente:

- La prioridad 2 (protección y recuperación de derechos y medios de vida) es aquella en la que el cumplimiento del compromiso era mayor (98%).
- En las prioridades 1 (salvar vidas) y 3 (impacto socioeconómico y gobernabilidad), el cumplimiento del compromiso era parejo y cercano a los tres cuartos (77% y 74%, respectivamente).
- Cuando se analizan los desembolsos anteriores por tipo de respuesta, las principales (humanitaria, bilateral, multilateral) alcanzaban, en marzo de 2022, más del 80% del compromiso.

En la encuesta a OCE, **los grados de logro percibidos en las distintas prioridades de la Estrategia** (algunas de las cuales conectan directamente con el Plan) **destacan un promedio elevado** dentro de la prioridad 1 (salvar vidas y acceso a vacunas) y en la prioridad 2 (reforzar las capacidades de las personas en situación de exclusión o vulnerabilidad) (Figura 20).

Figura 20. Grados de logro promedio según OCE (sobre 5)



Fuente: encuesta a OCE



Las prioridades del Plan se han visto abordadas por las vías de canalización previstas, aunque no se ha monitorizado el nivel de acceso de las poblaciones a la vacunación. En lo que respecta a la vía COVAX, la principal utilizada, cabe destacar que España ha sido el quinto país del mundo que más vacunas ha donado vía COVAX, el 68% de las vacunas se han dirigido a los países priorizados por el mecanismo y por el propio Plan (los países beneficiarios del AMC) y prácticamente todas las vacunas que han llegado a otros países lo ha hecho a países socios de la CE. Otras vías previstas por el Plan (asignación bilateral y apoyo en ECHO) se han revelado como un medio adecuado para atender casos de emergencia humanitaria que no eran abordables vía COVAX (el ejemplo paradigmático es la donación de vacunas a Irán para la cobertura de un cuarto de la población afgana en Irán). A pesar de todo ello, **no se ha conducido un control sistemático directo de las necesidades de los países**, por lo que no ha sido posible cumplir con el criterio de asignación según accesibilidad a la vacunación de la población del país objetivo.

Priorización del sector salud

La Estrategia ha motivado un punto de inflexión de la salud en cooperación y en la AOD. La CE ha relanzado la cooperación en el sector salud, incorporando desde el

año 2022 una línea bilateral de fortalecimiento del sector salud de los países priorizados por la CE que ha pasado de los 4 millones de euros en ese año, priorizado en la lucha frente al COVID-19, a duplicarse en el 2023.

Este enfoque sectorial se articula en **el diseño de la futura Estrategia de Salud Global de la Cooperación Española** en la que participan Sanidad y el MAEC, y que dará lugar al Plan Sectorial de Salud de la CE. En línea con esos procesos estratégicos, la salud también tendrá un peso importante en el VI Plan Director (en proceso de formulación). Ese importante incremento de la AOD en el Sector Salud en la CE se puede visualizar en las Figuras 3 y 5 del presente informe.

En esa línea, también se han reforzado los programas bilaterales como el Programa de Formación Médica Especializada (PFME) que desde el año 2022 tiene un enfoque programático.

Contribución a los ODS

Tanto la Estrategia como el Plan tienen un claro componente de contribución a los ODS y a la Agenda 2030, tal y como se ha indicado en el análisis del diseño. Profundizando dicho análisis se puede observar un apoyo directo a las siguientes metas:



Objetivo 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades

3.3 Para 2030, poner fin a las epidemias del SIDA, la tuberculosis, la malaria y las enfermedades tropicales desatendidas y combatir la hepatitis, las enfermedades transmitidas por el agua y otras enfermedades transmisibles.

3.b Apoyar las actividades de investigación y desarrollo de vacunas y medicamentos para las enfermedades transmisibles y no transmisibles que afectan primordialmente a los países en desarrollo y facilitar el acceso a medicamentos y vacunas esenciales asequibles de conformidad con la Declaración de Doha relativa al Acuerdo sobre los ADPIC y la Salud Pública, en la que se afirma el derecho de los países en desarrollo a utilizar al máximo las disposiciones del Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual Relacionados con el Comercio en lo relativo a la flexibilidad para proteger la salud pública y, en particular, proporcionar acceso a los medicamentos para todos

3.c Aumentar sustancialmente la financiación de la salud y la contratación, el desarrollo, la capacitación y la retención del personal sanitario en los países en desarrollo, especialmente en los países menos adelantados y los pequeños Estados insulares en desarrollo

3.d Reforzar la capacidad de todos los países, en particular los países en desarrollo, en materia de alerta temprana, reducción de riesgos y gestión de los riesgos para la salud nacional y mundial

La totalidad del abordaje del Plan de Vacunas en los cuatro pilares de ACT-A contribuye a las 4 metas establecidas.

Desde la Estrategia se ha reforzado el enfoque de salud en la Cooperación Española, centrándose en el fortalecimiento de los sistemas de salud de los países socios potenciando la cooperación bilateral, así como los intercambios técnicos.



Objetivo 17: Revitalizar la Alianza Mundial para el Desarrollo Sostenible

| | |
|--|--|
| <p>Finanzas</p> <p>17.1 Fortalecer la movilización de recursos internos, incluso mediante la prestación de apoyo internacional a los países en desarrollo, con el fin de mejorar la capacidad nacional para recaudar ingresos fiscales y de otra índole</p> <p>17.3 Movilizar recursos financieros adicionales de múltiples fuentes para los países en desarrollo</p> <p>Tecnología</p> <p>17.6 Mejorar la cooperación regional e internacional Norte-Sur, Sur-Sur y triangular en materia de ciencia, tecnología e innovación y el acceso a estas, y aumentar el intercambio de conocimientos en condiciones mutuamente convenientes, incluso mejorando la coordinación entre los mecanismos existentes, en particular a nivel de las Naciones Unidas, y mediante un mecanismo mundial de facilitación de la tecnología</p> <p>Creación de capacidad</p> <p>17.9 Aumentar el apoyo internacional para realizar actividades de creación de capacidad eficaces y específicas en los países en desarrollo a fin de respaldar los planes nacionales de implementación de todos los Objetivos de Desarrollo Sostenible, incluso mediante la cooperación Norte-Sur, Sur-Sur y triangular</p> <p>Comercio</p> <p>17.10 Promover un sistema de comercio multilateral universal, basado en normas, abierto, no discriminatorio y equitativo en el marco de la Organización Mundial del Comercio, incluso mediante la conclusión de las negociaciones en el marco del Programa de Doha para el Desarrollo</p> <p>Coherencia normativa e institucional</p> <p>17.14 Mejorar la coherencia de las políticas para el desarrollo sostenible</p> <p>Alianzas entre múltiples interesados</p> <p>17.16 Mejorar la Alianza Mundial para el Desarrollo Sostenible, complementada por alianzas entre múltiples interesados que movilicen e intercambien conocimientos, especialización, tecnología y recursos financieros, a fin de apoyar el logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible en todos los países, particularmente los países en desarrollo</p> <p>17.17 Fomentar y promover la constitución de alianzas eficaces en las esferas pública, público-privada y de la sociedad civil, aprovechando la experiencia y las estrategias de obtención de recursos de las alianzas</p> | <p>El enfoque multisectorial de la Estrategia y del Plan se ha articulado con una apuesta hacia la multilateralidad, fomentando el desarrollo de alianzas a nivel mundial que permitiera maximizar la eficacia de la inversión realizada. En esa línea, se han movilizado diferentes recursos financieros para el desarrollo tecnológico, apostando por el intercambio de conocimiento entre países pese a las fuertes resistencias geopolíticas de bloques y, por supuesto, la inversión en el propio desarrollo de las vacunas. Se han articulado acciones mediante NNUU (OMS); España, a través del Tesoro, ha realizado propuestas en materia de alivio de Deuda (Club de París, FMI).</p> |
|--|--|

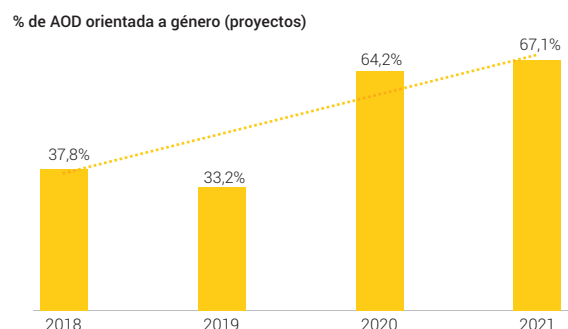
En este sentido, a lo largo del periodo 2020-2021, casi el 70% de la AOD relacionada con la COVID-19 desembolsada por la CE ha abordado alguno de estos dos ODS (65,17% en el caso del ODS 3 y 4,73% en el caso del ODS 17). En particular, la CE ha movilizado cerca de 400 millones de euros en intervenciones relacionadas con la COVID-19 y orientadas hacia el ODS 3, y cerca de 30 millones en intervenciones COVID orientadas hacia alianzas (ODS 17).

Enfoque de género e inclusión de poblaciones discriminadas

El peso de las intervenciones que abordan la igualdad de género ha aumentado en paralelo a la crisis del COVID-19. A pesar de que el volumen de AOD orientada a género fue elevada en 2018 y 2019, la importancia de las intervenciones marcadas con orientación hacia la igualdad de género "principal" o "significativa"⁴³ casi duplica, en

el periodo 2020-2021, el valor de los dos años anteriores (Figura 21).

Figura 21. El género: cada vez más peso en el conjunto de proyectos



% de AOD orientada a género (proyectos)

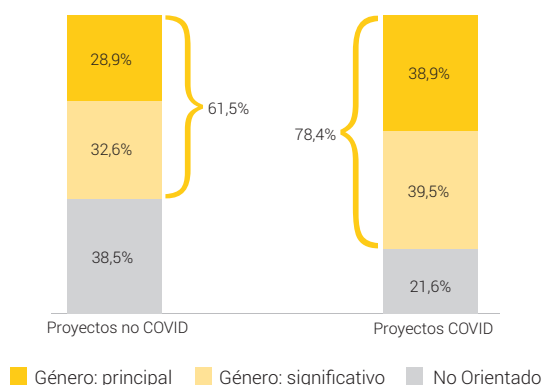
Fuente: info@od

43 Según la OCDE (2021), estas orientaciones se marcan si la igualdad de género se promueve explícitamente en la documentación de las actividades a través de medidas específicas que reduzcan las desigualdades de poder social, económico o político entre mujeres y hombres, niñas y niños, garanticen que las mujeres se benefician de la actividad en pie de igualdad con los hombres o compensen discriminaciones pasadas; o que desarrollen o refuercen las políticas de igualdad de género o de lucha contra la discriminación, legislación o instituciones.

Esta tendencia podría relacionarse, en realidad, con los frutos de un fuerte trabajo previo de la CE en la línea de priorización sobre género⁴⁴. Pero, por otro lado, también podría guardar relación con el propio abordaje de la pandemia a través de la Estrategia. El análisis de los datos del MAEC de 2020-2021 arroja que el peso del desembolso de AOD marcada con orientación hacia la igualdad de género "principal" o "significativa" es un 27% mayor dentro del conjunto de los proyectos relacionados con el COVID-19 que en aquellos que no guardan relación con la COVID-19 (Figura 22)⁴⁵. La relación entre el abordaje de la pandemia y la orientación de género en las intervenciones es, además, estadísticamente significativa⁴⁶.

Figura 22. Los desembolsos de AOD en intervenciones relacionadas con el COVID-19 están más orientados al género (2020-2021)

% AOD GE desembolsada, según el nivel de orientación a género



Fuente: info@od

Hasta aquí, se ha descrito cómo, durante la pandemia, el peso de las intervenciones enfocadas en la igualdad de

género ha aumentado, y cómo son, precisamente, aquellas que abordan la COVID-19 los que más se centran en esta igualdad. Puesto que la Estrategia transversaliza el género en todos sus sectores, cabe preguntarse si el documento ha influido en la tendencia.

Aunque no puede darse una respuesta rotunda, existen indicios de que la Estrategia ha podido guiar la orientación hacia el género. En los años 2020 y 2021, la AOD con marcador de género tuvo un mayor peso relativo en los actores cuyo Plan Director o anual mencionaba de forma explícita la Estrategia (82,2%) que en aquellos en que no lo hacía (55,2%)⁴⁷.

Por último, las intervenciones relacionadas con la COVID-19 también son más inclusivas con la discapacidad, pero no se han identificado indicios de atribución a la Estrategia. La vulnerabilidad por discapacidad se identifica como prioridad, dentro de la Estrategia, en los sectores de la educación, el género, la infancia y la protección social. Aunque los datos del MAEC no permiten trazar la evolución de la orientación hacia la discapacidad⁴⁸, sí se observa que las intervenciones relacionadas con la pandemia son también relativamente más inclusivas en materia de discapacidad. Durante el periodo 2020-2021, las intervenciones con orientación principal o significativa hacia la discapacidad representan casi el doble (+195%) de desembolso dentro del conjunto de los proyectos que abordan la COVID-19 que entre los que no⁴⁹. No obstante, no existen diferencias significativas en función de si los planes anuales hacen o no referencia explícita la Estrategia.

Sostenibilidad

Analizando este punto desde un ámbito más amplio de la CE, es importante contextualizar el proceso de reforma en el que se encuentra la misma, el cual hubo que readaptar por la propia pandemia. En este contexto,

44 Un hecho al que se alude tanto en los comentarios de la experta en género a la versión en borrador de este documento como en las entrevistas con CCAA (Cataluña).

45 En base a la etiqueta "intervención relacionada con COVID-19". Esta categorización es más amplia que la realizada por el CRS, que implica solo a los proyectos específicamente dirigidos a luchar contra la pandemia en el sector de la salud.

46 El p-valor de la prueba Chi Cuadrado aplicada sobre la relación entre la orientación al género (orientado, no orientado) y la relación con la COVID-19 (relacionado, no relacionado) de las intervenciones es muy inferior a 0,05, y esto sugiere que las dos variables están asociadas. Esto, no obstante, no explica que una de las dos variables sea causante de la otra.

47 El análisis realizado es descriptivo y no implica correlación ni causalidad. No obstante, las diferencias observadas son importantes y tiene sentido que la mención a la Estrategia en un plan anual promueva que los y las técnicos/as de proyecto busquen el alineamiento con esta. El detalle sobre las menciones a la Estrategia y el Plan en los planes anuales de las CCAA puede consultarse en el Anexo V.

48 La variable inclusión de las personas con discapacidad solo se presenta para los proyectos de 2020 y 2021.

49 Un 3,5% de la AOD desembolsada no relacionada con el COVID-19 lleva orientación hacia la discapacidad (0,8% principal; 2,7% significativa). En cambio, un 6,8% de la AOD relacionada con el COVID-19 la tiene (1,5% principal; 5,3% significativa). Todos los porcentajes se expresan en relación con la AOD de intervenciones en los que se ha evaluado la inclusividad con las personas con discapacidad. Las actividades de cooperación al desarrollo se clasifican como inclusivas de personas con discapacidad si (1) tienen el objetivo deliberado de garantizar que las personas con discapacidad estén incluidas, y puedan compartir los beneficios, en igualdad de condiciones que las personas sin discapacidad; o (2) contribuyen a promover, proteger y garantizar el disfrute pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por parte de todas las personas con discapacidad, y promueven el respeto de su dignidad inherente en consonancia con el Art. 1 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad; o (3) apoyan la ratificación, aplicación y/o supervisión de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (OCDE, 2021).



se ha aprobado la nueva **Ley 1/2023, de 20 de febrero, de Cooperación para el Desarrollo Sostenible y la Solidaridad Global**, la cual dentro de sus objetivos contempla: “Promover la salud y la cobertura sanitaria universal, a través de sistemas nacionales que aseguren la equidad y la seguridad sanitaria y como bien público global” (Ley 1/2023, de 20 de febrero, p.16).

Asimismo, existen una serie de elementos que están interrelacionados con la Estrategia y el propio Plan. El principal es el desarrollo de la futura **Estrategia de Salud Global liderada por Sanidad y el MAEC**, que se encuentra en formato borrador y que, según lo indicado en algunas entrevistas con personas que han participado en su diseño, **tiene elementos que se relacionan con la Estrategia y el Plan**. Esta Estrategia de Salud Global desarrollaría posteriormente el Plan de Acción de la CE en el ámbito de salud.

Pendiente de concluir el diseño del VI PD, deberá evidenciarse que también en la CE se ha realizado un giro desde un enfoque menos geográfico hacia un enfoque más estratégico en línea a la Agenda 2030. En este enfoque se han articulado tres líneas prioritarias: 1) Iniciativas para la defensa de las mujeres (Fondo ELLAS+), 2) transición ecológica y justa (FONTEC) y 3) fortalecimiento de sistemas de salud (aecid.es, 2022c, 2022a, 2022b). En concreto, salud se puede relacionar con el trabajo realizado en **el Programa de Salud Global COVID-19 del 2022 de la AECID**, que amplía el enfoque hacia derechos en salud, y

focaliza los esfuerzos en Salvar Vidas y Reforzar los sistemas de Salud Pública (Pilar 1 de la Estrategia) desde la cooperación bilateral.

Por otra parte, los procesos de desarrollo de la Estrategia se han articulado de manera permanente y escalonada en los países socios de la CE de acuerdo a los procesos establecidos en las herramientas de planificación mediante los MAP, por lo que resulta complejo realizar un análisis específico país más allá de los estudios de caso analizados.

En el momento de plasmar dichas prioridades en documentos estratégicos más concretos de la CE, se ha podido analizar **cómo ha influido la Estrategia y el Plan en el diseño de los nuevos MAP**. En el periodo analizado se han diseñado nueve MAP (Bolivia, Colombia, Guatemala, Jordania, Mozambique, Palestina, Paraguay, Etiopía y El Salvador) y sólo el MAP de Mozambique hace referencia a la Estrategia, y ninguno al Plan. Se observa la incorporación de la Salud como ámbito prioritario en los documentos de Jordania, Mozambique, Palestina, Paraguay, Bolivia y Etiopía (Ver Estudios de Caso), y en menor medida, relacionado con otros ámbitos prioritarios (seguridad alimentaria y nutricional, y género) en el resto de los casos.

A continuación, se muestra un resumen de lo analizado en el estudio de caso de Bolivia en lo referente a la incorporación en los MAP de las prioridades de la Estrategia (Box 1).

Box 1. El caso del MAP de Bolivia 2022-2025

El MAP Bolivia-España 2022-25 establece un **objetivo de desarrollo 2: Reforzada la cohesión social boliviana a través del ejercicio de los derechos a la educación, la salud y culturales por parte de la población, y su resultado intermedio 2.2: Grupos poblacionales en situación de vulnerabilidad acceden a servicios de salud especializados, inclusivos y de calidad y los titulares de obligaciones reciben apoyo para una adecuada implementación de las políticas sectoriales en salud, específicamente en mejorar las capacidades profesionales para una atención especializada y de calidad.**

Se observa que la CE en Bolivia fortalecerá y adaptará las líneas de actuación en Salud llevadas a cabo en el MAP 2018-2021 orientándolas y focalizándolas hacia tres resultados concretos:

1. Se apoyarán los esfuerzos del estado boliviano en la implementación de sus políticas sectoriales de salud, de forma particular en el desarrollo de la Política Nacional de Donación de órganos, la implementación de la Política nacional de Salud Familiar Comunitaria Intercultural SAFCI en los tres niveles de la atención sanitaria, así como la extensión del sistema SUS (Sistema Único de Salud).
2. Se pretende reforzar las capacidades de los profesionales sanitarios mediante el apoyo a la currícula educativa sanitaria especializada y la formación de especialistas y subespecialistas; al mismo tiempo que se pondrá atención a la recuperación de la medicina tradicional /rural y el reconocimiento y certificación de dichas capacidades.
3. Promover que grupos poblacionales en situación de vulnerabilidad (niños, niñas y adolescentes, mujeres víctimas y supervivientes de trata y de violencia de género, indígenas, personas con discapacidad, personas LGBTI+, personas con VIH, personas migrantes, etc.) accedan a servicios de salud especializados, inclusivos y de calidad, a través del fortalecimiento de la Atención Integral de Primera Infancia y los Servicios



>>

sanitarios en salud sexual y reproductiva; de la mejora de la atención sanitaria a enfermedades transmisibles (malaria, VIH, Chagas, tuberculosis, COVID-19); de la integración del enfoque de género y la atención a la violencia de género en los servicios de salud; y del fortalecimiento de la sociedad civil para la defensa y promoción del derecho a la salud.

Para ello y teniendo en cuenta la matriz de recursos del MAP 2022-2025, se establece la siguiente distribución de recursos no reembolsables.

| Sector | Recursos estimados (€) |
|---------------------------------|------------------------|
| Transición ecológica justa | 54M |
| Cohesión social | 26M |
| Gobernanza democrática y género | 20M |
| Total | 100M |

Fuente: Matriz de recursos del MAP 2022-25 Bolivia

Dentro de esta distribución, a nivel sector cohesión social, **la Salud supone un 46%, llegando a 12M€, cuatro veces más sobre lo planificado inicialmente en el MAP anterior (3M€), lo que evidencia una apuesta clara por adaptar y fortalecer la estrategia de intervención en Salud en el nuevo ejercicio de planificación 20-25.**

Este ajuste y priorización atiende a las lecciones aprendidas y necesidades expresadas por el Ministerio de Salud y Deportes (MSD). A raíz de la crisis generada por el COVID-19 en Bolivia, durante la cual se habían adaptado los programas del MAP 2018-2021, teniendo en cuenta lo establecido en la Estrategia Conjunta de la CE a la Crisis del COVID-19, tuvo lugar la reorientación del programa bilateral: "Apoyo al Ministerio de Salud en la formación e incorporación de especialistas en salud para la dotación de recursos humanos calificados", el cual se focalizó en fortalecer las capacidades del MSD para la gestión y respuesta ante la pandemia.

Otra evidencia a destacar es que, complementariamente **al fortalecimiento del sector salud**, dentro del MAP 2022-2025 se han mantenido/retomado programas en el **sector educación**, como el fortalecimiento de capacidades y dotación de herramientas al personal docente para una educación integral, así como se ha incorporado en su marco de resultados un nuevo resultado intermedio (1.2), dirigido a contribuir a la **Estrategia del Gobierno Boliviano de Recuperación Económica Post-COVID-19 (Soberanía Alimentaria)**. Ambos alineados con las **prioridades 2 y 3 de la Estrategia** Conjunta de la CE a la Crisis del COVID-19.

Fuente: elaboración propia a partir de Estudio de Caso de Bolivia

Como ejemplo de sostenibilidad a raíz de la Estrategia, cabe destacar el **Programa de Formación Médica Especializada (PMFME) de la AECID, que pone en valor el modelo y las capacidades del Sistema Nacional de Salud español y del sistema de formación de médicos especialistas**, y se basa en la colaboración técnica y el intercambio de conocimiento y experiencia entre especialistas españoles y de los países socios de la Cooperación Española. Dotado de un sistema de gobernanza robusto y basado en la alianza entre actores, el PMFME cuenta con la colaboración de profesionales que trabajan en el Sistema Nacional Salud español y en los Hospitales Universitarios, así como de las sociedades científicas, que ofrecen sus recursos docentes e intercambian experiencias con sus homólogos.

El PMFME se venía realizando desde el año 2015 en diferentes países (Mozambique, Etiopía, Níger, Bolivia, Mauritania y Mali). A causa de la pandemia, el programa fue ampliado y adaptado, dándose **más de 100 sesiones virtuales** en las que han participado cientos de profesionales de los países de trabajo, sobre: vigilancia epidemiológica; abordaje general de la enfermedad, diagnóstico clínico y de laboratorio, tratamientos posibles; situación de Unidades de Cuidados Intensivos y manejo de pacientes; diagnóstico radiológico; organización de los Servicios de Urgencias; impacto general de la COVID-19 en los sistemas de salud, gestión de personas, roles y recursos de la forma más eficiente, y otros.

Tras la positiva experiencia de los dos años de pandemia, se ha desarrollado un Programa Marco (AECID, 2022h)



que tiene como objetivo contribuir a la armonización, coherencia, eficacia y consistencia de las iniciativas llevadas a cabo en cada uno de los países, facilitando un marco común que aplica las lecciones aprendidas generadas en su implementación.

A continuación, se muestra un resumen del **Estudio de Caso de Etiopía y cómo el aprendizaje a partir de la experiencia en salud ha articulado nuevos instrumentos para el fortalecimiento del sistema de salud pública tras el COVID-19** (Box 2).

Box 2. El caso de Etiopía

La cooperación con Etiopía es, tradicionalmente, una cooperación con un fuerte componente de salud. Desde 2008 la AECID ha desembolsado 32 millones de euros al fondo MDG Performance Fund, actualmente SDG Performance Fund (Fondo ODS), liderado por el Ministerio de Salud etíope, que tiene como objetivo apoyar la implementación del plan de desarrollo del sector.

Además, desde 2017, la AECID, en colaboración con la Fundación Salud, Infancia y Bienestar Social (FCSAI) implementan el Programa de Especialización Médica para el fortalecimiento de las capacidades en la formación de profesionales médicos en las especialidades priorizadas por el Ministerio de Salud (OCE Etiopía, 2021) y que contribuye a la Team Europe Initiative para Fortalecer la Especialización Médica en Etiopía, proyecto conjunto implementado con fondos europeos, españoles e italianos (AECID Etiopía, 2021).

En coherencia con lo anterior, el MAP 2011-2015, prorrogado a 2021, era un documento con una orientación importante hacia el sector de la salud. El presupuesto total previsto para el sector de la salud era de entre 25 y 28 millones de euros, prácticamente un 25% del total. Los resultados perseguidos eran la mejora del acceso a los servicios de salud y la mejora de la calidad de estos a través del cumplimiento de los estándares de las instalaciones sanitarias. Sin embargo, los desembolsos de AOD en el sector se encontraban, en los dos años previos a la irrupción de la crisis, por debajo de la previsión.

La CE no aumentó el desembolso de AOD en el sector salud como respuesta a la pandemia. El desembolso anual promedio en el periodo 2020-2021 fue un 3% inferior al registrado los dos años anteriores. De hecho, ninguna de las dos contribuciones estratégicas de la CE en el sector salud nacional (fondo ODS y especialización médica) se vio incrementada durante los años 2020 y 2021.

No obstante, sí se produjo una reorientación de las iniciativas de salud hacia el COVID-19 que afectó tanto a las contribuciones a fondos sectoriales como a los proyectos de desarrollo. De acuerdo con la OCE, el Fondo ODS se usó para apoyar el Plan de Prevención y Respuesta Nacional. En lo que se refiere a la formación médica, se apalancaron los vínculos existentes entre profesionales para poner en marcha cinco intercambios online de experiencias entre médicos españoles y etíopes (OCE Etiopía, 2020a, 2020e, 2020c, 2020d, 2020b) y grupos de WhatsApp y *Telegram* para las especialidades más implicadas en la lucha contra la pandemia. Por último, se pusieron en marcha herramientas para que los proyectos del sector salud incorporaran actividades relacionadas con el COVID-19.

No obstante, han existido factores que han frenado la distribución de vacunas, como el retraso en las donaciones, la falta de coordinación con el mecanismo COVAX y entre Embajada y OCE. Además, se observa una **falta de alineamiento de la distribución de vacunas en relación al programa de desarrollo del país y las prioridades de trabajo de la CE.** Etiopía es un país con importantes desafíos en relación con la vacunación, tanto a nivel logístico (cadena de frío, almacenaje) como sociológico (alto porcentaje de ortodoxos, quienes se vacunan con poca frecuencia). Ninguno de estos problemas se abordaba desde el MAP y ninguno de los desembolsos de AOD española de los años 2020 y 2021 se corresponde con una intervención en cuya descripción figure el término “vacuna” o derivados. Sin embargo, en el año 2022 se aprueba el proyecto **“Strengthening access to specialized medical services in Ethiopia to respond to the COVID-19 health crisis and emerging diseases”** por 750.000€, en cuyos resultados esperados incluía la mejora de la gestión pública de la campaña de vacunación frente al COVID-19, incluyendo logística, concienciación y mejora de los sistemas de cadena de frío en 14 hospitales.

La CE ha reforzado su enfoque de trabajo sistémico en salud a través del apoyo directo al sector público. **En el actual MAP 2022-2027**, el primer resultado de desarrollo es “contribuir a la cobertura sanitaria universal



>>

apoyando el Plan de Transformación del Sector Salud en Etiopía". La modalidad prioritaria para este componente es la "**cooperación bilateral directa a instituciones públicas**" (AECID, 2022, p. 27), y esta se trabaja a partir de instrumentos en los que no se incluyen los programas y proyectos, sino exclusivamente el **apoyo presupuestario, la cesta de donantes y los fondos globales** (entre los cuales se destacan las dos contribuciones que ya eran principales en el sector – el Fondo ODS y el Programa de Especialización Médica). El MAP anterior, a pesar de estar también enfocado en el apoyo al sector público, ofrecía más oportunidades a proyectos en instalaciones sanitarias puntuales y de carácter privado.

Fuente: elaboración propia a partir de Estudio de Caso Etiopía.

Paralelamente, y a nivel global, se abren espacios para fortalecer y reforzar los sistemas de respuesta a futuras pandemias a partir del aprendizaje propio de COVAX y otros mecanismos activados durante el COVID-19, en los que España trabaja de manera clara dado su compromiso declarado con un enfoque multilateral. En esta línea, **se está trabajando en áreas que refuerzan la respuesta desde la UE, como la Preparación y Respuesta ante Emergencias Sanitarias (HERA)**, cuya misión es anticipar las amenazas y las posibles crisis sanitarias mediante la recopilación de información, y **el desarrollo de las capacidades de respuesta necesarias desarrollando nuevas líneas de trabajo o inversión como el proyecto *Open***

Strategic Autonomy (OSA) para el aseguramiento de la Autonomía Estratégica de la UE en el ámbito de la salud.

Como elemento escalable, sería también importante recordar el papel que se ha tenido la CE en **la iniciativa C-TAP (COVID-19 TECHNOLOGY ACCESS POOL)**. Esta iniciativa se lanzó por la OMS en mayo de 2020 como un banco de conocimiento y datos a nivel global en el que compartir también la propiedad intelectual de productos. La primera licencia puesta a disposición de esta iniciativa ha sido la acordada con el Centro Superior de Investigaciones Científicas de España sobre un test serológico de anticuerpos para la COVID-19.



4. ESTUDIOS DE CASO: BOLIVIA, ETIOPÍA Y PERÚ

Con el objetivo de contextualizar y analizar el efecto de la Estrategia y el Plan en los países socios de la CE, se han realizado tres estudios de caso en tres países representativos: Bolivia, Etiopía y Perú. A partir de ellos, se busca analizar los efectos mediante una comparativa de la CE en el sector salud antes, durante y tras la emergencia producida por el COVID-19.

Para los estudios de caso de Bolivia y Etiopía, se ha realizado un análisis documental, utilizando las evaluaciones de los MAP, y se han llevado a cabo entrevistas a la OCE. Por su parte, la información reflejada del estudio de caso de Perú procede íntegramente del informe final de la evaluación del MAP de Perú 2019-2022, realizada en 2022.

4.1. Bolivia

La Cooperación Española en el ámbito de la salud en Bolivia antes del COVID-19

La Cooperación Española en Bolivia empezó a funcionar de forma planificada en septiembre de 1986 con una oficina del Instituto de Cooperación Iberoamericana - ICI. Desde entonces la Cooperación Española viene acompañando a Bolivia en sus procesos de desarrollo sostenible. Este compromiso se refleja en la presencia de tres Unidades de la Cooperación Española en Bolivia: una Oficina de Cooperación, creada en 1985 y un Centro Cultural en La Paz y un Centro de Formación en Santa Cruz de la Sierra.

El primer Plan Director de la Cooperación Española (2001-2004) integraba a Bolivia como país de actuación preferente dentro sus prioridades geográficas de intervención, continuando esta prioridad en los siguientes Planes Directores, y estableciendo a Bolivia como un socio prioritario, dentro del grupo de los países de Asociación de Renta Media.

Dentro de estos vínculos de cooperación, los diferentes Marcos de Asociación País (MAP) que España ha establecido con Bolivia siempre han tenido a la Salud como un sector prioritario de intervención.

Teniendo en cuenta lo anterior, el trabajo desarrollado en este sector se ha alineado con los objetivos de los Planes Nacionales de Desarrollo, los Planes Departamentales de Salud y el Plan Sectorial de Desarrollo (PSD) del Ministerio de Salud y Deportes (MSD) y en este sentido, la Cooperación Española (CE) ha pretendido centrarse en contribuir de manera eficaz a establecer las condiciones para mejorar la salud de las poblaciones, fomentando el desarrollo humano sostenible.

Con tal motivo, en 2013⁵⁰ la CE definió una Estrategia de Implementación del Marco de Asociación País en el Sector Salud en Bolivia, enmarcada en la Política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI), que ayudase a priorizar las líneas de acción y definiese los métodos de evaluación y seguimiento de las acciones, todo esto a partir de un diagnóstico completo de la situación en salud, del grado de implementación de las políticas públicas en salud y de las potencialidades y limitaciones de la CE y sus diversos actores.

Esta estrategia estableció la coordinación y articulación de las intervenciones en el sector salud que se venían impulsando a través de las ONGD españolas, Universidades (Programa de Cooperación Interuniversitaria) y Organismos Multilaterales (UNFPA y OPS/OMS principalmente). Por su parte, la AECID a través de su Oficina Técnica de Cooperación (OTC, actualmente OCE) actuó como facilitador de la interrelación entre los distintos actores de la CE, instituciones multilaterales, donantes del sector salud y la propia institucionalidad boliviana. Para ello, se tuvo en cuenta la Estrategia de Salud de la CE (2007) y el Plan de Actuación Sectorial de Salud de la AECID (2011-2013).

En el momento de la irrupción de la pandemia por COVID-19 (año 2020), el MAP vigente era el MAP España-Bolivia 2018-2021, que establecía los siguientes ámbitos de trabajo:

- Cohesión Social, mediante el acceso a servicios básicos de calidad en Agua y Saneamiento, Educación y Salud (ODS 3, 4 y 6).
- Cultura y Turismo para el Desarrollo (ODS 11).
- Desarrollo Rural y Seguridad Alimentaria (ODS 2).
- Fomento de Energías renovables. (ODS 7).

- Gobernabilidad Democrática e Igualdad de Género (ODS 5 y 16).
- Industria, Innovación (I+D+i) e Infraestructura (ODS 9).

Dentro del ámbito de la salud, el marco de resultados de desarrollo del MAP-2018-2021, establecía un resultado de desarrollo vinculado al ODS 3 (Salud y bienestar), el cual se vinculaba con la línea de acción 3.8.A del V Plan Director de la CE. (Tabla 14).

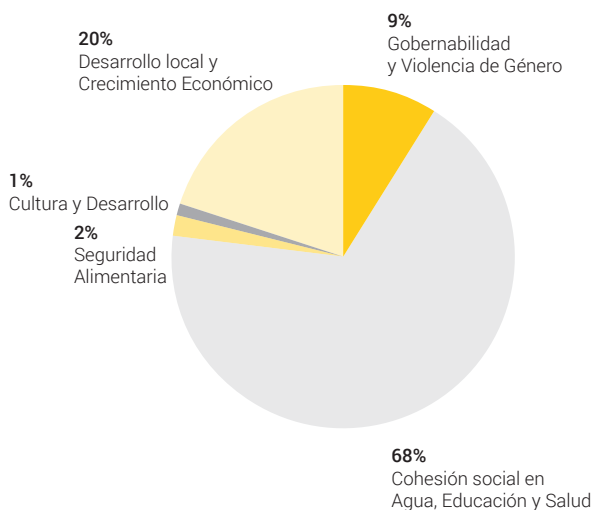
Tabla 14. Resultado de Desarrollo 4 y Línea de Acción 3.8. Sector Salud. MAP 2018-2021 Bolivia

| MAP 2018-2021 | ODS | Líneas de Acción del Plan Director CE priorizadas en el MAP 2018-2021 |
|--|-----|---|
| RD4, LA población boliviana accede a la salud, aumenta su esperanza de vida y disfruta de bienestar a lo largo de la vida. | | L.A 3.8 A. Mejorar la calidad de los Servicios sanitarios Nacionales de Salud |

El MAP 2018-2021 contó con una estimación presupuestaria de 100 millones de euros que tomaba en cuenta alrededor de 30 millones de euros de fondos no ejecutados del MAP 2011- 2014 y 70 millones que se sumaron como fondos comprometidos para ser ejecutados en el periodo de implementación del MAP.

La distribución de estos recursos por áreas/sectores fue la siguiente:

Figura 23. Distribución de recursos por sectores. MAP Bolivia 2018 -2021



>>

| Sector | AOD máxima prevista |
|--|---------------------|
| Cohesión social/Servicios Básicos (agua/saneamiento, educación, salud) | 68M € |
| Cultura y Turismo para el Desarrollo | 1M € |
| Desarrollo Rural y Seguridad Alimentaria | 2M€ |
| Gobernabilidad Democrática e Igualdad de Género | 9M€ |
| Desarrollo local/crecimiento económico (Industria, Innovación e Infraestructura) | 20M € |
| Total | 100 M€ |

Dentro del sector Cohesión social/Servicios Básicos, la distribución por subsector es la siguiente:

Tabla 15. Distribución fondos sector Cohesión Social/Servicios Básicos

| Cohesión social/ Servicios Básicos. | AOD máxima prevista | % |
|-------------------------------------|---------------------|----|
| Agua y saneamiento | 60M € | 88 |
| Salud | 3M € | 5 |
| Educación | 5M € | 7 |
| Total | 68M € | |

Sin embargo, la evaluación final del MAP 2018-2021 señala que: *"la CE, durante la ejecución del mismo, ha realizado las gestiones oportunas para comprometer en firme más de 170M€, de ellos se han transferido ya 114M€. La diferencia entre lo comprometido y lo transferido se refiere fundamentalmente a fondos de cooperación delegada y cofinanciada con la UE que serán ejecutados a partir de 2022, con una estimación de 28M€, quedando otros 22 MUSD por contratar del programa de conversión de deuda"*. (Evaluación MAP 2018-2021, pag. 26).

En referencia a lo anterior y según lo comentado por la OCE Bolivia, los fondos destinados por la Cooperación Española (CE) a salud durante al MAP 2018 -2021 ascendieron finalmente a un total de **7.600.000 €**, los cuales integran **2.800.000 € de fondos AECID** (bilateral y ONGD) y **4.800.000 € de cooperación descentralizada**.

Para contribuir al **RD4. Acceso a la salud de la población boliviana, aumentando su esperanza de vida y disfrutando de bienestar a lo largo de la vida**, la CE ha focalizado su acción en la mejora de la calidad de los servicios sanitarios nacionales de salud. En concreto, desde el año 2017, se orienta al **fortalecimiento del sistema nacional de residencia médica**, mediante la revisión y homogeneización de los programas de residencia nacionales. Para ello, contó con la experiencia española en la formación de médicos internos residentes (MIR) para su acceso al sistema nacional de salud en España.

>>



En esta línea, el programa bilateral denominado “**Apoyo al Ministerio de Salud en la formación e incorporación de especialistas en salud para la dotación de recursos humanos calificados**” (700.000 €), contó con el apoyo técnico de la Fundación Estatal Salud, Infancia y Bienestar Social (Fundación CSAI) del Ministerio de Sanidad de España.

En una primera fase, desde 2017 a 2020 se ha trabajado en las **competencias de los programas formativos de cinco especialidades médicas**: anestesiología, cirugía general, cardiología, terapia intensiva, imagenología y neumología. El medio utilizado han sido las estancias formativas de especialistas bolivianos en España y la visita de profesionales sanitarios españoles a Bolivia.

Por lo que **respecta a las ONGD**, se ha desarrollado un trabajo centrado en salud comunitaria con Medicus Mundi y Médicos del Mundo, el cual ha sido el foco principal del trabajo en salud en Bolivia durante estos años. Así mismo, se ha desarrollado un trabajo específico de apoyo a la especialidad de oftalmología (Ulls del Mon), la asistencia a comunidades indígenas (Solidaridad Médica) y el fortalecimiento del sistema de salud de Chuquisaca (Fundación Fontilles).

Otro elemento importante es la contribución de la **Cooperación Descentralizada en el ámbito de la salud**, la cual también financia proyectos a ONGD, como las anteriormente descritas y de igual manera existen **relaciones directas de organizaciones médicas españolas** con Bolivia. Así mismo, en 2021 se contó con la alianza con Médicos del Mundo para la mejora del acceso universal a la salud, y un proyecto que enfocó en la promoción de una vida libre de violencia de las mujeres amazónicas.

La Cooperación Española en la respuesta al COVID-19 en Bolivia

Con motivo de la pandemia, todas las actuaciones que se venían realizando anteriormente **se adaptaron a la nueva situación**.

En primer lugar, y con el fin de colaborar con la gestión de la emergencia sanitaria ocasionada por la pandemia, y en el marco del **Programa de Apoyo al Ministerio de Salud y Deportes del Estado Plurinacional de Bolivia** en la formación e incorporación de especialistas en salud para la dotación de recursos humanos calificados, se han realizado **22 sesiones formativas online** dictadas por profesionales españoles a través de las diferentes plataformas del Ministerio de Salud y deportes del Estado Plurinacional de Bolivia (portal Telesalud), las cuales han alcanzado una media de 900 asistentes, todos profesionales sanitarios.

Las sesiones realizadas fueron:

- 2 de Cirugía y COVID-19.
- 2 de Anestesiología y COVID-19.
- 2 de Medicina Interna y COVID-19.
- 2 de Pediatría y COVID-19.
- 2 de Ginecología y Obstetricia y COVID-19.
- 2 de Políticas Públicas y COVID-19.
- 2 de Gestión Hospitalaria y COVID-19.
- 2 de Oncología y COVID-19.
- 2 de Terapia Intensiva y COVID-19.
- Una de Oncología y COVID-19.
- Una de Cuidados Paliativos y COVID-19.
- Una de Ejercicio de la profesión médica en pandemia.
- Una de trasplantes y COVID-19.

Adicionalmente, se activó una **asistencia técnica** mediante la incorporación de un epidemiólogo (marzo del 2021), que permaneció en el país por un periodo de cuatro meses, contribuyendo técnicamente a la gestión sanitaria de la crisis ocasionada por la COVID-19, a través de un plan piloto, basado en un enfoque de Salud Pública, realizando su asistencia en el Ministerio de Salud y Deportes del Estado Plurinacional de Bolivia y en el Servicio Departamental de Salud de La Paz (SEDES).

Complementariamente y en referencia a los **otros programas de la CE**, todos ellos se **adaptaron a la coyuntura del COVID siguiendo los lineamientos que establecía la Estrategia de Respuesta conjunta de la CE crisis del COVID-19**. Esto se hizo en un doble sentido, por una parte, para permitir su continuidad y, por otro lado, para evitar los efectos negativos del COVID. Por ejemplo, el Programa de Educación pasó a adaptarse y realizarse a través de la modalidad On-line y el Programa de Gobernanza apoyó a la realización de las elecciones generales de forma segura ante el COVID-19.

Se destaca que, durante este período, la Cooperación Descentralizada incrementó su actividad, siendo un total de 700 proyectos los que se ejecutaron durante el MAP 2019-2022, la mitad de ellos durante el período de pandemia.

Así mismo, y como **respuesta a la emergencia**, se ha atendido a la solicitud de apoyo del gobierno boliviano con equipos de protección individual para la gestión de la pandemia como ayuda humanitaria de emergencia dentro de la Estrategia Europea Conjunta (EEC). Diferentes actores de cooperación del grupo que participan de la EEC reorientaron sus acciones de apoyo en el país y se movilizaron a favor de la prevención del contagio del SARS-CoV-2 y al diagnóstico y tratamiento de COVID-19.

En esta línea, España realizó en **marzo de 2021 una primera donación de equipos de bioseguridad frente al COVID-19**. Esta donación respondió a la solicitud a la comunidad internacional por parte del Ministerio de Salud

y Deportes del Estado Plurinacional, a finales de enero de 2021, para contar con medicamentos y equipos médicos, a objeto de paliar la crisis sanitaria derivada de la pandemia. Esta iniciativa supuso un coste total de 280.000 euros y se inserta en el marco del programa Team Europe por el cual la Unión Europea financia el 75% del transporte de la carga humanitaria desde Madrid a La Paz.

Posteriormente, en junio 2021, **España realizó una segunda donación a Bolivia de medicamentos, respiradores y test**. Esta donación asciende a un valor total de 1.225.000 € en material aportado por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social –656.457 €– y la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID) –568.500 €–. Los medicamentos recibidos se ajustaron la solicitud del Ministerio, centrándose en medicación destinada a las Unidades de Cuidados Intensivos-UCI.

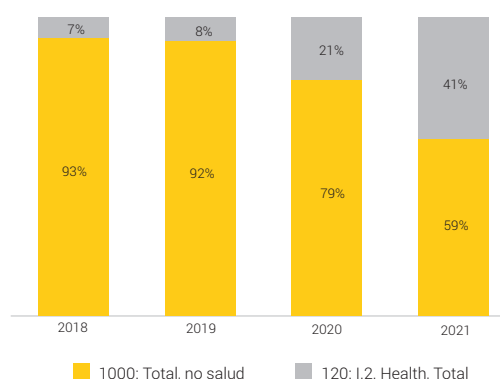
Por lo que respecta la **donación de vacunas**, el 20 de septiembre del 2021 fueron recibidas **583.100 dosis de la vacuna contra COVID-19 de Astra Zéneca** y posteriormente en 31 de diciembre de ese mismo año, se recibieron **1.492.800 dosis de vacuna de Moderna**, en ambos casos **mediante mecanismo COVAX**. En esta línea, se contó de forma complementaria con un **aporte del Ayuntamiento de Madrid a UNICEF de un 1M € para la distribución de vacunas**, también dentro del mecanismo COVAX.

Por otra parte, Bolivia se integra dentro del **Programa Salud COVID de AECID**, el cual responde a la Estrategia y a su prioridad de reforzar los sistemas públicos de salud para garantizar la cobertura y el acceso universal necesario para hacer frente a la crisis sanitaria de la COVID-19, y mantener y reforzar el acceso a otros servicios sanitarios esenciales para alcanzar la Cobertura Sanitaria Universal.

En el caso de Bolivia, la iniciativa establecida es el Proyecto: **“Apoyo al Ministerio de Salud y Deportes del Estado Plurinacional de Bolivia en la atención de patologías desatendidas durante la pandemia COVID-19”**, actualmente en ejecución por parte del Ministerio de Salud y Deportes del Estado Plurinacional de Bolivia y que cuenta con un presupuesto aprobado de 350.000 €.

Teniendo en cuenta lo anterior, y tal como expresa el gráfico siguiente, vemos que la evolución de la AOD desembolsada en Bolivia para el sector salud en los años 2020 y 2021 ha tenido un incremento significativo, llegando en el año 2021 a suponer un 41%⁵¹ del total de la AOD española recibida.

Figura 24. Evolución fondos AOD GE al sector salud en Bolivia



Fuente: (Stats.oecd.org, no date)

Estrategia en salud de la Cooperación Española en Bolivia tras la emergencia COVID-19

En 2022 se establece el **nuevo MAP Bolivia-España 2022-25**, cuya negociación se ha realizado sobre la base del alineamiento con el Plan de Desarrollo Económico y Social-PDES 2021-2025 y recogiendo las lecciones aprendidas durante la implementación del anterior MAP 2018-2021, que ha sido evaluado en el primer semestre de 2022. Así mismo, se ha articulado con la nueva Estrategia Europea Conjunta 2022-2025 de cooperación con Bolivia.

En su marco de resultados el MAP 2022-2025 establece tres resultados de desarrollo, los cuales se pretenden alcanzar a través de nueve resultados intermedios:

51 Dentro de este 41% de fondos para salud se incluyen las vacunas, las cuales fueron contabilizadas como AOD.



Tabla 16. Resultados de Desarrollo y Resultados Intermedios MAP 2022-2025 Bolivia

| Sector | Resultado de Desarrollo Agregado | Resultados Intermedios |
|---------------------------------|--|---|
| Transición ecológica justa. | 1. La población boliviana accede a sus derechos de agua y saneamiento, alimentarios y ambientales en condiciones de igualdad, considerando la transición ecológica impuesta por el cambio climático. | 1.1. Comunidades del área rural, urbana y periurbana acceden a servicios sostenibles de agua potable, saneamiento e higiene, a través de la ampliación de capacidades y conocimiento para la gestión integral de recursos hídricos y tratamiento de aguas residuales. |
| | | 1.2 Los pueblos indígenas y la población campesina logran una mayor producción y productividad agropecuaria con diversificación y enfoque agroecológico mejorando el acceso a alimentos sanos, la comercialización de excedentes, así como la gestión, protección y conservación del medioambiente. |
| | | 1.3 Actores públicos y de OSC implementan estrategias, planes y acciones de adaptación y mitigación del cambio climático, incluyendo la gestión sostenible de bosques, de protección de la biodiversidad, de gestión del riesgo y de generación de energías renovables. |
| Cohesión social. | 2. Reforzada la cohesión social boliviana a través del ejercicio de los derechos a la educación, la salud y culturales por parte de la población. | 2.1 Grupos poblacionales en situación de vulnerabilidad acceden a una educación gratuita, equitativa, inclusiva y de calidad y el personal docente dispone de mecanismos y herramientas para el fortalecimiento de sus capacidades en una educación integral, igualitaria, intercultural y plurilingüe. |
| | | 2.2 Grupos poblacionales en situación de vulnerabilidad acceden a servicios de salud especializados, inclusivos y de calidad y los titulares de obligaciones reciben apoyo para una adecuada implementación de las políticas sectoriales en salud, específicamente en mejorar las capacidades profesionales para una atención especializada y de calidad. |
| | | 2.3 Los grupos en situación de vulnerabilidad y jóvenes mejoran su acceso a los derechos culturales, capacitándose y participando activamente en la preservación de su patrimonio cultural, así como en el consumo, la creación y las manifestaciones culturales y los actores públicos y de las OSC mejoran sus capacidades de desarrollo de políticas culturales y a la gestión sostenible del patrimonio cultural y natural. |
| Gobernanza democrática y género | 3. La población boliviana accede a la justicia y la igualdad, incrementando su participación social y política en un marco de gobernanza democrática. | 3.1 Los grupos en situación de mayor vulnerabilidad disfrutan de un acceso efectivo a la justicia y los operadores del sistema de justicia disponen de capacidades y herramientas adecuadas para una administración ágil de la justicia en el país. |
| | | 3.2 Los mecanismos para la participación social y política paritaria, el diálogo intercultural y el control social de políticas públicas y derechos fundamentales se refuerzan para la ciudadanía. |
| | | 3.3 Las mujeres y niñas bolivianas participan más activamente en la definición de las políticas de igualdad de género y en los mecanismos para la exigibilidad de sus derechos y su diversidad, específicamente las que están en riesgo o son víctimas de violencia de género y trata, que cuentan con medios e información para prevenir, denunciar y recibir una protección integral. |

Como se puede ver en la tabla anterior, el MAP 2022-2025 en su objetivo de desarrollo 2 y en su resultado intermedio 2.2, **la CE establece que dará continuidad a las líneas de actuación en materia de salud** llevadas a cabo en el MAP 2018-2021 orientándolas **hacia tres resultados concretos:** (MAP 2022-2025, pág. 32):

1. Se apoyarán los esfuerzos del estado boliviano en la implementación de sus **políticas sectoriales de salud**, de forma particular en el desarrollo de la Política Nacional de Donación de órganos, la implementación de la Política nacional de Salud Familiar Comunitaria Intercultural SAFCI en los tres niveles de la atención sanitaria, así como la extensión del sistema SUS (Sistema Único de Salud).
2. Se pretende **reforzar las capacidades de los profesionales sanitarios** mediante el apoyo a la currícula educativa sanitaria especializada y la formación de especialistas y subespecialistas; al mismo tiempo que se pondrá atención a la recuperación de la medicina tradicional/rural y el reconocimiento y certificación de dichas capacidades.
3. Promover que grupos poblacionales en situación de **vulnerabilidad** (niños, niñas y adolescentes, mujeres víctimas y supervivientes de trata y de violencia de género, indígenas, personas con discapacidad, personas LGBTI+, personas con VIH, personas migrantes, etc.) **accedan a servicios de salud** especializados, inclusivos y de calidad, a través del fortalecimiento de la Atención Integral de Primera Infancia y los

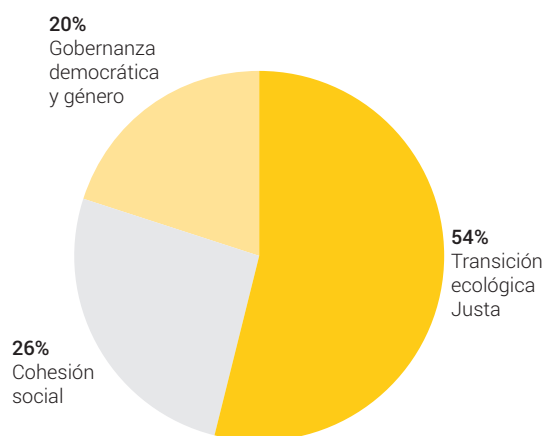
Servicios sanitarios en salud sexual y reproductiva; de la mejora de la atención sanitaria a enfermedades transmisibles (malaria, VIH, Chagas, tuberculosis, COVID); de la integración del enfoque de género y la atención a la violencia de género en los servicios de salud; y del fortalecimiento de la sociedad civil para la defensa y promoción del derecho a la salud.

Para ello y a nivel general, el MAP 2022-2025 establece como recursos financieros estimativos una inversión aproximada de **30M€ de cooperación no reembolsable y otros 30M€ ya confirmados de cooperación reembolsable**. Con la suma de la financiación de otros instrumentos, se prevé una **inversión no reembolsable de al menos 100M€** que alcanzarían los **130M€** sumando la reembolsable.

En este marco, la financiación no reembolsable de convenios, programas y proyectos de ONGD españolas en el periodo se prevé que ascienda a 13M€, mientras que los fondos disponibles del programa de conversión de deuda ascienden a 20M€.

En tal sentido, y atendiendo a la distribución de recursos establecida en el Anexo III Matriz de Recursos MAP 2022-2025, se estima la siguiente distribución de los recursos no reembolsables:

Figura 25. Distribución de AOD GE No Reembolsable



| Sector | Recursos estimados (€) |
|---------------------------------|------------------------|
| Transición ecológica Justa | 54M |
| Cohesión social | 26M |
| Gobernanza democrática y género | 20M |
| Total | 100M |

Dentro del **sector Cohesión social** la distribución de fondos por resultado intermedio es la siguiente:

Tabla 17. Distribución de fondos sector Cohesión Social

| Sector | Resultados Intermedios | Recursos estimados (€) |
|-----------------|--|------------------------|
| Cohesión social | 2.1 Grupos y poblaciones en situación de vulnerabilidad acceden a una educación gratuita, equitativa, inclusiva y de calidad | 11M |
| | 2.2 Grupos y poblaciones en situación de vulnerabilidad acceden a servicios de salud especializados, inclusivos y de calidad y las administraciones públicas reciben apoyo para una adecuada implementación de las políticas sectoriales de salud. | 12M |
| | 2.3 Los actores públicos y de las OSC mejoran sus capacidades de desarrollo de políticas culturales y de gestión sostenible del patrimonio cultural y natural y las personas jóvenes y en situación de vulnerabilidad mejoran su acceso a los derechos culturales, capacitándose y participando activamente en la preservación de su patrimonio cultural, así como en la creación y el acceso a manifestaciones culturales | 3M |
| Total | | 26M |

Dentro de esta distribución a nivel sector cohesión social, **la salud supone un 46%, llegando a 12M€, cuatro veces más sobre lo planificado inicialmente en el MAP anterior (3M€) y un 40% más sobre lo ejecutado (7,6 M€).**

Hallazgos

- La CE en Bolivia siempre estableció el **sector salud como un ámbito prioritario de intervención**, suponiendo en la estimación presupuestaria de MAP 2018-2021 un porcentaje del 5% (3M€) del presupuesto total, tomando mayor relevancia a raíz de la pandemia por COVID-19, llegándose a una ejecución de 7,6M€ (150% más sobre lo previsto).
- **La adaptación de los programas del MAP 2018-2021** a la nueva situación generada por el COVID-19 se realizó teniendo en cuenta lo establecido en la Estrategia, a través de un diálogo continuo de la OCE con los departamentos de AECID, así como con la Cooperación Descentralizada, estableciendo un doble propósito centrado en dar continuidad a los



programas y contribuir a la reducción de los efectos del COVID-19. En este sentido, tomó relevancia la reorientación del programa bilateral: “Apoyo al Ministerio de Salud en la formación e incorporación de especialistas en salud para la dotación de recursos humanos calificados”, el cual se focalizó en fortalecer las capacidades del Ministerio de Salud y Deportes (MSD) para la gestión y respuesta ante la pandemia.

- **La Estrategia se considera como adecuada**, su diseño y flexibilidad han facilitado la adaptación de los programas, siendo tomada como un documento de orientación para fijar las líneas de intervención a la nueva situación y atender las necesidades expresadas por el MSD.
- **Los envíos de emergencia por parte de la AECID y el Ministerio de Sanidad**, fueron coordinados con las autoridades locales, existiendo un seguimiento y trazabilidad de su destino adecuado en el caso del envío de **donación de medicamentos**, sobre el cual existe una mayor certeza de su destino final. No obstante, la trazabilidad y seguimiento ha sido peor en la **donación de equipos de bioseguridad**, el cual llegó en un momento donde el Sistema Nacional de Salud estaba desarticulado a raíz de la crisis política sufrida en el país, no siendo tan efectivo su seguimiento.
- **La remisión de vacunas en el marco del mecanismo COVAX** es valorada como muy oportuna. A pesar de los retrasos existentes, **llegó en un momento adecuado** para dar respuesta a las necesidades de vacunación, integrando dosis de la vacuna Moderna, lo que permitió dar dosis de refuerzo a aquella parte de la población que había recibido otro tipo de vacuna. Así mismo, contar con este tipo de vacunas (Astra Zéneca y Moderna) facilitó su distribución al necesitar cadenas de frío menos exigentes que las vacunas disponibles (Rusia y China).
- **La formulación del MAP Bolivia-España 2022-2025** tuvo en cuenta la Estrategia, estableciendo un presupuesto vinculado al sector salud con 12M€ (un aumento del 300% respecto al MAP anterior) y focalizándolo en tres resultados concretos: i. fortalecimiento de las políticas sectoriales de salud, ii. reforzar las capacidades de los/as profesionales sanitarios y iii. promover el acceso de las poblaciones vulnerables a servicios de salud especializados.
- **Complementariamente al fortalecimiento del sector salud**, dentro del MAP 2022-2025 se han mantenido y retomado programas en el sector educación, como el fortalecimiento de capacidades y dotación de herramientas al personal docente para una educación integral, así como se ha incorporado un nuevo resultado intermedio (1.2), dirigido a contribuir a la Estrategia del Gobierno Boliviano de Recuperación Económica Post-COVID (Soberanía Alimentaria). Ambos alineados con las prioridades 2 y 3 de la Estrategia COVID-19.

Lecciones Aprendidas

- Se confirma la necesidad de aplicar el **principio de apropiación** en los programas, definir las líneas de intervención de forma directa con el Gobierno Boliviano, con la sociedad civil local, con la sociedad civil española y con la Cooperación Descentralizada. Mantener un diálogo entre instituciones de salud españolas, médicos españoles, instituciones de salud bolivianas, médicos bolivianos, etc., se considera un elemento clave que ha permitido obtener resultados positivos.
- **La coordinación entre socios de cooperación sobre las capacidades de respuesta de emergencia** en el país sigue presentando importantes limitaciones. En lo referente a vacunas, donde COVAX-con sus debilidades- ha sido un mecanismo que apuntó en la dirección correcta. Sin embargo, en la canalización de ayuda a través de las capacidades del Gobierno, existen elementos de coordinación con el mismo tienen mucho que mejorar, especialmente en la coordinación de las donaciones donde el aumento a corto plazo de la ayuda puede desbordar las capacidades locales para su gestión.

4.2. Etiopía

La Cooperación Española en el ámbito de la salud en Etiopía antes del COVID-19

Etiopía fue incluido en el III PD (2009-2012) con carácter prioritario como País de Asociación. Se mantiene como tal en el V PD (2018-2021), bajo la consideración de País de Asociación Menos Avanzado. En 2005, se creó la Oficina Técnica de Cooperación (OTC) en Addis Abeba. El país no está incluido como país prioritario en la Estrategia de acción humanitaria de la CE.

La cooperación con Etiopía ha sido tradicionalmente una cooperación con un fuerte componente de salud.

Desde 2008, la AECID ha desembolsado 32 millones de euros al fondo MDG Performance Fund, actualmente SDG Performance Fund (Fondo ODS), liderado por el Ministerio de Salud etíope, que tiene como objetivo apoyar la implementación del plan de desarrollo del sector. Además, desde 2017, la AECID, junto la Fundación Salud, Infancia y Bienestar Social (FCSAI) implementan el Programa de Especialización Médica para el fortalecimiento de las capacidades en la formación de médicos en las especialidades priorizadas por el Ministerio de Salud (OCE Etiopía, 2021). Este programa contribuye a la Team Europe Initiative para Fortalecer la Especialización Médica en Etiopía, proyecto conjunto implementado con fondos españoles, italianos y de la UE que refleja un fuerte espíritu de Team Europe (AECID Etiopía, 2021).

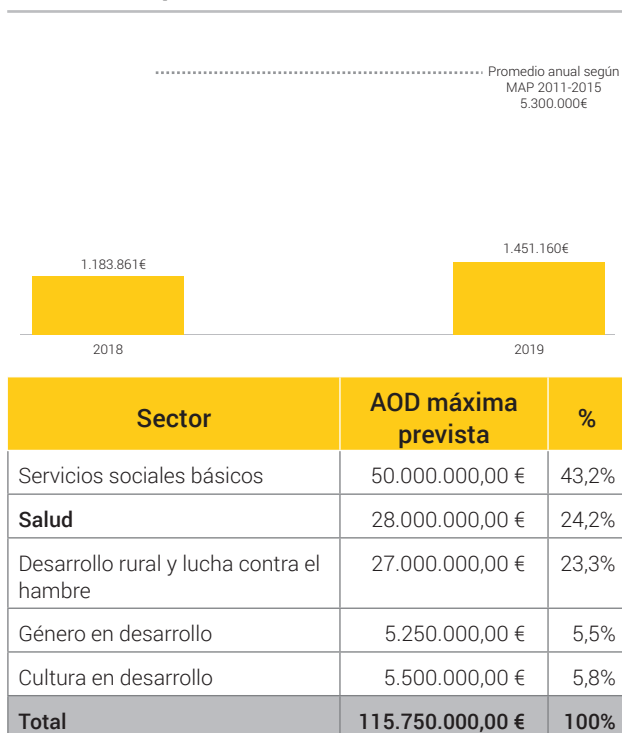
En coherencia con lo anterior, el MAP Etiopía-España (2011- 2015 y prorrogado hasta 2021) vigente durante la pandemia, era un documento con una orientación importante hacia el sector de la salud. El presupuesto total previsto para el sector de la salud era de entre 25 y 28 millones de euros, prácticamente un 25% del total. Los resultados perseguidos eran la mejora del acceso a los servicios de salud y la mejora de la calidad de estos a través del cumplimiento de los estándares de las instalaciones sanitarias.

Sin embargo, los desembolsos de AOD en el sector se encontraban, en los dos años previos a la irrupción de la crisis, por debajo de la previsión. El presupuesto del MAP implicaba un desembolso anual promedio de alrededor de los 5,3 millones de euros, pero los desembolsos registrados los dos años previos a la crisis COVID son entre tres y cuatro veces inferiores.

El marco de resultados establece 25 millones de euros para la mejora del acceso a los servicios de salud y 750.000€ más una cantidad por determinar anualmente para la mejora de la calidad de los servicios. En la sección final sobre recursos, el apoyo se establece en los 25 millones más un máximo de 3 millones destinado a la reforma hospitalaria y a apoyo técnico. En cualquier caso, la AOD estimada ronda los 25-28 millones de euros.

En la sección de recursos del MAP, el reparto de la contribución de la CE por sectores es el siguiente:

Figura 26. Desembolsos de AOD GE en el sector salud en Etiopía

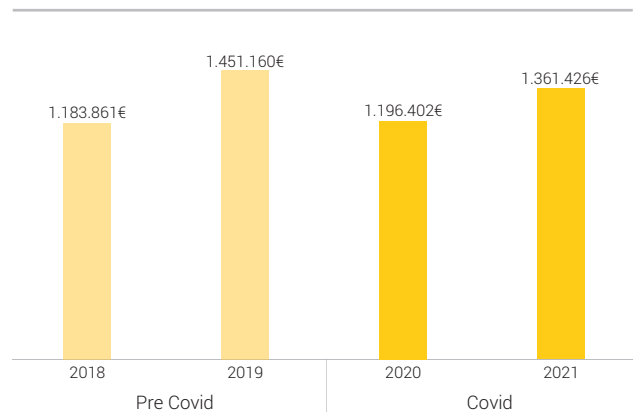


Fuente: info@od

La Cooperación Española en la respuesta al COVID-19 en Etiopía

La CE no aumentó el desembolso de AOD en el sector salud como respuesta a la pandemia. El desembolso anual promedio en el periodo 2020-2021 fue un 3% inferior al registrado los dos años anteriores. De hecho, ninguna de las dos contribuciones estratégicas de la CE en el sector salud nacional (fondo ODS y especialización médica) se vio incrementada durante los años 2020 y 2021.

Figura 27. Desembolsos de AOD GE en el sector salud antes y durante la pandemia en Etiopía



Fuente: info@od

Dicho esto, sí se produjo una reorientación de las iniciativas de salud que afectó tanto a las contribuciones a fondos sectoriales como a los proyectos de desarrollo. De acuerdo con la OCE, el Fondo ODS se usó para apoyar el Plan de Prevención y Respuesta Nacional. En lo que se refiere a la formación médica, se apalancaron los vínculos existentes entre profesionales para poner en marcha cinco intercambios online de experiencias entre médicos españoles y etíopes (OCE Etiopía, 2020a, 2020e, 2020c, 2020d, 2020b) y grupos de WhatsApp y Telegram para las especialidades más implicadas en la lucha contra la pandemia. Por último, se pusieron en marcha herramientas para que los proyectos del sector salud incorporaran actividades relacionadas con el COVID.

No obstante, han existido factores que han frenado la distribución de vacunas, como el retraso en las donaciones, la falta de coordinación con el mecanismo COVAX y entre Embajada y OCE. Además, se observa una falta de alineamiento de la distribución de vacunas en relación al programa de desarrollo del país y las prioridades de trabajo de la CE. Etiopía es un país con importantes desafíos en relación con la vacunación, tanto a nivel logístico (cadena de frío, almacenaje) como sociológico (alto porcentaje de ortodoxos, quienes se vacunan con poca frecuencia). Ninguno de estos problemas se abordaba desde el MAP y ninguno de los desembolsos



de AOD española de los años 2020 y 2021 se corresponde con una intervención en cuya descripción figure el término “vacuna” o derivados. Sin embargo, en el año 2022 se aprueba el proyecto **“Strengthening access to specialized medical services in Ethiopia to respond to the COVID-19 health crisis and emerging diseases”** por 750.000€, en cuyos resultados esperados incluía la mejora de la gestión pública de la campaña de vacunación frente al COVID-19, incluyendo logística, concienciación y mejora de los sistemas de cadena de frío en 14 hospitales.

Todo ello ha podido influir en la ausencia de donación de vacunas al país, por parte de España, **hasta 2023, fecha en que Etiopía recibió 1.895.040 vacunas de origen español, que constituyen en torno a un 5% del total de vacunas recibidas a través de COVAX por el país.** Si bien es cierto que España ha donado relativamente menos vacunas a Etiopía que a sus vecinos del África Subsahariana⁵², no es posible afirmar que esto sea el fruto de una decisión, puesto que el mercado de vacunas por la vía COVAX no se hace a nivel de país sino de región.

Estrategia en salud de la Cooperación Española en Etiopía tras la emergencia COVID-19


La CE ha reforzado su enfoque de trabajo sistémico en salud a través del apoyo directo al sector público. En el MAP actual 2022-2027, el primer resultado de desarrollo es “contribuir a la cobertura sanitaria universal apoyando el Plan de Transformación del Sector Salud en Etiopía”. La modalidad prioritaria para este componente

es la “cooperación bilateral directa a instituciones públicas” (AECID, 2022g, p. 27), y esta se trabaja a partir de instrumentos en los que no se incluyen los programas y proyectos, sino exclusivamente el apoyo presupuestario, la cesta de donantes y los fondos globales (entre los cuales se destacan las dos contribuciones que ya eran principales en el sector –el Fondo ODS y el Programa de Especialización Médica). El MAP anterior, a pesar de estar también enfocado en el apoyo al sector público, ofrecía más oportunidades a proyectos en instalaciones sanitarias puntuales y de carácter privado.

Según la OCE, **la salud es, de hecho, el sector que más presupuesto prevé concentrar en cooperación bilateral directa con el gobierno etíope durante el nuevo periodo de programación.** A la vez, se verá reducida la participación de las ONGD, cuya intervención en la salud se circunscribirá a sectores adyacentes (agua y saneamiento, prácticas nocivas con las mujeres y niñas, innovación). La pérdida de protagonismo de las ONGD explicaría una estimación presupuestaria para el sector de la salud que es muy inferior a la del MAP anterior (más de seis veces inferior en términos absolutos y la mitad en relativos⁵³), pero que parece, a la vez, más realista, puesto que el desembolso anual previsto se acerca al valor real registrado en el periodo 2018-2021⁵⁴.

Dicho esto, la Estrategia ha influido de forma directa en la concepción del nuevo MAP 2022-2027. El enfoque de la estrategia por abordar la salud como un bien público y fomentar el fortalecimiento de los sistemas públicos de salud fue un punto clave para el desarrollo del componente de salud (RD1) del MAP 2022-2027.

Figura 28. Marco de resultados del sector de la salud en el MAP Etiopía 2022-2027

| RESULTADO DE DESARROLLO (Nivel 1) | RESULTADO INTERMEDIO (Nivel 2) | ZONA GEOGRÁFICA | INDICADORES | FUENTE DE VERIFICACIÓN |
|---|--|-----------------|--|--|
| Contribuir a la Cobertura Sanitaria Universal apoyando el Plan de Transformación del Sector Salud en Etiopía (ODS 3.8, 10YYP Pillar 8, Obj. 4, HSTP II)  | El Sistema de Salud de Etiopía se fortalece y aumenta sus capacidades para responder a las necesidades sanitarias de su población con servicios inclusivos y de calidad. | Ámbito Nacional | Número de personas que acceden a servicios de salud apoyados por la Cooperación Española (desagregado por sexo). Número de centros de salud y hospitales que mejoran sus servicios en el marco de programas apoyados por la Cooperación Española. Número de personal sanitario que mejora sus capacidades a través de iniciativas con participación de la Cooperación Española (desagregado por sexo). | Informes de estrategia nacional de sanidad, Health Sector Transformation Plan. Informes de seguimiento del SDG-PF. Informes anuales de intervenciones de asistencia técnica y otros instrumentos de la CE. |

Fuente: (MAEC 2022)

52 Si se ordenan los países de África Subsahariana que han recibido donaciones COVAX de España en función de la importancia del número de vacunas recibidas (por parte de cualquier país) sobre el total de la población (a julio de 2023), Etiopía se encuentra en el percentil 44% (es decir, en la mitad menos beneficiada). Si solo se consideran las vacunas donadas por España, la posición cae al percentil 25%. En otras palabras, España ha donado vacunas (COVAX) a Etiopía en menor medida que a sus países vecinos.

53 4.560.000 € (10,3% del total AOD) versus 28.000.000 € (24,3%).

54 Desembolso anual previsto según el nuevo MAP: 912.000 €. Desembolso anual real en el periodo 2018-2021: 1.038.570 €.



Hallazgos

- La cooperación con Etiopía **ha sido, tradicionalmente, una cooperación con un fuerte componente de salud**. Aun así, los desembolsos de AOD en el sector estaban por debajo de lo previsto en los dos años previos al estallido de la pandemia.
- La respuesta a la pandemia se basó en la **adaptación de las grandes contribuciones de la CE al sector de la salud** (Fondo ODS, Programa de Especialización Médica) y de los proyectos de desarrollo más que en la canalización de nuevos fondos. No fue posible, a pesar de ello, vincular la distribución de las vacunas con el programa de desarrollo, aunque se desarrollaron intervenciones de fortalecimiento del sistema de salud público.
- A raíz de la pandemia, **el nuevo MAP ha reforzado su enfoque de trabajo sistémico en el sector de la salud a través del apoyo directo al sector público**. Se prevé que la salud sea el sector que más presupuesto concentre en cooperación bilateral directa con el Gobierno y que, en paralelo, se reduzca el protagonismo de la cooperación via ONGDs en el sector. La Estrategia ha permitido incorporar la salud como bien público y el fortalecimiento de los sistemas públicos de salud en el componente de salud (RD1) del MAP.

Lecciones aprendidas

- La pandemia ha evidenciado el carácter de bien público global de la salud. La salud debería ser siempre un sector prioritario en los países socios y la acción de la CE, y dentro del sector debería enfocarse en el trabajo con los sistemas públicos de salud. **Etiopía ofrece un buen ejemplo de cómo incluso con un sector de la salud infra financiado (con respecto a las previsiones del MAP), el trabajo previo de la CE con el sector público y sus profesionales permite continuar con el apoyo sectorial (Fondo ODS para el Plan de Prevención y Respuesta Nacional) y apalancar la experiencia en momentos de urgencia** (intercambios online de experiencias entre médicos participantes en el programa de formación médica). De hecho, **el nuevo MAP de la CE en Etiopía refuerza el enfoque de trabajo sistémico en salud a través del apoyo directo al sector público**.
- El seguimiento de la implementación de la Estrategia es, en sí mismo, un mecanismo de apropiación. En Etiopía, **el enfoque de salud como bien público y del fortalecimiento de los sistemas públicos de salud de la Estrategia ha sido clave en el componente de salud del nuevo MAP**.

4.3. Perú

En Perú, el 05 de marzo del 2020 se confirmó el primer caso importado por COVID-19 y, desde esa fecha hasta el 31 de julio de 2022, se evidenciaron 3.909.870 casos confirmados y 216.309 defunciones⁵⁵, siendo uno de los países del mundo con más exceso de mortalidad como consecuencia del virus.

Parte de este exceso en la mortalidad, es consecuencia de varios factores relacionados con la configuración del sistema de salud; (1) Gran parte de los suministros médicos que Perú tiene son importados, lo que hizo que al principio de la pandemia el país no pudiera competir con otros países más ricos por acceder a esos suministros; (2) Un sistema de salud pública con poca infraestructura, personal médico y presupuesto, agudizado por las características orográficas del país; (3) Escaso liderazgo político e inestabilidad para el periodo, dificultando la negociación de suministros médicos con el exterior; (4) Falta de capacidad de suministrar oxígeno y falta de camas de cuidados intensivos —antes de la pandemia, 29 camas por millones de habitantes—, problema que se mantuvo durante la parte más dura de la pandemia, sobre todo fuera de la capital; (5) Fragmentación del sistema nacional sanitario, sin eficacia para proteger a los más vulnerables, con desigualdades persistentes en el sistema, ya que el acceso a la atención sanitaria suele estar determinado por la riqueza, el género, la etnia y la geografía y; (6) Hay poca regulación del sector sanitario en Perú. Una misma empresa privada puede ofrecer seguros de salud, servicios sanitarios y medicamentos e insumos médicos, existiendo escasos mecanismos de control de precios y regulatorios.

El Sistema Nacional de Salud desarrolló durante 2020 una estrategia derivada de su Plan de Respuesta y Recuperación. Este plan estableció una serie de prioridades; (1) La salud es lo primero; (2) La protección social de las personas; (3) La respuesta a la recuperación económica; (4) La respuesta macroeconómica y la colaboración multilateral y; (5) La cohesión social y la resiliencia comunitaria. No existe una evaluación de dicha estrategia hasta el momento.

Estructura de la cooperación internacional

El gobierno peruano desarrolló un **diálogo activo con sus socios cooperantes**, con varias reuniones desde el inicio de la pandemia, además la puesta en marcha del Grupo de Trabajo para Donaciones y Adquisiciones (GTDA) en el marco del COVID-19. A pesar de este

55 Datos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS).



diálogo activo, **no generó un espacio de consulta o intercambio permanente con la comunidad de donantes, sino que las donaciones o esfuerzos fueron gestionados de forma bilateral.**

Además del conjunto de medidas y acciones que el gobierno peruano desarrolló durante todo el periodo de crisis pandémica y pos-pandémica, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) puso en marcha un Plan de Acción enfocado a dar respuesta a las necesidades del Ministerio de Salud relacionadas con la vigilancia epidemiológica, capacidades de análisis de laboratorio, control de prevención de infecciones, gestión clínica y documentación técnica orientativa.

Estrategia de respuesta de la Cooperación Española

La operativización de la Estrategia en Perú por parte de la CE no ha sido una respuesta en base a las orientaciones promovidas en diálogo sobre la base de dicho documento, sino que más bien, ha ido definiéndose con el tiempo sobre la base de acciones individuales desarrolladas por los distintos actores de la CE, especialmente de la AECID. De hecho, algunos de los actores de la CE entrevistados **no conocían la Estrategia** ni las orientaciones que propone.

La **respuesta al COVID-19 por parte de la CE en el Perú**, se podría categorizar en; (1) **Adaptación interna** del personal de recursos humanos a la situación y la priorización de su protección; (2) **Adaptación de acciones** ya en proceso de implementación, alcance, coste y cronograma; (3) **Nuevas acciones encaminadas al abordaje de la crisis**, su respuesta y el nuevo escenario pos-pandemia y; (4) **Articulación y respuesta coordinada de la CE** frente a la crisis.

1. Adaptación interna: Sobre la primera línea, se adoptaron diversas **medidas de protección para sus trabajadores/as de la CE en el terreno**, que incluyeron el teletrabajo, la coordinación de asistencia sanitaria en caso de requerimiento, el control del personal y el seguimiento, así como la facilitación de otras medidas para la protección de los trabajadores/as. Muchos de estos trabajadores/as fueron evacuados a España por parte de sus organizaciones/instituciones, para trabajar desde sede.

Es interesante mencionar también el aporte de la Cámara Oficial de Comercio de España en Perú, sobre la base de mejorar la información disponible para trabajadores/as

españolas en el Perú, gestión y liderazgo de equipos virtuales y certificación de protocolos frente al COVID-19.

2. Sobre la adaptación de acciones ya en proceso de implementación, la mayoría de proyectos de la CE necesitaron; (1) **Reorientación de fondos y actividades** al alcance posible derivado de la pandemia; (2) **Paralización, aumento de prórrogas y ampliaciones de plazo**, casi de manera sistemática para las intervenciones de la CE y; (3) **Incremento de costos en muchos proyectos**, debido a la paralización. Estas situaciones se fueron gestionando a la vez que los socios institucionales, contrapartes locales o actores involucrados en las acciones, iban paulatinamente adaptándose o volviendo a trabajar, sobre el respeto a las medidas de protección que cada ente iba poniendo en marcha.

Como ejemplo de esta reorientación de fondos sobre acciones activas, se destaca la buena práctica desarrollada de respuesta rápida muy al inicio de la pandemia, por el Convenio AECID con el Consorcio de ONGD Entrepueblos, Enraíza Derechos y AIETI, que junto con sus socias locales Demus y la Red de Mujeres organizadas de Carabayllo, brindaron apoyo a **8 ollas comunes⁵⁶ de Lima Norte**, garantizando alimentación diaria a cientos de familias, además de **generar espacios seguros para la prevención y atención a la violencia**, así como **capacitación en materia de derechos a las mujeres y sus hijos/as que acudían.**

Los actores señalan que, en general, **la AECID dispuso lo necesario para generar la máxima flexibilidad para adaptar las acciones**, redirigirlas o priorizar unas actividades sobre otras, si con eso se garantizaba abordar problemáticas propias de cada acción ligadas al impacto del COVID-19 en cada contexto. Especialmente importante ha sido el refuerzo de las capacidades de organizaciones locales y comunitarias, más vulnerables al impacto negativo de la pandemia, y sobre las que las ONGD —principales ejecutoras de acciones en el territorio— más han trabajado.

Hubiera sido muy interesante que el Informe de Sistematización que el Foro de ONGD impulsó a finales del 2020 contemplara un análisis de cómo las ONGD habían desarrollado estrategias de adaptación en los espacios locales, sobre el impacto de la pandemia del COVID-19.

Destaca la experiencia ligada a las Escuelas Taller⁵⁷, concretamente en **la Escuela Taller de Cajamarca al impacto del COVID-19**, desde un enfoque completamente local para **adaptarse a la paralización de los**

⁵⁶ Generalmente son iniciativas autogestionadas por un grupo de vecinos/as, surgido por la necesidad alimentaria frente a una emergencia.

⁵⁷ El programa Escuelas Taller de la AECID ofrece formación para el empleo a jóvenes entre 16 y 25 años, de ambos sexos, con escasos recursos y escasas posibilidades de formación, mediante una metodología eminentemente práctica (aprender haciendo) en la que prima la formación en escenarios reales, de utilidad para la comunidad donde se ubican los diferentes proyectos.

procesos formativos de las carreras técnicas —que ofrecen un 30% de teoría frente a un 70% de práctica—. Así, frente a esta paralización, la Escuela Taller buscó nuevas alternativas de **capacitación virtual**, que pudieran ayudar a las personas de Cajamarca a afrontar la pandemia desde sus casas. Así, se implementaron cursos cortos gratuitos, sobre; protocolos sanitarios de bioseguridad para restaurantes y agencias de viajes, nuevas tendencias turísticas, potenciar turismo rural, artesanía en casa, biohuertos urbanos, psicología, cocina y nutrición saludable.

3. Sobre las nuevas acciones puestas en marcha por la CE para dar respuesta a la crisis, podemos realizar una categorización; (1) Acciones identificadas para atender el estado de emergencia en salud; (2) Acciones encaminadas para generar mecanismos de prevención y protección frente a las crisis, seguridad alimentaria y promoción de medios de vida.

Acciones de atención a la emergencia en salud

En el año 2020, la AECID realizó una **donación de medicamentos y material médico** priorizado por el Ministerio de Salud (MINSA) y destinado a las zonas más vulnerables del país, con un valor de 120.000 euros. En línea con el apoyo al MINSA, el **Hospital Gregorio Marañón de Madrid organizó un intercambio de experiencias virtual sobre tratamientos para el COVID-19**, con una participación de 87 especialistas médicos.

En 2021, siguiendo con procesos formativos encaminados a mejorar la respuesta sanitaria, esta vez a través de **Redes Integradas de Salud** —que son un conjunto de organizaciones que prestan una cartera de atención en salud equitativa e integral—, **la AECID apoyó a la Escuela Nacional de Salud Pública (ENSAP) para capacitar al personal sanitario** en la gestión y respuesta articulada de dichas redes, para lo cual contó con especialistas de la Sociedad Española de Educación Médica (SEDEM), la Escuela Andaluza de Sanidad y la Escuela Nacional de Salud Pública de España. Esta experiencia se retomará con un proyecto de Cooperación Delegada de la UE, fortaleciendo la Red de Servicios de Salud de San Martín de Porres, en Lima, sobre un modelo similar experimentado con la ENSAP.

Y es que, sobre el contexto inicial de emergencias, España fue el primer país de la UE en establecer un compromiso de donación de vacunas de 22,5 millones de dosis a diversos países con los que coopera. Además de esta donación de dosis, España se comprometió con otra donación, esta vez de 122 m. de dólares americanos, para el Compromiso Avanzado de Mercado GAvi COVAX (GAvi COVAX AMC, por sus siglas en inglés). **Sobre estos compromisos, llegaron a Perú en 2021, 180.960 dosis de AstraZeneca.** España realizó estas donaciones de vacunas en estrecha coordinación con la Unión Europea

y sus Estados miembros en el marco del Equipo Europa, que hasta el momento ha contribuido con 2.470 millones de euros a COVAX, estableciendo un compromiso de 500 m. de dosis.

En el marco de esta mejora de suministros, **la AECID también apoyó** a través de un proyecto bilateral de investigación científica, para **mejorar la implementación y validación de un panel de test moleculares rápidos y de bajo coste**, que sirvieran para el diagnóstico del COVID-19. Este proyecto fue implementado en asociación con el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONCYTEC) y la Universidad Cayetano Heredia del Perú.

Uno de los aportes más importantes del proceso de ayuda de emergencia, fue el que realizó la **ONGD Médicos sin Fronteras**, financiada por la **Agencia Vasca de Cooperación para el Desarrollo**, enviando un equipo de **17 profesionales sanitarios especializados en la atención de pacientes críticos, para apoyar en el combate del COVID-19 en los hospitales** de Moyobamba y Tarapoto, en San Martín, y de Yurimaguas, en Loreto, formando durante 12 semanas a otros colegas peruanos. Además, contribuyó con **material sanitario valorado en 2,1 m. de dólares americanos**, entregando a las autoridades de salud respiradores, equipos de ventilación mecánica no invasiva, equipos de alto flujo, monitores, medicamentos y equipos de protección personal.

Existen muchas intervenciones de CCAA y EELL dirigidas a fortalecer los modelos de atención locales en salud, promover misiones médicas, proveer de medicamentos y material sanitario y proporcionar ayuda humanitaria de primera necesidad a zonas amazónicas o andinas fundamentalmente, orientando sus acciones a los más vulnerables. Estas intervenciones suponen un apoyo importante para las comunidades locales con las que trabajan.

En este sentido, la CE ha aplicado el **principio de trabajo en escala, desde lo nacional hasta lo local, lo que evidencia también cierta desconexión entre los proyectos de más envergadura de la AECID y el modelo libre de objetivos que la descentralizada promueve.** Encontrar una lógica que dé coherencia a todo el panorama de intervenciones, desde la complementariedad y la articulación, pasa **por mejorar los mecanismos de diálogo y superar las diferencias entre los dos modelos.**

Prevención y protección frente a las crisis, seguridad alimentaria y promoción de medios de vida

En el nivel nacional, se desarrolló un procedimiento de **cooperación técnica orientado a generar capacidades en 30 funcionarios/as públicos del Centro Nacional para la Prevención de Desastres.** Además de esta acción desarrollada, la AECID quería contribuir con otras



acciones a mejorar la institucionalidad de prevención y protección frente a crisis, pero finalmente no se obtuvieron resultados. Frente a esto, se trabajó con el **Ministerio de Agricultura a través de un proyecto binacional multilateral, para reducir la vulnerabilidad de mujeres rurales y sus medios de vida para una agricultura resiliente.**

En 2021, **la AECID puso en marcha el Fondo e-Duc@**, orientado a **reducir la brecha digital en educación.** La OCE de Perú presentó dos propuestas a dicho fondo, siendo una de ellas aprobada, para implementar junto con UNICEF el proyecto titulado “Conectándonos para aprender, mejorando la educación a distancia y conectividad en escuelas vulnerables de Perú”.

La **OAH también activó en 2021 un convenio de emergencia con Acción Contra el Hambre**, para garantizar la seguridad alimentaria, tanto de familias peruanas como de familias venezolanas, que no tenían acceso a ninguno de los bonos del estado peruano.

La pandemia de COVID-19 tuvo un impacto significativo en los servicios de salud preventivos que son clave para asegurar la salud y nutrición de niñas y niños menores de cinco años. **Navarra apoyó a la Fundación UNICEF-Comité Español en una iniciativa para mejorar la vigilancia nutricional** a través de una evaluación rápida del estado nutricional en menores de cinco años en 80 comunidades del departamento de Loreto, facilitando además suministros de higiene y protección frente al COVID-19.

En esta área, también se han encontrado **multitud de proyectos de EELL y CCAA, con montos importantes desde los 40.000 euros hasta los 600.000**, dirigidos a fortalecer la prevención de riesgos frente a desastres y la resiliencia comunitaria desde varios enfoques; (1) Cambio climático; (2) Desplazamiento interno; (3) Grupos más vulnerables.

Se podría afirmar que la prioridad transversal de medio-ambiente y cambio climático, tan presente en la crisis provocada por la pandemia, ha sido mejor percibida y priorizada por las ONGD a través de la cooperación descentralizada.

Más de **21 proyectos de CCAA y EELL han contribuido al ODS2**, sobre la base de la crisis de ingresos y de acceso a alimentos generada por la pandemia, promoviendo el derecho a la alimentación, la gestión de ecosistemas, el uso de técnicas agroecológicas, el fortalecimiento al tejido social y económico de las comunidades más vulnerables desde el empoderamiento de las mujeres, la producción a pequeña escala sobre cadenas de valor.

Las acciones de la CE, especialmente aquellas relacionadas con la cooperación descentralizada y desde un

enfoque del territorio, han implicado a comunidades y gobiernos locales en el fortalecimiento de sus planes de respuesta, pudiendo tener alianzas más inclusivas en los espacios locales sobre más temáticas relacionadas; emergencia, seguridad alimentaria, tejido socioeconómico, prevención y respuesta a crisis. No se puede afirmar que esta diversidad de acciones de la cooperación descentralizada haya definido un modelo de intervención local integral para esta crisis, pero sí que los aportes han sido importantes, aunque no han sido sistematizados.

4. Articulación y respuesta coordinada: La coordinación con el resto de la comunidad donante ha sido liderada, para el caso de España, desde el **Equipo Europa**, que ha facilitado varios de los procesos de entrega de suministros enviados desde España

Una primera y más importante prioridad de la CE ha estado enfocada en respaldar el refuerzo de los sistemas de salud, la calidad de diagnóstico frente a la COVID-19 y promover la inmunización a través del envío de dosis.

De forma más invisible, multitud de pequeños proyectos de la cooperación descentralizada han abordado la emergencia desde el refuerzo de sistemas sanitarios locales o comunitarios, incluyendo alguna misión médica-odontológica, así como el envío de suministros médicos a zonas remotas del país.

Muchas ONGD señalan que para atender estas prioridades en salud y vincularlas con otras prioridades que sí estaban dentro del MAP, establecieron **modelos más integrales de intervención**, sobre la base de la **transversalización del enfoque de respuesta en salud**, para muchos de sus proyectos relacionados con la igualdad de género y la prevención de la violencia de género, prioridad en la que se ubican más del 90% de los proyectos de ONGD financiados por la AECID en el periodo y que también ha sido una prioridad para la Estrategia de Respuesta frente al COVID-19 de la CE.

Precisamente, sobre la articulación y respuesta coordinada de la CE frente a la crisis, algunos actores consultados señalan que el **Consejo de Coordinación de la Cooperación Española en Perú, (CCCEP) podría haber sido mejor aprovechado** como espacio en común para afrontar la crisis pandémica e incluir nuevas prioridades, **dejando de lado su naturaleza más estricta de monitoreo o seguimiento a las acciones**, lo que hubiera mejorado exponencialmente el impacto del conjunto de estas acciones, así como hubiera podido relacionar temáticas, áreas geográficas o formas de trabajar, elementos valiosos para la CE, que no han podido ser identificados mediante un estudio de caso de evaluación.

Aunque **no haya existido en Perú un espacio de planificación de la respuesta conjunta por parte de la CE, ésta ha desarrollado líneas de acción muy armonizadas con**



lo que propone la Estrategia Conjunta de la CE, incluyendo, además, un uso diverso de los instrumentos de cooperación más apropiados, a través de fundamentalmente las ONGD y la AECID.

De esta armonización de intervenciones, podemos afirmar que han surgido dos modelos de intervención; (1) El desarrollado por las **grandes acciones de la AECID** y los **compromisos de España con COVAX**, de mayor impacto y sobre la respuesta a las grandes necesidades del sistema de salud nacional, tanto en capacidades, como en suministros y materiales, en muchos aspectos aprovechando la experiencia y trabajo previo con socios de la AECID, además de la activación de convenios de humanitaria por parte de la OAH y; (2) El modelo desarrollado por las **ONGD** que seguían trabajando en los ODS2

y ODS3, además de en otros ODS, y que facilitaron sobre su experiencia y posicionamiento, una **respuesta local** a las distintas necesidades que se planteaban; de ayuda humanitaria, de refuerzo a los sistemas locales, comunitarios y familiares en salud, de seguridad alimentaria, de mejora de las capacidades de respuesta comunitarias y locales frente a las crisis y de mejora de las capacidades de resiliencia económica y tejido socio-económico.

En este segundo modelo, también se incluyen a aquellas ONGD más pequeñas, que de forma intermitente tienen relaciones de solidaridad con comunidades en el Perú, y que, en el marco del impacto de esta crisis, activaron de nuevo esas relaciones y lograron pequeñas financiaciones en las EELL, generando una lluvia de pequeños proyectos o acciones humanitarias.



5. CONCLUSIONES DE LA EVALUACIÓN

1. **Se considera que la Estrategia ha sido acertada** en cuanto a que ha incorporado elementos claves para desarrollar un impacto positivo como:
 - a) Trabajo a nivel multilateral promoviendo la creación o fortalecimiento de redes y relaciones con actores claves;
 - b) Participación de los agentes involucrados directa o indirectamente en todas sus etapas;
 - c) Planificación de estrategias adecuadas de difusión, comunicación, participación e intercambio de conocimiento, incluyendo el uso de estrategias de análisis que evidencien que los resultados se orientan a las necesidades de beneficiarios finales.
 - d) Demostración de un buen conocimiento y comprensión de los contextos administrativos, políticos, y de los usos y prácticas en la realidad;
 - e) Ser capaz de entender y superar las barreras existentes para el cambio;
 - f) Disposición de equipos y medios para el liderazgo y apoyo para la gestión y ejecución.

Dimensión de diseño

Diálogo y coordinación entre actores de la CE

1. **La Estrategia representa una visión integrada y representativa del conjunto de la Cooperación Española.** El proceso de diseño, **basado en el diálogo y la participación**, es **bien valorado por la CE.** El diseño contó con espacios de participación ad hoc adicionales a los cauces habituales (Comisiones Interministeriales e Interterritoriales), destacando la plataforma “El Día Después”, que contó con una amplia participación de actores de la CE y expertos en materia de cooperación al desarrollo y enfoques sectoriales. Esto ha reforzado su coherencia con los instrumentos y estrategias sectoriales de la CE.
2. **La Agenda2030 y los ODS 3 y 17 son protagonistas en la Estrategia**, lo que refuerza la visión compartida de los actores en la respuesta conjunta frente a la COVID-19.
3. **El diseño del Plan fue elaborado conjuntamente por el MAEC y el Ministerio de Sanidad**, sin mecanismos de participación tan amplia como los de la Estrategia, aunque el Plan deriva de la misma.

Diálogo de políticas y alineamiento con las prioridades de los países

4. **El diseño de la Estrategia ha sido altamente relevante**, permitiendo incorporar las prioridades de los diferentes actores de la CE, aprovechando en su elaboración participativa el conocimiento de dichos actores de las necesidades de los países socios de la CE, así como de los mecanismos e instrumentos de cooperación. Su opinión experta, diversa y multidisciplinar ha suplido la ausencia de espacios específicos de consulta directa con los países socios.
5. **La relevancia de la Estrategia en relación con las prioridades y necesidades nacionales** de los países socios no ha contado con espacios específicos para su participación. Del análisis de los MAP diseñados entre 2020 y 2022, **una minoría (1) de los MAP incorporan la Estrategia como marco referencial.** Sin embargo, **de la consulta directa a las OCE**, se extrae que el **nivel de alineamiento de la Estrategia con las necesidades de sus países de demarcación es percibido entre neutral y alto.**
6. **Las prioridades del Plan se alinean con las establecidas por la OMS y corresponden con el apoyo al acceso de los profesionales sanitarios y la población más vulnerable a la vacuna frente a la COVID-19, con independencia del país.** Por eso, ninguna OCE encuestada es consciente de haber participado en el diseño del Plan, y al igual que ocurrió con la Estrategia, **no se evidencian espacios específicos de participación/diálogo con los países socios al respecto**, tal y como establece uno de los principios del Plan.

Análisis de riesgos y medidas de mitigación

7. El diseño de la Estrategia **refleja adecuadamente la incertidumbre del contexto y promueve la adaptación de la propia CE**, siendo la apuesta de la Estrategia por la **vía multilateral una buena muestra de ello.** Además, en materia bilateral, la estrategia aboga por la **creación de nuevos instrumentos y la adaptación de los existentes.**
8. La Estrategia mantiene un **alcance temporal abierto** y se considera como **un mecanismo de transición y respuesta integral a una situación de emergencia mundial**, cuyo horizonte es el “día después” y la Agenda2030.

Igualdad de género e inclusión de grupos vulnerables

9. **La Estrategia incorpora adecuadamente el enfoque de Derechos Humanos e igualdad de género a través de un fuerte análisis de vulnerabilidades, no solo a las personas más afectadas por la propia pandemia, sino también a aquellas que pueden verse afectadas por derechos suspendidos**, especialmente en países autoritarios. Al respecto, dedica una de sus tres prioridades a las poblaciones más desfavorecidas, **articulando su implementación a través de siete ejes alineados con los derechos que pretende garantizar**: Alimentación, Educación, Agua y Saneamiento, No Discriminación-Violencia de género, Infancia, Protección Social y Defensores de Derechos.
10. **La alineación del Plan a los principios de la OMS** lo vincula a su estrategia para incorporar el análisis y las acciones de género en sus actividades; y **contempla entre sus prioridades grupos meta “en situación de mayor exclusión o vulnerabilidad”**.

Dimensión de implementación

Gestión: capacidades de la CE, recursos movilizados e instrumentos utilizados

11. **La eficiencia en la movilización de recursos ha sido significativa**. La CE ha movilizado en 2021 un volumen de AOD un 18,7% mayor que el promedio de los tres años anteriores (2018-2020). Esto es explicado por un **fuerte desembolso en el sector salud**, cuyo peso sobre el total fue, en 2021, más de dos veces superior al de 2020 y más de siete veces el de 2018. **La mitad (52,8%) de la AOD desembolsada en salud entre 2020 y 2021, esto es, 344,3 millones de euros o un 5,6% del total de AOD, se destinó a la lucha directa contra el COVID-19, situando a España como el sexto país donante del mundo** que más AOD destinó a la lucha contra la pandemia en el sector de la salud, tanto en términos absolutos (€) como relativos.
12. **La acción contra el COVID-19 no se ha limitado al sector salud**, la cual supone la mitad de la AOD relacionada con la lucha contra el COVID-19 (603M€), sino que también se ha canalizado a sectores de infraestructuras sociales y servicios, sectores productivos, ayuda de emergencia y actividades relacionadas con la deuda.
13. Al margen del análisis de AOD, **la encuesta ad hoc de seguimiento de la Estrategia** apunta a un **compromiso de recursos públicos de 2.560M€**, principalmente de la AGE y de carácter multilateral. A marzo de 2022, **los desembolsos supusieron un 77% de lo comprometido**, aunque en la Prioridad 2: proteger y recuperar derechos y medios de vida ya se alcanzaba el 98%.
14. **Los aportes en el Plan de vacunación, al igual que ha ocurrido a nivel global, han sido desequilibrados**, centrados en el Pilar 1. Acceso Equitativo a La Vacuna, y dejando amplios vacíos en los pilares de Tratamiento, Diagnóstico y Fortalecimiento de los Sistemas de Salud.
15. **Las vías de canalización de vacunas utilizadas por la CE para hacer frente al Plan se han dirigido fundamentalmente por la donación vía COVAX (90,3%)**, colocando a España como **quinto país donante de vacunas a través de COVAX**, habiendo invertido **300M€** y donado **50 millones de vacunas**.
16. En menor medida, se han utilizado otras vías, **como la donación bilateral directa** —de elevado impacto en países como Santa Lucía y Costa Rica; **y conjugada con OCHA y ECHO, de gran relevancia en contextos humanitarios**, siendo el 67,6% de las vacunas donadas bilateralmente por España destinadas a población refugiada afgana en Irán. En cambio, no ha hecho uso de otras vías de canalización recogidas en el Plan, como la utilización de organizaciones multilaterales y regionales al margen de COVAX, ni ha establecido ninguna reserva estratégica, elementos que no han repercutido en la consecución de los compromisos establecidos por la CE.
17. **La operativización de la Estrategia toma en consideración tanto instrumentos tradicionales bilaterales como multilaterales**. A nivel AGE, se destacan la respuesta multilateral y multilateral (los principales instrumentos son las contribuciones a fondos globales y las contribuciones a programas específicos y fondos gestionados por socios). A nivel bilateral, el grueso de la AOD se ha canalizado mediante convocatorias de proyectos y convenios, destacando el diseño del Programa de Salud Global COVID-19 de AECID.
18. **La movilización de los recursos de respuesta a emergencias humanitarias**, tanto de activación de Convenios de Emergencia como de respuesta a llamamientos internacionales de Agencias y del Movimiento Internacional de la Cruz Roja, **han permitido dar cobertura a las prioridades de atención la población desplazada o refugiada en diferentes países, tal y como se establecía en el Plan**.
19. En cuanto a la cooperación descentralizada, **la mayoría de las CCAA/EELL no han lanzado convocatorias específicas ligadas a las prioridades de la Estrategia, sino que han adaptado las existentes**. Esta adaptación no ha consistido en un alineamiento expreso a la Estrategia, y esto **podría haber repercutido negativamente en el volumen de AOD en intervenciones relacionadas con la respuesta a la COVID-19**.
20. **No fue necesaria la creación de nuevas estructuras ni la incorporación de personal adicional para la implementación de la Estrategia y el Plan**, estableciendo la AGE, **estructuras y sistemas oficiosos de coordinación que contribuyeron a la eficiencia de la implementación**, aunque se adolece del déficit estructural de recursos humanos en la CE.



Transparencia y rendición de cuentas

21. Los principales **procesos de transparencia y rendición de cuentas** se han dado en los **Comités de Coordinación y Seguimiento celebrados de manera anual, siendo positiva la valoración que las personas entrevistadas hacen al respecto de estos espacios**, aunque los destacan como espacios centrados en brindar información y no tanto dirigidos a una toma de decisiones conjunta, echándose en falta una mayor retroalimentación respecto a la distribución de vacunas.
22. Otra herramienta de transparencia ha sido la creación en la OCDE, repercutiendo en el Sistema de Información de la AOD de la CE (info@od), del marcador CRS para los proyectos específicamente dirigidos a luchar contra la pandemia en el sector de la salud (**CRS-12264- Control COVID-19**) y de una etiqueta que categoriza los proyectos de cualquier sector que estén relacionados de alguna forma con la pandemia (**"intervención relacionada con la COVID-19"**). Sin embargo, la información AOD ofrecida no tiene una vinculación directa a la Estrategia ni al Plan, por lo que **no puede usarse para hacer el seguimiento** de la implementación de estos.
23. Para ello, se realizó una **encuesta de seguimiento de la Estrategia ad hoc**, y se realizó un **seguimiento del número de vacunas donadas**.

Riesgos y adaptabilidad de la Estrategia y el Plan ante la crisis

24. El enfoque de la Estrategia **por la respuesta multilateral facilitó su adaptabilidad**. Sin embargo, **al tratarse de una respuesta multilateral, existían factores sistémicos de riesgo o incertidumbre**, como pagos anticipados a las compañías farmacéuticas para el desarrollo de la vacuna, capacidad de producción de vacunas, sistemas logísticos para la distribución o debilidades de los sistemas de salud de algunos países receptores del apoyo, rechazo a la vacunación por parte de la población, **que superaban la propia respuesta de España**, tanto en lo referente a la Estrategia como sobre todo al Plan.
25. Los riesgos asociados al ámbito de donación de vacunas se redujeron mediante el **desarrollo de cobertura de seguros de responsabilidad civil**, en el que la AEMPS tuvo un papel de liderazgo dentro de los equipos de gestión, que ahorró a los países participantes importantes costes de transacción
26. Se considera un éxito de gestión de riesgos y adaptabilidad la creación **del comité tripartito para la donación de vacunas de Presidencia, MAEC y Sanidad**.
27. A pesar de que la CE no ha tenido el control de algunos de los criterios de priorización del Plan, asumiendo como propios los procesos establecidos

por COVAX y la propia OMS, que establecían el marcaje por región y no por país, los datos facilitados por el MAEC (abril de 2023) arrojan que **el 60,2% de las vacunas donadas vía COVAX ha llegado a países socios de la CE**. En esta línea, es particularmente destacable que **el 98% de las vacunas que no se han destinado a países incluidos en el AMC ha llegado, precisamente, a países socios de la CE, en coherencia con el foco pautado por el Plan**.

Adaptación de las prioridades de la CE ante la COVID-19

28. **La cooperación descentralizada incluye la Estrategia** en sus planes directores o anuales, aunque **no hacen referencia a ella en sus convocatorias** debido a la dificultad de ajuste de sus bases. Adicionalmente, puso en marcha medidas de adaptación que permitieron reformular proyectos durante la pandemia.
29. Las evaluaciones de los MAP de Bolivia, Perú y Ecuador indican que, aunque la crisis Sanitaria produjo **retrasos en la ejecución, se evidencia una alta capacidad de flexibilidad por parte de la CE**.
30. La AECID puso en marcha **el Programa de Salud Global COVID-19** enfocado al refuerzo de los sistemas de salud en el marco de la presión que estaba suponiendo la pandemia. Además, la AECID ha incorporado la Estrategia como elemento de valoración de sus convocatorias de ONGDs.
31. La adaptabilidad ha sido clave en la **respuesta humanitaria**, que ha permitido conjugar ayuda en especie para prevención, control y tratamiento con mecanismos de suministro logístico entre diferentes entidades (Sanidad, OAH-AECID, DGECHO).

Coordinación con entidades internacionales

32. **La apuesta de la CE por una respuesta global se ha visualizado en su papel destacado en los diferentes espacios de coordinación, tanto en lo referente al ámbito europeo como al propio de COVAX**, con un destacado rol de la AEMPS. Una evidencia de esta presencia internacional se visualizó en **la organización de la cumbre del 2022 del GAP y en liderar la Línea de Esfuerzo 4**. "Apoyar a los trabajadores sanitarios, su salud, seguridad, bienestar y eficacia de los trabajadores médicos de primera línea".
33. Como valor añadido de la CE en su integración en la respuesta internacional, cabe destacar **la alta capacidad de asistencia técnica y de facilitación de conocimiento** gracias a la experiencia de España en su sistema de salud descentralizado, **el carácter técnico de la coordinación en organismos internacionales** gracias a la inclusión del Ministerio de Sanidad, **y las alianzas y redes de trabajo con los países de Latinoamérica**.



Dimensión de resultados

Coordinación y división de trabajo

1. A nivel nacional, **la Estrategia pasó a articularse como un referente en las prioridades de la CE, focalizándose como un mecanismo de coordinación de las actuaciones de la Cooperación Española**, aunque posteriormente el Plan restó el protagonismo a la propia Estrategia. Sin embargo, **la Estrategia ha ayudado a generar una narrativa común y un alto grado de participación y coordinación**.
2. **Se evidencia como éxito la coordinación interministerial mediante un comité tripartito liderado por Presidencia de Gobierno junto con MAEC y MISAN**, que se reunía semanalmente y que consideraban los diferentes condicionantes en el proceso de donación, como entrega de vacunas a España, objetivos a nivel nacional, criterios de donación y voluntad de los 3º países, principalmente en el ámbito bilateral inicial.
3. A nivel internacional, los resultados son más destacables en el ámbito del Plan, siendo remarcable el papel de España en el liderazgo del proceso de negociación y establecimiento de contratos con empresas farmacéuticas, en la respuesta a la población refugiada afgana en Irán, y en su participación en el GAP-COVID19.

Compromisos presupuestarios

4. **La eficacia en el cumplimiento de los compromisos presupuestarios ha sido alta**, habida cuenta de la no concreción de un periodo de vigencia en la Estrategia. En marzo de 2022, **menos de dos años después de la concepción de la Estrategia, el desembolso público en las tres prioridades de esta superaba el 80% de la meta establecida. El gasto previsto más elevado, con mucha diferencia, se correspondía con la respuesta multilateral (nivel de Gobierno), cuyo compromiso se veía cumplido, siempre a principios de 2022, al 82%**.
5. Las prioridades del Plan se han visto abordadas **por las vías de canalización previstas, aunque no se ha monitorizado el nivel de acceso de las poblaciones a la vacunación**.

Priorización del Sector Salud

6. La Estrategia ha motivado un punto de inflexión de la salud en la CE y en el volumen de AOD, que culminaría con el **diseño de la futura Estrategia de Salud Global de la CE y del futuro Plan Sectorial de Salud de**

la CE, y se ha reforzado el Programa de Formación Médica Especializada.

Contribución a los ODS

7. El 70% de la AOD relacionada con la COVID-19 ha abordado el ODS 3 y el ODS 17, contribuyendo en gran medida a cada una de sus metas.

Enfoque de género e inclusión de grupos vulnerables

8. **El peso de los proyectos que abordan la igualdad de género ha aumentado en paralelo a la crisis del COVID-19**. En su diseño, la Estrategia contempla la integración de manera tres prioridades transversales: género, medioambiente y no dejar a nadie atrás, planteado su abordaje desde la intersectorialidad, interacción conjunta y enfoque de derechos. Por lo que **la Estrategia ha podido guiar la orientación hacia género**.

Sostenibilidad

9. **Las acciones de intervención de la Estrategia y el Plan están siendo adoptadas de manera permanente y escalonada en los países de acuerdo a los procesos establecidos en los Marcos de Asociación País**. Al respecto, destacan los **nuevos programas o marcos relacionados con el sector salud** desde un enfoque de cooperación bilateral y técnica como puede ser el Programa Marco de Formación Médica Especializada (2022) de la AECID, que se ejecuta en Mozambique, Etiopía, Níger, Bolivia, Mauritania y Mali, o el Programa de Salud Global COVID-19 de la AECID.
10. El desarrollo de la futura **Estrategia de Salud Global**, liderada por el Ministerio de Sanidad y el MAEC, actualmente en formato borrador, cuenta en su diseño con elementos que se relacionan de forma directa con la Estrategia y el Plan. A partir de esta Estrategia de Salud Global se contemplará el desarrollo del Plan de Acción de la CE en el ámbito de salud.
11. **Desde el ámbito multilateral se abren espacios para fortalecer y reforzar los sistemas de respuesta a futuras pandemias** a partir del aprendizaje propio de COVAX y otros mecanismos activados durante el COVID-19, como la **Autoridad de Preparación y Respuesta ante Emergencias Sanitarias (HERA)** que deberá garantizar el desarrollo, la producción y la distribución de medicamentos, vacunas y otras contramedidas médicas, como guantes y mascarillas, o líneas de acción específicas como el **proyecto Open Strategic Autonomy (OSA)** y el **aseguramiento de la Autonomía Estratégica de la UE** como claves del sector salud.



6. LECCIONES APRENDIDAS

1. **El proceso participativo seguido para el diseño y la elaboración de la Estrategia ha permitido una elevada apropiación de la misma por todos los actores de la CE**, considerándola como un instrumento asumible y representativo, que da cobertura a sus diferentes instrumentos de cooperación, facilitando su adaptación operativa.
2. El **trabajo en salud en el ámbito de cada país prioritario**, reflejada a través de los MAP, tiene otros condicionantes relacionados con procesos de cooperación que hace que no en todos los países se incorpore como estrategia prioritaria de trabajo.
3. **El papel de España en la priorización de Latinoamérica en el mecanismo COVAX se ha visto como un elemento de ajuste acertado dados los datos de afectación de la pandemia en países de renta media**, tanto a nivel de mortalidad como de afectación a los sistemas de salud o generación de desigualdades.
4. **El desarrollo de diferentes mecanismos de financiación**, así como instrumentos disponibles **ha permitido una amplia cobertura de los compromisos presupuestarios establecidos en la Estrategia**.
5. **El mecanismo de coordinación interministerial** liderado desde Presidencia de Gobierno ha mostrado ser una **herramienta útil para articular las capacidades e intereses de los distintos ministerios, así como dar una respuesta rápida y flexible** en una situación y entorno cambiante con múltiples factores globales. Este mecanismo de coordinación también puede ser relevante en otros ámbitos como la potencial Estrategia de Salud Global.
6. La apuesta por **una respuesta multilateral**, tanto en el ámbito de la Estrategia como del propio Plan, se **ha mostrado acertadas ante desafíos globales, y ha permitido a la CE posicionarse como un actor que intenta superar divisiones geopolíticas en situaciones de crisis**.
7. **Algunos de los mecanismos que rigen los instrumentos de la CE son excesivamente rígidos para dar respuesta a situaciones de emergencia**, principalmente aquellos que emanan de la Ley de Subvenciones o de los procesos de ayuda humanitaria en la cooperación descentralizada, lo que puede limitar el apoyo a intervenciones no focalizadas o a fondos genéricos.
8. **La coordinación de la respuesta en acción humanitaria de manera complementaria a la respuesta del Plan de vacunas** ha permitido ampliar los efectos de la ayuda en países con deficiencias en cobertura logística o de suministros sanitarios.
9. **El proceso de construcción de la Estrategia permite sistematizar un conjunto de principios que pueden ser replicados en futuras situaciones**, tales como: la perspectiva sistémica, el uso de instrumentos apropiados, asegurar las capacidades de organizaciones comunitarias y locales.
10. **La coordinación entre** el Ministerio de Sanidad, principalmente liderado por la **AEMPS**, y el **MAEC**, liderado por DGPOLDES, **ha permitido fortalecer las capacidades de COVAX en el ámbito de la negociación con las empresas farmacéuticas**, así como optimizar la respuesta en la donación bilateral, sin crear nuevas estructuras.
11. **La respuesta ante el COVID-19 articulada desde la Estrategia ha permitido reforzar el papel de la Salud en la CE**, creando nuevos programas de cooperación técnica y bilateral, y reforzando estrategias de cooperación técnica más horizontal, motivando un nuevo espacio a partir de la potencial Estrategia de Salud Global **que facilitará el Plan de Salud de la CE** y reforzará el VI Plan Director de la Cooperación Española.
12. **El diseño de la Estrategia ha incorporado de manera muy efectiva el enfoque de derechos** a partir del propio conocimiento integrado en la CE, reconociendo que la salida del COVID-19 requería poner en valor el enfoque de derechos ante los riesgos provocados por la respuesta humanitaria en su ya de por sí débil disfrute.

7. RECOMENDACIONES

El proceso de elaboración de recomendaciones emana de los hallazgos identificados en la evaluación, así como de las conclusiones elaboradas y las mismas se organizan de tal forma que abarcan desde un ámbito más general (institucional), a un ámbito más específico (operativo), orden que pretende mostrar la necesidad de reforzar el elemento más estratégico para poder cumplir con las recomendaciones más operativas.

Recomendaciones del ámbito institucional

1. En el ámbito del diseño, **se recomienda a DGPOLDES que futuras estrategias similares, como puede llegar a ser la futura Estrategia de Salud Global, tengan un marco de resultados que permita realizar una mejor valoración de los logros asociados a la misma.** El Plan de vacunación ha asumido el mayor protagonismo de la respuesta al COVID-19, y los mayores referentes de información sobre logros son los emanados de la contabilización de la AOD, con varios limitantes relacionados con el propio alcance de los proyectos que incorporan el marcador COVID; o del destino de las vacunas, donde la información se limita a nivel país receptor.
2. **En el ámbito de la respuesta ante emergencias globales, se recomienda a la AGE y CCAA articular mecanismos o instrumentos para que la respuesta ante emergencias globales no esté sujeta a mecanismos excesivamente rígidos de planificación y justificación** en los fondos de emergencia de la cooperación descentralizada, ya que en muchas ocasiones ha limitado aportaciones a COVAX.

3. En el mismo ámbito de respuesta, **se recomienda a la AGE realizar contribuciones generales a organismos multilaterales que decidan la priorización de la inversión a realizar** de manera que se evite el desequilibrio entre pilares, con sobrefinanciación de unos respecto a otros, como ha sucedido en este caso con el pilar de vacunas frente a los pilares de diagnóstico, tratamiento o fortalecimiento de sistemas de salud de ACT-A.

Recomendaciones del ámbito operativo

4. **En la gestión que desarrolla DGPOLDES de los microdatos AOD de las intervenciones deberían incluir variables que las conectaran con las prioridades de la Estrategia y las vías de canalización del Plan.** Ello facilitaría el seguimiento de los dos documentos por cualquier actor interesado a través del portal info@od
5. En el ámbito de la coordinación de la AGE, **se recomienda a la AGE recuperar el comité tripartito de coordinación interministerial**, aunque sea en formato menor, mientras siga latente ACT-A, en la futura Estrategia de Salud Global, y ante emergencias globales.
6. En el ámbito del fortalecimiento de sistemas de salud que lidera AECID, se recomienda reforzar el enfoque de cooperación técnica en salud hacia una nueva horizontalidad y cooperación Sur-Sur. En esta línea, **se recomienda fortalecer el equipo humano de personas expertas en Salud (sede y terreno)** que permita tener una mayor presencia y continuidad en los espacios de coordinación especializados de este sector.⁵⁸

⁵⁸ Esta recomendación se alinea con lo establecido en la Evaluación peer to peer CAD 2022, donde se identifica como recomendación el acelerar los esfuerzos para actualizar las políticas de recursos humanos en todo el sistema de cooperación al desarrollo, con el fin de garantizar que el número y la composición del personal a todos los niveles y en todas las instituciones permitan a cada una de ellas cumplir su mandato.



8. BIBLIOGRAFÍA

Acnur.org (2022) *EMERGENCY APPEAL. Pandemia de COVID-19*. Available at: <https://www.acnur.org/es-es/emergencias/pandemia-de-covid-19>.

ADE (2022) 'Evaluation of the European Union External Action. EU initial Response to the COVID-19 crisis in partner countries and regions. Volume I: Main report'.

Aecid.es (2022a) *AECID impulsa nuevas iniciativas de transición verde en América Latina y el Caribe*. Available at: <https://www.aecid.es/w/aecid-impulsa-nuevas-iniciativas-de-transicion-verde-en-america-latina-y-el-caribe>.

Aecid.es (2022b) *España lanza SALUD COVID, un programa de cooperación para fortalecer los sistemas de salud frente a la COVID-19 en los países en desarrollo*. Available at: <https://www.aecid.es/w/espana-lanza-salud-covid-un-programa-de-cooperacion-para-fortalecer-los-sistemas-de-salud-frente-a-la-covid-19-en-los-paises-en-desarrollo>.

Aecid.es (2022c) *Iniciativas para la defensa de las mujeres. El Fondo ELLAS+*. Available at: <https://www.aecid.es/w/iniciativas-para-la-defensa-de-las-mujeres-el-fondo-ellas>.

Aecid.es (2022d) *La AECID financiará con 9 millones de euros 30 intervenciones para impulsar la igualdad de género, la sostenibilidad ambiental y la reducción de la brecha digital en educación en países socios de la Cooperación Española*. Available at: <https://www.aecid.es/w/la-aecid-financiara-con-9-millones-de-euros-30-intervenciones-para-impulsar-la-igualdad-de-genero-la-sostenibilidad-ambiental-y-la-reduccion-de-la-brecha-digital-en-educacion-en-paises-socios-de-la-cooperacion-espanola>.

AECID (2021a) 'Convocatoria AH 2021', pp. 1–6.

AECID (2021b) 'Convocatoria cooperación 2021', p. 6.

AECID (2021c) 'Plan anual. CE. Comunicación 2021 de la Cooperación Española'. Available at: http://www.exteriores.gob.es/Portal/es/SalaDePrensa/Multimedia/Publicaciones/Documents/Cooperacion/Analista/2021/Previsiones/Comunicacion_2021.pdf.

AECID (2022a) 'Anexo I. Relación de solicitudes aprobadas definitivamente'.

AECID (2022b) 'Anexo II. Relación de convenios desestimados'.

AECID (2022c) 'Convocatoria cooperación 2022', pp. 1–80.

AECID (2022d) 'Documento de formulación. Apoyo al Ministerio de Salud del Estado plurinacional de Bolivia en la atención de patologías desatendidas durante la pandemia COVID-19, mediante el fortalecimiento del Programa Nacional de Trasplantes'.

AECID (2022e) 'Fondo Covid 2022. Strengthening access to specialized medical services in Ethiopia to respond to the COVID-19 health crisis and emerging diseases'.

AECID (2022h) 'Programa Marco Formación Médica Especializada PFME'. Available at: https://bibliotecadigital.aecid.es/bibliodig/es/catalogo_imagenes/grupo.do?path=1031425.

AECID (2022i) 'Resolución de la Presidencia de la AECID. Concesión subvenciones a ONGD para convenios de cooperación para el desarrollo 2022-2025'.

AECID (2022j) 'Resolución de la Presidencia de la AECID. Concesión subvenciones a ONGD para proyectos de cooperación para el desarrollo 2022'.

AECID (2022k) 'Resolución de la Presidencia de la AECID. Convocatoria de subvenciones para la realización de convenios de cooperación para el desarrollo 2022-2025'.

AECID (2022l) 'Resolución de la Presidencia de la AECID. Convocatoria de subvenciones para la realización de proyectos de cooperación para el desarrollo y Educación para el desarrollo y la ciudadanía global 2022'.

Andalucía (2021) 'Convocatoria cooperación y AH 2021', pp. 19–21.

Andalucía (2022) 'Convocatoria cooperación y AH 2022', *Nucl. Phys.*, pp. 104–116.

Aragón (2020) 'Plan Director de la cooperación aragonesa para el desarrollo 2020 - 2023'.

Aragón (2021) 'Plan anual de la cooperación aragonesa para el desarrollo 2021'.

Aragón (2022) 'Plan anual de la cooperación aragonesa para el desarrollo 2022'.

Aragón (2023) 'Plan anual de la cooperación aragonesa para el desarrollo 2023'.



- Canarias (2021) 'II PLAN DIRECTOR DE COOPERACIÓN CANARIA 2021-2024'. Available at: <https://www.gobiernodecanarias.org/cmsgobcan/export/sites/presidencia/vae/descargas/II-Plan-Director-de-Cooperacion-Canaria-2021-2024.pdf> (Accessed: 16 March 2023).
- Cantabria (2021) 'Convocatoria cooperación 2021', pp. 1–14.
- Cantabria (2022) 'Convocatoria cooperación 2022', pp. 1–14.
- Cantabria (2023) 'III Plan Director de Cooperación al Desarrollo de la Comunidad Autónoma de Cantabria 2023-2026'. Available at: <https://cantabriacoopera.es/documents/6204219/21136466/III+Plan+director+de+Cooperacion+al+Desarrollo+Cantabria.pdf/c89b315b-4cad-d661-12c7-d97dcc215d4e?t=1671186071680> (Accessed: 16 March 2023).
- Castilla-La Mancha (2022a) 'Convocatoria AH 2022', *Paper Knowledge . Toward a Media History of Documents*, pp. 12–26.
- Castilla-La Mancha (2022b) 'Convocatoria cooperación 2022', *Revision De Literatura Cuidados De Enfermería Para Efectuar La Posición En Decúbito Prono En Personas Con Síndrome Respiratorio Agudo*, pp. 1–5.
- Castilla y León (2021) 'Convocatoria cooperación 2021', *Paper Knowledge . Toward a Media History of Documents*, pp. 12–26.
- Castilla y León (2022a) 'Convocatoria cooperación 2022', *Boletín Oficial de Castilla y León*, pp. 14058–14079.
- Castilla y León (2022b) 'IV PLAN DIRECTOR DE COOPERACIÓN PARA EL DESARROLLO 2022-2025'. Available at: <https://transparencia.jcyl.es/participacion/Participación Transparencia/IV Plan Director Cooperación.pdf> (Accessed: 16 March 2023).
- Catalunya (2022) 'Convocatoria cooperación 2022', pp. 6–9.
- CEPAL (2022) 'Los impactos sociodemográficos de la pandemia de COVID-19 en América Latina y el Caribe'. Available at: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/47922/1/S2200159_es.pdf.
- Comisión Europea [CE] (2021a) 'EU Institutions' external response to COVID-19 (up to 31 December 2021)'.
Comisión Europea [CE] (2021b) 'Team Europe external response to COVID-19 (up to December 2021). Data', 19(December), pp. 2020–2021. Available at: https://ec.europa.eu/international-partnerships/where-we-work_en.
- Comisión Europea [CE] (2021c) 'Team Europe external response to COVID-19 (up to December 2021). Infographic', (December), p. 2021. Available at: https://ec.europa.eu/international-partnerships/where-we-work_en.
- Comunidad de Gobernanza Global y Cooperación Internacional de El Día Después (2020) *CONTRIBUCIONES AL BORRADOR DE RESPUESTA CONJUNTA DE LA COOPERACIÓN ESPAÑOLA A LA CRISIS DE LA COVID-19*.
- Comunidad Foral de Navarra (2020) 'III Plan Director de la Cooperación Navarra (2021 – 2024)'. Available at: https://gobiernoabierto.navarra.es/sites/default/files/3285_anexo_iii_plan_director_de_la_cooperacion_navarra_.pdf (Accessed: 16 March 2023).
- Comunitat Valenciana (2021) 'V Plan Director de la Cooperación Valenciana 2021-2024'. Available at: <https://gvaparticipa.gva.es/system/documents/attachments/000/000/039/original/f8e8a9a7e7b2c8601cf507ea2afae6295feb219.pdf> (Accessed: 16 March 2023).
- DGPOLDES (2022) 'Evaluación Final del MAP España-Bolivia (2018-2021)'.
Doc (2021a) 'Distribución 2o lote de vacunas Pfizer COVAX. Bogotá Guatemala Panamá Quito San Jose de Costa Rica (30/11/2021)'.
Doc (2021b) 'El comité de coordinación del Plan de Vacunación Solidaria aborda la donación de dosis para impulsar la inmunización global contra la COVID-19 (23/06/2021)'.
Doc (2021c) 'Nota informativa. Donación vacunas refugiados afganos en Irán (01/12/2021)'.
Doc (2021d) 'Nota interior. 2a Reunión de Comité de Coordinación Plan de vacunación Solidaria (28/06/2021)'.
Doc (2021e) 'Nota interior. Donación vacunas contextos humanitarios (08/11/2021)'.
Doc (2021f) 'Reunión Comité de Coordinación "Plan de Acceso Universal, Compartiendo las Vacunas contra el COVID-19" (23/03/2021)'.
Doc (2021g) 'Telegrama. Donación de vacunas África con destinatarios (22/11/2021)'.
Doc (2021h) 'Telegrama. Lote 16 vacunas Egipto, Angola, Nigeria, Costa de Marfil (23/11/2021)'.
Doc (2022a) 'Borrador TG donación de vacunas general (08/11/2022)'.



- Doc (2022b) 'Desglose contribuciones públicas estimadas por PRIORIDAD de la Estrategia (a marzo de 2022, acumulado)'.
- Doc (2022c) 'Desglose contribuciones públicas estimadas por TIPO DE RESPUESTA de la Estrategia (a marzo de 2022, acumulado)'.
- Doc (2022d) 'Documento de formulación. Colombia'.
- Doc (2022e) 'Documento de formulación. Mali'.
- Doc (2022f) 'Documento de formulación. Mauritania'.
- Doc (2022g) 'Documento de formulación. Mozambique'.
- Doc (2022h) 'Documento de formulación. Paraguay'.
- Doc (2022i) 'Global Response to COVID-19 pandemic. Global Action Plan (GAP). Proposals of collaboration in Line of Effort 4 (LOE4-HCWs): "Protect, Safeguard and Invest in health and care workers" (03/05/2022)'.
- Doc (2022j) 'Nota. Gobernanza Global de Salud y proceso de reformas (21/11/2022)'.
- Doc (2022k) 'Nota. Respuesta internacional de España a la COVID-19 (01/09/2022)'.
- Doc (2022l) 'Nota 3er Comité Seguimiento COVID y Vacunación Solidaria (26/03/2022)'.
- Doc (2022m) 'Nota de concepto. Respuesta global a la COVID-19 (GAP). LOE 4: Apoyo a los trabajadores sanitarios. Borrador (17/02/2022)'.
- Doc (2022n) 'Nota informativa. Comisión Consultiva de negociaciones Comerciales Internacionales (29/07/2022)'.
- Doc (2022o) 'Nota interior. Marco vacunas (29/11/2022)'.
- Doc (2022p) 'Nota interior. Tercer Comité de Seguimiento y Coordinación de la Estrategia de COVID-19 y del Plan de Vacunas contra el COVID-19 (17/03/2022)'.
- Doc (2022q) 'Nota interior. Tercer Comité de Seguimiento y Coordinación de la Estrategia de COVID-19 y del Plan de Vacunas contra el COVID-19 (17/03/2022)'.
- Doc (2022r) 'Nota reunión USAID (03/02/2022)'.
- Doc (2022s) 'Reunión Ministerial del Global Action Plan (GAP) en las márgenes de AGNU (13/09/2022)'.
- Doc (2022t) 'Spain Commitments. Second COVID-19 Summit (27/04/2022)'.
- Doc (2023a) 'Síntesis de la evaluación de los MAP de Perú, Bolivia y Ecuador'.
- Doc (2023b) 'Vacunas solidarias: comprometidas, pendientes, entregadas. Por país y región (23/03/2023)'.
- Doc (no date) 'Documento ideas fuerza - Plan Acceso Universal a Vacunas'.
- Es.wfp.org (2020) *Coronavirus: el Programa Mundial de Alimentos de la ONU está listo para hacer frente al desafío*. Available at: <https://es.wfp.org/historias/coronavirus-el-programa-mundial-de-alimentos-de-la-onu-esta-listo-para-hacer-frente-al>.
- europapress.es (2023) *Albares reivindica el liderazgo de España en la salud global, quinto donante de vacunas contra la COVID*. Available at: <https://www.europapress.es/nacional/noticia-albares-reivindica-liderazgo-espana-salud-global-quinto-donante-vacunas-contra-covid-20220907183358.html> (Accessed: 29 March 2023).
- Extremadura (2018) 'Plan General de cooperación extremeña 2018-2021'. Available at: https://cooperacionextremadura.es/wp-content/uploads/2021/01/plan_general_2018-2021.pdf (Accessed: 16 March 2023).
- Extremadura (2020) 'Plan anual de cooperación extremeña 2021'.
- Extremadura (2021a) 'Convocatoria AH 2021'.
- Extremadura (2021b) 'Convocatoria cooperación 2021'.
- Extremadura (2021c) 'Plan anual de cooperación extremeña 2022'.
- Extremadura (2022a) 'Convocatoria AH 2022', pp. 5–12.
- Extremadura (2022b) 'Convocatoria cooperación 2022'.
- frentepolisario.es (2020) *MLRS: Llamamiento urgente efectos del COVID-19*. Available at: <https://frentepolisario.es/mlrs-llamamiento-urgente-COVID-19/>.
- Galicia (2021) 'Plan anual 2021 da cooperación galega'. Available at: https://www.elankidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/copia_transparencia_planif2/es_def/adjuntos/PLAN-ANUAL-2021.pdf.
- Galicia (2022) 'Plan anual 2022 da cooperación galega'. Agencia Vasca de Cooperación al Desarrollo. Available at: https://www.elankidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/planificacion_avcd/es_def/adjuntos/PLAN ANUAL 2022-version-marzo 2022.pdf.
- Galicia (2023) 'Plan anual 2023 da cooperación galega'.



Icrc.org (2020) *Respuesta operacional del CICR a la pandemia de COVID-19: estamos todos juntos en esto*. Available at: <https://www.icrc.org/es/document/respuesta-operacional-del-cicr-la-pandemia-de-COVID-19-estamos-todos-juntos-en-esto>.

Ifrc.org (2020) *El Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja hace un llamamiento por 800 millones de francos suizos para asistir a las personas más vulnerables ante el brote de COVID-19*. Available at: <https://www.ifrc.org/es/press-release/el-movimiento-internacional-cruz-roja-y-media-luna-roja-hace-llamamiento-por-800>.

infoaad.maec.es (2023) *Info@OD*. Available at: <https://infoaad.maec.es/Analisis>.

Iris.paho.org (2021) *Plan estratégico de preparación y respuesta frente a la COVID-19. Orientación para la planificación operativa*. Available at: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/54499>.

ISGlobal (2022) 'Los desafíos de la cooperación internacional en la respuesta a la COVID-19'.

Islas Baleares (2020) 'IV Plan Director de la Cooperación al Desarrollo 2020-2023', pp. 1–14.

Islas Baleares (2021) 'Convocatoria cooperación 2021', pp. 8806–8809.

Islas Baleares (2022) 'Convocatoria cooperación 2022', pp. 7687–7708.

Islas Canarias (2021) 'Convocatoria cooperación 2021', *Paper Knowledge . Toward a Media History of Documents*, pp. 12–26.

Islas Canarias (2022) 'Convocatoria cooperación 2022', *Paper Knowledge . Toward a Media History of Documents*, pp. 12–26.

ITAD (2023a) 'Interim Findings Report. COVAX Formative Review and Baseline Study. Annexes'.

ITAD (2023b) 'Interim Findings Report. COVAX Formative Review and Baseline Study'.

Lamoncloa.gob.es (2021a) *El Gobierno destina ayudas a ocho comunidades autónomas para paliar los efectos de la borrasca Filomena*. Available at: <https://www.lamoncloa.gob.es/consejodeministros/resumenes/Paginas/2021/190121-cministros.aspx>.

Lamoncloa.gob.es (2021b) *España enviará 7,5 millones de vacunas a América Latina a medida que avance la campaña de vacunación nacional*. Available at: <https://www.lamoncloa.gob.es/presidente/actividades/Paginas/2021/210421-sanchezcumbre.aspx>.

Madrid (2021) 'Convocatoria cooperación y AH 2021'.

Madrid (2022) 'Convocatoria cooperación y AH 2022'.

Ministerio de Asuntos Exteriores, U. E. y C. and Ministerio de Sanidad (2021) 'Plan Acceso Universal. Compartiendo las Vacunas contra el COVID-19 "Vacunación Solidaria"'

Ministerio de Asuntos Exteriores, U. E. y C (2013) 'Estrategia de implementación del Marco De Asociación País En El Sector Salud - Bolivia'.

Ministerio de Asuntos Exteriores, U. E. y C (2015) 'Marco de Asociación País Etiopía-España 2011-2015'.

Ministerio de Asuntos Exteriores, U. E. y C (2018) 'Marco de Asociación País de ESPAÑA-BOLIVIA 2018-2021'.

Ministerio de Asuntos Exteriores Unión Europea y Cooperación [MAEC 'Marco de Asociación País. Colombia. 2020-2024'.

Ministerio de Asuntos Exteriores Unión Europea y Cooperación [MAEC'Marco de Asociación País. Guatemala. 2020-2024'.

Ministerio de Asuntos Exteriores Unión Europea y Cooperación [MAEC (2020) 'Marco de Asociación País. Honduras. 2020-2023'.

Ministerio de Asuntos Exteriores Unión Europea y Cooperación [MAEC (2020) 'Marco de Asociación País. Jordania. 2020-2024'.

Ministerio de Asuntos Exteriores Unión Europea y Cooperación [MAEC (2020) 'Marco de Asociación País. Mozambique. 2020-2024'.

Ministerio de Asuntos Exteriores Unión Europea y Cooperación [MAEC (2020) 'Marco de Asociación País. Palestina. 2020-2024'.

Ministerio de Asuntos Exteriores Unión Europea y Cooperación [MAEC (2020) 'Marco de Asociación País. Paraguay. 2020-2023'.

Ministerio de Asuntos Exteriores Unión Europea y Cooperación [MAEC] (2020) 'ESTRATEGIA DE RESPUESTA CONJUNTA DE LA COOPERACIÓN ESPAÑOLA A LA CRISIS DEL COVID-19. Afrontando la crisis para una recuperación transformadora'. Available at: <https://cpage.mpr.gob.es> (Accessed: 9 February 2023).

Ministerio de Asuntos Exteriores Unión Europea y Cooperación [MAEUC] (2022) 'Vacunas: estrategia de respuesta conjunta a la COVID-19'.



Ministerio de Asuntos Exteriores Unión Europea y Cooperación [MAEUC] (2023a) 'Puntos defensivos vacunas (12/02/2023)'.

Ministerio de Asuntos Exteriores Unión Europea y Cooperación [MAEUC] (2023b) 'Vacunas donadas a 12/02/2023'.

Ministerio de Asuntos Exteriores Unión Europea y Cooperación and Ministerio de Sanidad (2021) *PLAN ACCESO UNIVERSAL Compartiendo las Vacunas contra el COVID-19 "Vacunación solidaria"*. Available at: https://exteriores.gob.es/es/Comunicacion/Noticias/Documents/PLAN_ACCESO_UNIVERSAL-1.pdf (Accessed: 15 February 2023).

Murcia (2021) 'Plan anual de cooperación internacional para el Desarrollo'.

Navarra (2022a) 'Convocatoria AH 2022', *גאָרע*, pp. 2003–2005. Available at: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders>.

Navarra (2022b) 'Convocatoria cooperación 2022', *גאָרע*, pp. 2003–2005.

OCDE (2021) 'Converged Statistical Reporting Directives for the Creditor Reporting System (CRS) and the Annual DAC Questionnaire'. Available at: [https://www.exteriores.gob.es/es/ServiciosAlCiudadano/Documents/Cooperacion/Analista/Metodologia/DCD-DAC-STAT\(2020\)44-ADD2-FINAL.pdf](https://www.exteriores.gob.es/es/ServiciosAlCiudadano/Documents/Cooperacion/Analista/Metodologia/DCD-DAC-STAT(2020)44-ADD2-FINAL.pdf).

OCDE (2022) 'OCDE Cooperación al Desarrollo Examen de Pares: España 2022'.

OCE Etiopía (2020a) 'Virtual Session. General Approach to Patient with COVID 19'.

OCE Etiopía (2020b) 'Virtual Session. Managing People, Roles, and Resources during COVID-19 Immediate impact in the health system'.

OCE Etiopía (2020c) 'Virtual Session. Organization of Health Facilities to address the COVID-19 pandemic'.

OCE Etiopía (2020d) 'Virtual Session. Role of the Radiology Department in the COVID-19 pandemic'.

OCE Etiopía (2020e) 'Virtual Session. Situation of Intensive Care Units in the COVID-19 epidemic'.

OCE Etiopía (2021) 'Etiopía en cifras'.

Oficina de Ayuda Humanitaria [OAH] (2021a) 'Nota interior. Informe de situación pandemia COVID-19 y actuaciones de la OAH en América Latina (2020 y 2021)'.

Oficina de Ayuda Humanitaria [OAH] (2021b) 'Nota interior. Respuestas directas de emergencia de la OAH por pandemia de COVID-19 en 2020 y 2021'.

Oficina de Ayuda Humanitaria [OAH] (2022) 'Operaciones Directas de la AECID ante emergencias COVID-19. Donación de AH en especie a autoridades o actores locales (actualizado a junio de 2022)'.

OMS (2007) '60a ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD'. Available at: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHASSA_WHA60-Rec1/S/WHASS1_WHA60REC1-sp.pdf.

OMS (2008) 'Estrategia para incorporar el análisis y las acciones de género en las actividades de la OMS'. Available at: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44046>.

paho.org (no date) *El exceso de mortalidad asociada a la pandemia de la COVID-19 fue de 14,9 millones de muertes en 2020 y 2021*. Available at: <https://www.paho.org/es/noticias/5-5-2022-exceso-mortalidad-asociada-pandemia-covid-19-fue-149-millones-muertes-2020-2021>.

País Vasco (2021a) 'Convocatoria AH 2021', *Boletín oficial del País Vasco*, p. 24. Available at: <http://www.jusap.ejgv.euskadi.eus/r47-bopvapps/es/bopv2/datos/2013/08/1303530a.pdf>.

País Vasco (2021b) 'Convocatoria cooperación 2021', *Boletín oficial del País Vasco*, p. 24. Available at: <http://www.jusap.ejgv.euskadi.eus/r47-bopvapps/es/bopv2/datos/2013/08/1303530a.pdf>.

País Vasco (2022a) 'Convocatoria AH 2022', *Boletín oficial del País Vasco*, p. 24. Available at: <http://www.jusap.ejgv.euskadi.eus/r47-bopvapps/es/bopv2/datos/2013/08/1303530a.pdf>.

País Vasco (2022b) 'Convocatoria cooperación 2022', *Boletín oficial del País Vasco*, p. 24. Available at: <http://www.jusap.ejgv.euskadi.eus/r47-bopvapps/es/bopv2/datos/2013/08/1303530a.pdf>.

PROEVAL Consultores (2022) *Evaluación del V Plan Director de la Cooperación Española. Informe final (febrero 2022)*.

Stats.oecd.org (no date) *OECD Creditor Reporting System (CRS)*. Available at: <https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=CRS1#>.

U.S. Department of State (2022) 'Chairs' Statement on the COVID-19 Global Action Plan (GAP) Ministerial (23/09/2022)'.

unicef.org (no date) *COVID-19 Market Dashboard | UNICEF Supply Division*. Available at: <https://www.unicef.org/supply/covid-19-market-dashboard> (Accessed: 8 February 2023).



Referencias Estudio de caso Etiopía

MAEC (2015) 'Marco de Asociación País Etiopía-España 2011-2021'.

MAEC (2022) 'Marco de Asociación País Etiopía-España 2022-2027'.

OCE Etiopía (2020a) 'Virtual Session. General Approach to Patient with COVID-19'.

OCE Etiopía (2020b) 'Virtual Session. Managing People, Roles, and Resources during COVID-19 Immediate impact in the health system'.

OCE Etiopía (2020c) 'Virtual Session. Organization of Health Facilities to address the COVID-19 pandemic'.

OCE Etiopía (2020d) 'Virtual Session. Role of the Radiology Department in the COVID-19 pandemic'.

OCE Etiopía (2020e) 'Virtual Session. Situation of Intensive Care Units in the COVID-19 epidemic'.

OCE Etiopía (2021) 'Etiopía en cifras'.

unicef.org (no date) *COVID-19 Market Dashboard* | *UNICEF Supply Division*. Available at: <https://www.unicef.org/supply/covid-19-market-dashboard> (Accessed: 8 February 2023).



9. ANÁLISIS DOCUMENTAL

| Categoría | Documentos | Referencias |
|--|--|---|
| Estrategias | Estrategia y Plan | (Ministerio de Asuntos Exteriores Unión Europea y Cooperación [MAEC], 2020; Ministerio de Asuntos Exteriores Unión Europea y Cooperación and Ministerio de Sanidad, 2021) |
| AECID | Documentos de formulación de proyectos auspiciados bajo el Programa Global de Salud COVID-2019 | (AECID, 2022e, 2022d; Doc, 2022e, 2022h, 2022d, 2022f, 2022g) |
| | Resoluciones para la convocatoria y concesión de proyectos (2022) y convenios (2022-2025) de cooperación para el desarrollo | (AECID, 2022k, 2022l, 2022j, 2022i, 2022a, 2022b) |
| | Documentos internos de acciones de la Oficina de Ayuda Humanitaria (OAH) | (Oficina de Ayuda Humanitaria [OAH], 2021b, 2021a, 2022) |
| | Marcos de Asociación País (MAP) posteriores a la Estrategia y síntesis de una evaluación relevante de tres MAP | (DGPOLDES, 2020c, 2020g, 2020d, 2020b, 2020e, 2020a, 2020f; Doc, 2023a) |
| | Evaluación del V PD de la Cooperación Española | (DGPOLDES, 2022) |
| AOD | Desglose de contribuciones públicas estimadas por tipo de respuesta y prioridad de la Estrategia (a marzo de 2022) | (Doc, 2022c, 2022b) |
| | Volcado de microdatos AOD de los años 2018 a 2021 | (infoaod.maec.es, 2023) |
| Team Europe | Datos e infografías sobre la respuesta de las instituciones europeas y de <i>Team Europe</i> al COVID-19 a diciembre de 2021 | (Comisión Europea [CE], 2021c, 2021a, 2021b) |
| | Evaluación de la respuesta inicial de la UE a la crisis COVID-19 | (ADE, 2022) |
| Comercio | Documento interno sobre comisión consultiva de negociaciones comerciales internacionales | (Doc, 2022n) |
| COVAX | Revisión formativa y estudio de base para el COVAX | (ITAD, 2023a, 2023b) |
| DGPOLDES -SG de Políticas de Desarrollo Multilateral y europeas | Documentos internos estatales relacionados con las vacunas | (Doc, 2021b, 2021d, 2023b, no date, 2021a, 2021h, 2021g, 2021c, 2021e, 2021f, 2022o, 2022a) |
| | Fichas sobre vacunas del Ministerio de Asuntos Exteriores, Unión Europea y Cooperación | (Ministerio de Asuntos Exteriores Unión Europea y Cooperación [MAEUC], 2022, 2023b, 2023a) |
| | Evaluaciones Finales MAP Bolivia, Ecuador, Perú. | (Doc, 2022d, 2022k, 2022h, 2022i, 2022b, 2022l, 2022c, 2022e) |
| | Actas de comité de seguimiento de Estrategia y Plan | (Doc, 2022j, 2022f; U.S. Department of State, 2022;) |
| | Otra documentación interna | |
| Prensa | Noticia en medio digital: España, quinto donante de vacunas contra la COVID-19 | (europapress.es, 2023) |
| Documentos de Planificación y documentos de convocatorias de la CE | Planes directores | (Extremadura, 2018; Aragón, 2020; Comunidad Foral de Navarra, 2020; Islas Baleares, 2020; Canarias, 2021; Comunitat Valenciana, 2021; Castilla y León, 2022b; Cantabria, 2023) |
| | Planes anuales | (Extremadura, 2020, 2021c; AECID, 2021c; Aragón, 2021, 2022, 2023; Galicia, 2021, 2022, 2023; Murcia, 2021) |
| | Convocatorias de cooperación y AH | (AECID, 2021a, 2021b; Extremadura, 2021a, 2021b, 2022b, 2022a; Islas Baleares, 2021, 2022; Islas Canarias, 2021; AECID, 2022l; Islas Canarias, 2022; Madrid, 2021, 2022; País Vasco, 2021b, 2021a, 2022a, 2022b, 2022a; AECID, 2022c; Andalucía, 2021, 2022; Cantabria, 2021, 2022; Castilla y León, 2021, 2022a; Castilla-La Mancha, 2022b, 2022a; Catalunya, 2022; Navarra, 2022a, 2022b) |
| Estudios de caso | Bolivia | (AECID, 2013, 2018, 2022d, 2022f; DGPOLDES, 2022) |
| | Etiopía | (AECID, 2015, 2022g, 2022e; OCE Etiopía, 2020d, 2020c, 2020e, 2020b, 2021) |



10. ANEXOS

Anexo I. Análisis de Evaluabilidad

| | Pregunta | Evaluabilidad | Detalles |
|------|---|---------------|---|
| PE01 | 1. ¿En qué medida la Estrategia y Plan han tenido en cuenta las prioridades y necesidades de los países y se han llevado a cabo tras un proceso de diálogo con ellos? | Alta | El análisis se centraría en la documentación que dé soporte a los procesos de diálogo, la respuesta de las OTC de AECID a la encuesta, la valoración de AECID, y podría focalizarse en el estudio de caso. La evaluabilidad se considera alta si se puede triangular esa estrategia. |
| PE02 | 2. ¿En qué medida la Estrategia y el Plan han sido suficientemente flexibles para adaptarse a las necesidades y evolución de la crisis? | Alta | Se trabajará en el análisis macro, meso y micro. Será importante el respaldo documental para analizar el respaldo de esa flexibilidad, así como las diferentes entrevistas. Habrá que analizar los instrumentos de cooperación y de planificación. La evaluabilidad se considera alta si se puede triangular esa estrategia. |
| PE03 | 3. ¿Cómo se han adaptado las prioridades de la CE a las incorporadas por la Estrategia de Respuesta y el Plan de Acceso? | Alta | Se trabajará en el análisis macro, meso y micro. Será importante el respaldo documental para analizar el respaldo de esa flexibilidad, así como las diferentes entrevistas. Habrá que analizar los instrumentos de cooperación y de planificación a nivel central como descentralizado. La evaluabilidad se considera alta si se puede triangular esa estrategia. |
| PE04 | 4. ¿Se ha llevado a cabo un análisis de riesgos, estableciendo medidas de mitigación? | Media | La respuesta se centrará en el análisis documental (matriz de riesgos, sistema de seguimiento, etc.), con apoyo en la valoración de los procesos de coordinación a través de cuestionarios y entrevistas. Existe un riesgo de ausencia de información, por lo que la evaluabilidad sería media. |
| PE05 | 5. ¿Hasta qué grado la utilización de los diferentes instrumentos de respuesta de la Estrategia y las vías de canalización del Plan han sido adecuados y ha contribuido a la consecución de los objetivos y las prioridades establecidos en la Estrategia y en el Plan? ¿Cuáles han sido las ventajas e inconveniente de cada uno de ellos? | Media | La base de la respuesta será el análisis documental y las entrevistas con actores. No existen evidencias en la documentación con la que se cuenta hasta el momento, por lo que se está a expensas de la información cualitativa y cuantitativa. La evaluabilidad sería media. |
| PE06 | 6. ¿En qué medida se han llevado a cabo los mecanismos de transparencia y rendición de cuentas? | Media | La base de la respuesta será el análisis documental y las entrevistas con actores. No existen evidencias en la documentación con la que se cuenta hasta el momento, por lo que se está a expensas de la información cualitativa y cuantitativa. La evaluabilidad sería media. |
| PE07 | 7. ¿Hasta qué punto los instrumentos elegidos han contribuido a la consecución de los objetivos y las prioridades establecidos en la Estrategia y en el Plan? | Eliminable | Está muy relacionada con la PE5 ya que la consideración de adecuados de la PE5 se relacionará con adecuación para la consecución de objetivos y prioridades. Se incluye en la P5 "y han contribuido a la consecución de los objetivos y las prioridades establecidos en la Estrategia y en el Plan" |



>>

| | Pregunta | Evaluabilidad | Detalles |
|------|--|---------------|---|
| PE08 | 8. ¿Cuál ha sido el nivel de logro y grado de cumplimiento en la consecución de los objetivos y prioridades establecidas en la Estrategia y en el Plan? | Media | La evaluabilidad de esta pregunta sería baja dada la ausencia de una teoría del cambio o de indicadores o matriz de rendimiento que permitan medir la consecución de objetivos más allá de cuestiones presupuestarias. Sin embargo, las herramientas de recogida de datos insisten sobre los logros y la respuesta a esta pregunta incorporar hallazgos del resto de PE, por lo que la evaluabilidad se establece como "media". |
| PE09 | 9. ¿En qué medida se han tenido en cuenta los recursos económicos, sociales e institucionales de la CE en el diseño de la Estrategia y el Plan? ¿En qué medida los recursos y estructuras ya existentes han contribuido a la implementación de la Estrategia de respuesta y el Plan? | Alta | Esta pregunta se analizará a través del análisis documental y la información suministrada en entrevistas y cuestionarios. Se considera que existe información al respecto a partir de la AOD y sujeto al sistema de incorporación de información al sistema para considerar de evaluabilidad alta. |
| PE10 | 10. ¿Cuál ha sido el grado de movilización de recursos para cada instrumento y vías de canalización contemplados en la Estrategia y en el Plan? | Alta | Esta pregunta se analizará a través del análisis documental y la información suministrada en entrevistas y cuestionarios. Se considera que existe información al respecto a partir de la AOD y sujeto al sistema de incorporación de información al sistema para considerar de evaluabilidad alta. |
| PE11 | 11. ¿En qué grado los diferentes recursos (humanos, económicos, técnicos, etc.) han sido los adecuados para la consecución de los objetivos y prioridades previstos en la Estrategia y en Plan? ¿En qué medida los recursos y estructuras ya existentes han contribuido a la implementación de la Estrategia de respuesta y el Plan? | Eliminable | Tras la primera reunión mantenida con el Comité de Gestión de la evaluación, se vio la dificultad de trabajar en un análisis tan operativo. Se considera que la PE8 y la PE9 (a la cual se le añade la pregunta "¿En qué medida los recursos y estructuras ya existentes han contribuido a la implementación de la Estrategia de respuesta y el Plan?") aportarán información sobre recursos en relación con instrumentos. |
| PE12 | 12. ¿En qué medida las prioridades de la Estrategia y los objetivos del Plan han sido establecidos en diálogo con otros actores de la CE? ¿Son coherentes con los instrumentos contemplados? | Media | La pregunta establece una relación entre coordinación e instrumentos. Los sistemas de coordinación se pueden analizar a través de la información ya disponible y de las entrevistas. En cambio, la definición de los instrumentos dependerá de las entrevistas, por lo que la evaluabilidad sería media. |
| PE13 | 13. ¿Cómo ha sido la coordinación entre respuesta e instrumentos con otras estrategias dentro del contexto de la OCDE/UE/NNUU? ¿Cuál ha sido el valor añadido de la CE frente a la Unión Europea y otros socios de cooperación internacionales? | Alta | Sería necesario incorporar en la agenda a actores de OCDE/UE/NNUU ya que con la información disponible sólo se tiene acceso a actores de la CE. El análisis documental permite observar mecanismos de coordinación. |
| PE14 | 14. ¿Cuál ha sido el grado de coordinación entre los diferentes instrumentos y vías de canalización utilizados? | Alta | Esta pregunta se analizará a través del análisis documental y la información suministrada en entrevistas y cuestionarios. Se considera que existe información al respecto a partir de la AOD y sujeto al sistema de incorporación de información al sistema para considerar de evaluabilidad alta. |
| PE15 | 15. ¿En qué medida la coordinación y la división del trabajo con otros actores y países han contribuido a la consecución de las prioridades de la Estrategia/ Plan? | Alta | Los sistemas de coordinación se pueden analizar a través de la información ya disponible y de las entrevistas. La evaluabilidad sería alta. |
| PE16 | 16. ¿En qué medida las acciones de intervención de la Estrategia y el Plan se están transformando en dinámicas permanentes y siendo adoptadas, replicadas y escaladas por los países socios? | Media | Este análisis solo se abordará a través del estudio de caso y del Programa Global de Salud COVID-19 (considerándolo como parte de la Estrategia). La evaluabilidad sería media. |

>>



>>

| Pregunta | | Evaluabilidad | Detalles |
|----------|--|---------------|---|
| PE17 | 17. ¿Hasta qué grado se ha tenido en cuenta la inclusión de las poblaciones más desfavorecidas y el enfoque de género en el diseño de la Estrategia y del Plan? | Alta | El análisis abordará, en un primer momento, la referencia a poblaciones discriminadas o excluidas dentro de la Estrategia (en particular, dentro de su prioridad 2) y del Plan, así como en las contribuciones documentales al borrador de estos documentos. Los hallazgos se completarán a través de las entrevistas y cuestionarios. La evaluabilidad, por lo tanto, sería alta. |
| PE18 | 18. ¿Cuál ha sido el nivel de logros alcanzados en cuanto a la incorporación del enfoque de género y la inclusión de las personas más desfavorecidas a través de la Estrategia y del Plan? | Media | La ausencia de un sistema de rendimiento limita el análisis de logros en general y en particular en el ámbito de incorporación de enfoques más allá del diseño. Dicho esto, se pueden valorar algunas alternativas: 1) la identificación de términos clave, relacionados con las discriminaciones y exclusiones incluidas en la Estrategia, dentro de documentos de planificación, convocatorias y formularios de proyectos posteriores a la redacción de la Estrategia y triangular los hallazgos a través de las entrevistas y cuestionarios. 2) la comparación del % de intervenciones y financiación con marcaje de "género" y de "salud sexual y reproductiva y salud infantil" que se da entre los proyectos "relacionados con el COVID-19" y los no relacionados. Para ello, se necesitaría la base de datos completa de AOD (se dispone únicamente de los datos de intervenciones relacionadas con el COVID). |
| PE19 | 19. ¿Qué buenas prácticas y lecciones aprendidas se pueden identificar y extraer del diseño, implementación y de los resultados logrados tanto de la Estrategia como del Plan? | Media | Los guiones de los cuestionarios y entrevistas incorporarán preguntas sobre buenas prácticas y lecciones aprendidas. |



Anexo II. Relación de personas entrevistadas.

| Nº | Fecha | Institución | Persona | Cargo |
|----|---------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 1 | 28/4/23 | AEMPS | César Hernández | Director General de la Cartera Común de Servicios del SNS |
| 2 | 3/5/23 | AEMPS | María Jesús Lamas | Directora |
| 3 | 4/5/23 | AECID | Natanael Tejerina | Responsable Salud para México, Centroamérica y El Caribe |
| 4 | 4/5/23 | AECID | Miriam Ciscar Blat | Jefa del Dpto. de Cooperación Sectorial |
| 5 | 5/5/23 | DGPOLDES | Fernando Burgos Sainz | Subdirector General Adjunto S.G. Políticas de Desarrollo Multilateral y Europeas |
| 6 | 5/5/23 | DGPOLDES | Álvaro de Torres | Subdirector General de Planificación y Coherencia de Políticas |
| 7 | 8/5/23 | DGPOLDES | Eva del Hoyo | Directora General |
| 8 | 8/5/23 | SECI | Pilar Cancela | Secretaria de Estado |
| 9 | 8/5/23 | DGPOLDES | Alejandro Fernández-Mazarambroz | Subdirector General S.G. Políticas de Desarrollo Multilateral y Europeas |
| 10 | 9/5/23 | Presidencia | Oriol Escalas | Subdirector General para la Coordinación de la Presidencia Española de la UE |
| 11 | 10/5/23 | AECID | Antón Leis | Director |
| 12 | 12/5/23 | Ministerio de Sanidad | Pilar Aparicio | Dra. General de Salud Pública |
| 13 | 15/5/23 | DG ONU-MAEC | Juan Villar | Subdirector Gral. de Organismos Internacionales |
| 14 | 16/5/23 | AECID | Cristina Gutiérrez. | Jefa OAH |
| 15 | 16/5/23 | Presidencia | Pilar Sánchez-Bella | Subdirectora Dpto. de Asuntos Exteriores. |
| 16 | 16/5/23 | AECID | Alejandro Alvargonzález | Jefe de Servicio de Dip. Humanitaria |
| 17 | 17/5/23 | AECID | Elena Bravo | Unidad de evaluación y prevención |
| 18 | 17/5/23 | DG Cooperación Aragón | Susana Conde Luis | Jefa de Servicio de Cooperación. |
| 19 | 18/5/23 | DGPOLDES | Nava San Miguel Abad | Coordinadora de Estrategias Sectoriales |
| 20 | 18/5/23 | AEXCID | José Ángel Calle | Director |
| 21 | 18/5/23 | AEXCID | César Marcianes | Coordinación |
| 22 | 19/5/13 | AECID | Miguel Casado | Jefe de Área de Salud |
| 23 | 22/5/13 | UCM | José Antonio Alonso | Experto. Catedrático de Economía Aplicada |
| 24 | 23/5/23 | DGPOLDES | Pilar Moreno Fdez. | Jefa de área Coop. Descentralizada |
| 25 | 25/5/23 | CONGD de España | Felipe Noya | Responsable de Salud |
| 26 | 26/5/23 | ISGlobal | Rafael Vilasanjuan | Director |
| 27 | 30/5/23 | MOPAN | Edward Hainsworth. | Policy Analyst |
| 28 | 2/6/23 | SEPICEM | Pablo Benítez. | Gabinete SEAEG |
| 29 | 14/6/21 | ACCD | Yoya Alcoceba | Directora General Cooperación |
| 30 | 5/6/23 | DGPOLDES | Israel Senra | Estadística DGPOLDES |
| 31 | 5/6/23 | DGPOLDES | Jorge Seoane | Estadística DGPOLDES |
| 32 | 9/6/23 | Global Action Plan | Nora Toiv | Office of the Coordinator for Global COVID Response and Health Security |
| 33 | 29/5/23 | AECID | Mario Fanjul. | Coordinador OCE Etiopía |
| 34 | 6/6/23 | AECID | Juan Pita | Coordinador OCE Bolivia |
| 35 | 23/6/23 | GAVI | Daniel Thornton. | Senior Advisor, AMC Resource. Mobilisation – COVAX Facility, |
| 36 | 23/6/23 | GAVI | Eduard Molnar | Senior Resource Mobilisation Manager |
| 37 | 23/6/23 | GAVI | Beatrice Mencarelli | Donor Manager, Donor Relations & Campaigns. |
| 38 | 23/6/23 | GAVI | Laure Albert | Donor Manager, Donor Relations & Campaigns |
| 39 | 23/6/23 | GAVI | Miguel Bragagnolo | Donor Manager, Donor Relations & Campaigns. |



Anexo III. Matriz de Evaluación

| PE | PE_resumen | PE_nivel | PE_formación de juicio | PE_indicadores |
|---|---|----------------|---|---|
| 1. ¿En qué medida la Estrategia y Plan han tenido en cuenta las prioridades y necesidades de los países y se han llevado a cabo tras un proceso de diálogo con ellos? | PE01 Pertinencia y seguimiento Otros países | Diseño | Evidencia en los marcos estratégicos y documentos operativos de que la Estrategia y el Plan están explícitamente alineados con las prioridades de los gobiernos y consensuado mediante un proceso de diálogo. | <i>Grado de alineamiento con los documentos programáticos de los países.</i> |
| 2. ¿En qué medida la Estrategia y el Plan han sido suficientemente flexibles para adaptarse a las necesidades y evolución de la crisis? | PE02 Pertinencia y seguimiento Flexibilidad | Implementación | Evidencia de reorientación de la Estrategia y Plan en función de evolución del contexto. | <i>Grado de integración y adecuación de las estrategias de adaptación al cambio planteadas.</i> |
| 3. ¿Cómo se han adaptado las prioridades de la CE a las incorporadas por la Estrategia de Respuesta y el Plan de Acceso? | PE03 Pertinencia y seguimiento CE | Implementación | Existencia de cambios en la CE para alinearse con las prioridades vinculadas a: - Salvar vidas, reforzar los sistemas públicos de salud. - Proteger y recuperar los derechos, reforzar las capacidades de las personas en situación de exclusión o vulnerabilidad. - Preservar y transformar los sistemas socioeconómicos, recuperar el tejido productivo y reforzar la gobernabilidad democrática, con las personas y el planeta en el centro. | <i>Nivel de adaptación y reajuste de las prioridades de la CE para alinearse con las prioridades de la Estrategia y Plan.</i> |
| 4. ¿Se ha llevado a cabo un análisis de riesgos, estableciendo medidas de mitigación? | PE04 Pertinencia y seguimiento Riesgos | Diseño | Existencia instrumentos para el seguimiento de los factores externos y supuestos del contexto vinculados a las Teorías del Programa de la Estrategia y Plan. | <i>Grado de funcionamiento de los sistemas de gestión de riesgos y supuestos. Nivel de integración de medidas de mitigación y adecuación de las mismas.</i> |
| 5. ¿Hasta qué grado la utilización de los diferentes instrumentos de respuesta de la Estrategia y las vías de canalización del Plan han sido adecuados y ha contribuido a la consecución de los objetivos y las prioridades establecidos en la Estrategia y en el Plan? ¿Cuáles han sido las ventajas e inconveniente de cada uno de ellos? | PE05 Instrumentos Eficacia | Implementación | Evidencia de que los instrumentos utilizados (proyectos, convenios, Programa Global de Salud COVID-19 y otros instrumentos a los que se refiere la Estrategia) han sido adecuados de acuerdo con la opinión de los distintos actores implicados. Existencia de sinergias entre los instrumentos. Análisis de las ventajas e inconvenientes. | <i>Grado de consecución de los objetivos establecidos en la Estrategia y Plan.</i> |
| 6. ¿En qué medida se han llevado a cabo los mecanismos de transparencia y rendición de cuentas? | PE06 Rendición de cuentas | Implementación | Existencia de espacios para la rendición de cuentas. Implementación de mecanismos de publicidad y acceso a avances sobre resultados. | <i>Nivel de implementación de los mecanismos de transparencia y rendición de cuentas. Grado de valoración por las entidades socias de los mismos.</i> |



>>

| PE | PE_resumen | PE_nivel | PE_formación de juicio | PE_indicadores |
|--|---------------------------------|----------------|---|--|
| 7. ¿Hasta qué punto los instrumentos elegidos han contribuido a la consecución de los objetivos y las prioridades establecidos en la Estrategia y en el Plan? | - | - | | |
| 8. ¿Cuál ha sido el nivel de logro y grado de cumplimiento en la consecución de los objetivos y prioridades establecidas en la Estrategia y en el Plan? | PE08 Grado de logro | Resultados | Evidencia sobre los alcances establecidos en la Estrategia (prioridades y respuesta) y Plan (prioridades y principios). | |
| 9. ¿En qué medida se han tenido en cuenta los recursos económicos, sociales e institucionales de la CE en el diseño de la Estrategia y el Plan? ¿En qué medida los recursos y estructuras ya existentes han contribuido a la implementación de la Estrategia de respuesta y el Plan? | PE09 Instrumentos Recursos CE | Diseño | Existencia de una asignación de recursos alineada con las prioridades y principios establecidos en la Estrategia y Plan. | <i>Conformación de un plan económico financiero para la ejecución de la Estrategia y Plan.</i> |
| 10. ¿Cuál ha sido el grado de movilización de recursos para cada instrumento y vías de canalización contemplados en la Estrategia y en el Plan? | PE10 Instrumentos Volumen | Implementación | Existencia de una asignación de recursos por instrumentos y canal con los alcances establecidos en la Estrategia y Plan. | <i>Grado de adecuación de los diferentes recursos para la consecución de los objetivos y prioridades previstos en la Estrategia y en Plan.</i> |
| 11. ¿En qué grado los diferentes recursos (humanos, económicos, técnicos, etc.) han sido los adecuados para la consecución de los objetivos y prioridades previstos en la Estrategia y en Plan? ¿En qué medida los recursos y estructuras ya existentes han contribuido a la implementación de la Estrategia de respuesta y el Plan? | - | - | | |
| 12. ¿En qué medida las prioridades de la Estrategia y los objetivos del Plan han sido establecidos en diálogo con otros actores de la CE? ¿Son coherentes con los instrumentos contemplados? | PE12 Coordinación Diseño | Diseño | Existencia de alianzas con CE Evidencia de compromiso con alianzas | <i>Grado de contribución de las alianzas al cumplimiento de los resultados de la Estrategia y Plan.</i> |

>>



>>

| PE | PE_resumen | PE_nivel | PE_formación de juicio | PE_indicadores |
|---|---|----------------|---|---|
| 13. ¿Cómo ha sido la coordinación entre respuesta e instrumentos con otras estrategias dentro del contexto de la OCDE/UE/NNUU? ¿Cuál ha sido el valor añadido de la CE frente a la Unión Europea y otros socios de cooperación internacionales? | PE13 Coordinación Internacional | Implementación | Existencia de alianzas con otras intervenciones complementarias Evidencia de compromiso con alianzas Existencia de caracteres propios en el modelo de intervención de la CE | <i>Nivel de opinión de las entidades socias sobre el trabajo de la CE en contraste con otras entidades.</i> |
| 14. ¿Cuál ha sido el grado de coordinación entre los diferentes instrumentos y vías de canalización utilizados? | PE14 Instrumentos Coordinación | Implementación | Existencia de planes de coordinación operativa conjunta entre actores. | <i>Nivel de efectividad de los sistemas de coordinación establecidos entre los instrumentos y vías de canalización para el alcance de los resultados previstos.</i> |
| 15. ¿En qué medida la coordinación y la división del trabajo con otros actores y países han contribuido a la consecución de las prioridades de la Estrategia/Plan? | PE15 Coordinación Ejecución | Resultados | | |
| 16. ¿En qué medida las acciones de intervención de la Estrategia y el Plan se están transformando en dinámicas permanentes y siendo adoptadas, replicadas y escaladas por los países socios? | PE16 Sostenibilidad | Resultados | Apropiación por parte de las entidades socias de los países de intervención de los productos y servicios promovidos por la Estrategia y Plan. | <i>Nivel de valoración de las entidades socias de los servicios y productos.</i> <i>Grado de apropiación de los mismos.</i> |
| 17. ¿Hasta qué grado se ha tenido en cuenta la inclusión de las poblaciones más desfavorecidas y el enfoque de género en el diseño de la Estrategia y del Plan? | PE17 Enfoques transversales Diseño | Diseño | Existencia de diagnósticos de género, y derechos y discriminación o exclusiones de poblaciones desfavorecidas. Valoración de los aspectos sugeridos por DGPOLDES en sus comentarios a la propuesta técnica (existencia de proceso de consulta con actores especializados, vinculación de la Estrategia con derechos sexuales y reproductivos, inclusión del problema femenino de la sobrecarga de cuidados, inclusión de discriminaciones, coherencia entre diseño y ejecución) | <i>Nivel de integración de las necesidades identificadas de género y vulnerabilidad en la Teoría del Programa de la Estrategia y Plan.</i> |
| 18. ¿Cuál ha sido el nivel de logros alcanzados en cuanto a la incorporación del enfoque de género y la inclusión de las personas más desfavorecidas a través de la Estrategia y del Plan? | PE18 Enfoques transversales Ejecución | Resultados | Existencia de una articulación conjunta y transversal de componentes de la Estrategia y Plan desde un enfoque de género, derechos, y vulnerabilidad. | <i>Grado de atribución de la Estrategia y Plan al alcance de los indicadores específicos de género y vulnerabilidad.</i> |

>>



>>

| PE | PE_resumen | PE_nivel | PE_formación de juicio | PE_indicadores |
|--|--|----------|--|----------------|
| 19. ¿Qué buenas prácticas y lecciones aprendidas se pueden identificar y extraer del diseño, implementación y de los resultados logrados tanto de la Estrategia como del Plan? | PE19 Buenas prácticas y lecciones aprendidas | Todos | Existencia de buenas prácticas identificadas por los actores o recogidas por la literatura | |



Anexo IV. Estrategia y Plan en planes y convocatorias

Menciones

Las tablas presentadas a continuación informan sobre la mención (1) o no mención (0) explícita de la Estrategia y el Plan en los **planes directores** (Extremadura, 2018; Aragón, 2020; Comunidad Foral de Navarra, 2020; Islas Baleares, 2020; Canarias, 2021; Comunitat Valenciana, 2021; Castilla y León, 2022b; Cantabria, 2023), **planes anuales** (Extremadura, 2020, 2021c; AECID, 2021c; Aragón, 2021; Galicia, 2021; Murcia, 2021; Aragón, 2022; Galicia, 2022; Aragón, 2023; Galicia, 2023), y **convocatorias de cooperación y ayuda humanitaria** (AECID, 2021a, 2021b; Extremadura, 2021a, 2021b, 2022b, 2022a; Islas Baleares, 2021, 2022; Islas Canarias, 2021; AECID, 2022b; Islas Canarias, 2022; Madrid, 2021, 2022; País Vasco, 2021b, 2021a, 2022a, 2022b, 2022a; AECID, 2022a; Andalucía, 2021, 2022; Cantabria, 2021, 2022; Castilla y León, 2021, 2022a; Castilla-La Mancha, 2022b, 2022a; Catalunya, 2022; Navarra, 2022a, 2022b) de la AECID y de las distintas CCAA.

Las celdas en blanco implican que el documento no estaba disponible para su análisis, o bien que tiene un inicio de vigencia previo a la publicación de la Estrategia o el Plan.

Menciones a la Estrategia en planes (directores y anuales) y convocatorias

| Región | Documento | | Mención (sí: 1 / no: 0) | | | |
|---------------------|--------------|-------------|-------------------------|------|------|------|
| | | | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 |
| España (AECID) | plan | anual | | 0 | | |
| | convocatoria | AH | | 0 | 0 | |
| | | cooperación | | 1 | 1 | |
| La Rioja | plan | anual | | | 1 | |
| | convocatoria | cooperación | | 0 | 0 | |
| C. de Madrid | plan | director | | 1 | | |
| | convocatoria | mixto | | 0 | 0 | |
| C. Foral de Navarra | plan | director | 1 | | | |
| | convocatoria | AH | | 0 | 0 | |
| | | cooperación | | | 0 | 0 |
| C. Valenciana | plan | director | | 1 | | |
| | convocatoria | AH | | 0 | 0 | |
| | | cooperación | | | 0 | 0 |
| Galicia | plan | anual | | 1 | 0 | 0 |
| | convocatoria | AH | | 0 | 0 | |
| | | cooperación | | | 0 | 0 |
| Región de Murcia | plan | anual | | 1 | | |
| | convocatoria | AH | | 0 | 0 | |
| | | cooperación | | | 0 | 0 |
| Andalucía | plan | director | 0 | | | |
| | convocatoria | mixto | | 0 | 0 | |
| Aragón | plan | anual | | 0 | 0 | 0 |
| | convocatoria | cooperación | | 0 | 0 | |
| Canarias | plan | director | | 0 | | |



>>

| Región | Documento | | Mención (sí: 1 / no: 0) | | | |
|------------------------|--------------|-------------|-------------------------|------|------|------|
| | | | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 |
| Cantabria | plan | director | | | | 0 |
| | convocatoria | cooperación | | 0 | | |
| Castilla y León | plan | director | | | 0 | |
| | convocatoria | cooperación | | 0 | 0 | |
| Castilla-La Mancha | convocatoria | cooperación | | 0 | | |
| Catalunya | plan | anual | | 0 | 0 | |
| | convocatoria | cooperación | | 0 | 0 | |
| Extremadura | plan | anual | | 0 | | |
| Islas Baleares | plan | director | | | | 0 |
| | convocatoria | cooperación | | 0 | 0 | |
| País Vasco | convocatoria | AH | | 0 | 0 | |
| | | cooperación | | 0 | 0 | |
| Principado de Asturias | plan | director | | | 1 | |

Menciones al Plan en planes (directores y anuales) y convocatorias

| Región | Documento | | Mención (sí: 1 / no: 0) | | |
|---------------------|--------------|-------------|-------------------------|------|------|
| | | | 2021 | 2022 | 2023 |
| España (AECID) | plan | anual | 1 | | |
| | convocatoria | AH | 0 | 0 | |
| | | cooperación | 0 | 0 | |
| La Rioja | plan | anual | | 1 | |
| | convocatoria | cooperación | 0 | 0 | |
| C. de Madrid | plan | director | 0 | | |
| | convocatoria | mixto | 0 | 0 | |
| C. Foral de Navarra | convocatoria | AH | 0 | 0 | |
| | | cooperación | 0 | 0 | |
| C. Valenciana | plan | director | 0 | | |
| | convocatoria | AH | 0 | 0 | |
| | | cooperación | 0 | 0 | |
| Galicia | plan | anual | 0 | 0 | 0 |
| | convocatoria | AH | 0 | 0 | |
| | | cooperación | 0 | 0 | |
| Región de Murcia | plan | anual | 0 | | |
| | convocatoria | AH | 0 | 0 | |
| | | cooperación | 0 | 0 | |
| Andalucía | convocatoria | mixto | 0 | 0 | |
| Aragón | plan | anual | 0 | 0 | 0 |
| | convocatoria | cooperación | 0 | 0 | |
| Canarias | plan | director | 0 | | |
| Cantabria | plan | director | | | 0 |
| | convocatoria | cooperación | 0 | | |

>>

>>

| Región | Documento | | Mención (sí: 1 / no: 0) | | |
|------------------------|--------------|-------------|-------------------------|------|------|
| | | | 2021 | 2022 | 2023 |
| Castilla y León | plan | director | | 0 | |
| | convocatoria | cooperación | 0 | 0 | |
| Castilla-La Mancha | convocatoria | cooperación | 0 | | |
| Catalunya | plan | anual | 0 | 0 | |
| | convocatoria | cooperación | 0 | 0 | |
| Extremadura | plan | anual | 0 | | |
| Islas Baleares | plan | director | | | 0 |
| | convocatoria | cooperación | 0 | 0 | |
| País Vasco | convocatoria | AH | 0 | 0 | |
| | | cooperación | 0 | 0 | |
| Principado de Asturias | plan | director | | 0 | |

Referencias

AECID (2021a) 'Convocatoria AH 2021', pp. 1–6.

AECID (2021b) 'Convocatoria cooperación 2021', p. 6.

AECID (2021c) 'Plan anual. CE. Comunicación 2021 de la Cooperación Española'. Available at: http://www.exteriores.gob.es/Portal/es/SalaDePrensa/Multimedia/Publicaciones/Documents/Cooperacion/Analista/2021/Previsiones/Comunicacion_2021.pdf.

AECID (2022a) 'Convocatoria cooperación 2022', pp. 1–80.

AECID (2022b) 'Resolución de la Presidencia de la AECID. Convocatoria de subvenciones para la realización de proyectos de cooperación para el desarrollo y Educación para el desarrollo y la ciudadanía global 2022'.

Andalucía (2021) 'Convocatoria cooperación y AH 2021', pp. 19–21.

Andalucía (2022) 'Convocatoria cooperación y AH 2022', *Nucl. Phys.*, pp. 104–116.

Aragón (2020) 'Plan Director de la cooperación aragonesa para el desarrollo 2020 - 2023'.

Aragón (2021) 'Plan anual de la cooperación aragonesa para el desarrollo 2021'.

Aragón (2022) 'Plan anual de la cooperación aragonesa para el desarrollo 2022'.

Aragón (2023) 'Plan anual de la cooperación aragonesa para el desarrollo 2023'.

Canarias (2021) 'II PLAN DIRECTOR DE COOPERACIÓN CANARIA 2021-2024'. Available at: <https://www.gobiernodecanarias.org/cmmsgobcan/export/sites/presidencia/vae/descargas/II-Plan-Director-de-Cooperacion-Canaria-2021-2024.pdf> (Accessed: 16 March 2023).

Cantabria (2021) 'Convocatoria cooperación 2021', pp. 1–14.

Cantabria (2022) 'Convocatoria cooperación 2022', pp. 1–14.

Cantabria (2023) 'III Plan Director de Cooperación al Desarrollo de la Comunidad Autónoma de Cantabria 2023-2026'. Available at: <https://cantabriacoopera.es/documents/6204219/21136466/III+Plan+director+de+Cooperacion+al+Desarrollo+Cantabria.pdf/c89b315b-4cad-d661-12c7-d97dcc215d4e?t=1671186071680> (Accessed: 16 March 2023).

Castilla-La Mancha (2022a) 'Convocatoria AH 2022', *Paper Knowledge . Toward a Media History of Documents*, pp. 12–26.

Castilla-La Mancha (2022b) 'Convocatoria cooperación 2022', *Revision De Literatura Cuidados De Enfermería Para Efectuar La Posición En Decúbito Prono En Personas Con Síndrome Respiratorio Agudo*, pp. 1–5.

Castilla y León (2021) 'Convocatoria cooperación 2021', *Paper Knowledge . Toward a Media History of Documents*, pp. 12–26.

Castilla y León (2022a) 'Convocatoria cooperación 2022', *Boletín Oficial de Castilla y León*, pp. 14058–14079.



Castilla y León (2022b) 'IV PLAN DIRECTOR DE COOPERACIÓN PARA EL DESARROLLO 2022-2025'. Available at: <https://transparencia.jcyl.es/participacion/Participación Transparencia/IV Plan Director Cooperación.pdf> (Accessed: 16 March 2023).

Catalunya (2022) 'Convocatoria cooperación 2022', pp. 6–9.

Comunidad Foral de Navarra (2020) 'III Plan Director de la Cooperación Navarra (2021 – 2024)'. Available at: https://gobiernoabierto.navarra.es/sites/default/files/3285_anexo_iii_plan_director_de_la_cooperacion_navarra_.pdf (Accessed: 16 March 2023).

Comunitat Valenciana (2021) 'V Plan Director de la Cooperación Valenciana 2021-2024'. Available at: <https://gvaparticipa.gva.es/system/documents/attachments/000/000/039/original/f8e8a9a7e7b2c8601cf507ea2afae6295feb219.pdf> (Accessed: 16 March 2023).

Extremadura (2018) 'Plan General de cooperación extremeña 2018-2021'. Available at: https://cooperacionextremadura.es/wp-content/uploads/2021/01/plan_general_2018-2021.pdf (Accessed: 16 March 2023).

Extremadura (2020) 'Plan anual de cooperación extremeña 2021'.

Extremadura (2021a) 'Convocatoria AH 2021'.

Extremadura (2021b) 'Convocatoria cooperación 2021'.

Extremadura (2021c) 'Plan anual de cooperación extremeña 2022'.

Extremadura (2022a) 'Convocatoria AH 2022', pp. 5–12.

Extremadura (2022b) 'Convocatoria cooperación 2022'.

Galicia (2021) 'Plan anual 2021 da cooperación galega'. Available at: https://www.elankidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/copia_transparencia_planif2/es_def/adjuntos/PLAN-ANUAL-2021.pdf.

Galicia (2022) 'Plan anual 2022 da cooperación galega'. Agencia Vasca de Cooperación al Desarrollo. Available at: https://www.elankidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/planificacion_avcd/es_def/adjuntos/PLAN ANUAL 2022-version-marzo 2022.pdf.

Galicia (2023) 'Plan anual 2023 da cooperación galega'.

Islas Baleares (2020) 'IV Plan Director de la Cooperación al Desarrollo 2020-2023', pp. 1–14.

Islas Baleares (2021) 'Convocatoria cooperación 2021', pp. 8806–8809.

Islas Baleares (2022) 'Convocatoria cooperación 2022', pp. 7687–7708.

Islas Canarias (2021) 'Convocatoria cooperación 2021', *Paper Knowledge . Toward a Media History of Documents*, pp. 12–26.

Islas Canarias (2022) 'Convocatoria cooperación 2022', *Paper Knowledge . Toward a Media History of Documents*, pp. 12–26.

Madrid (2021) 'Convocatoria cooperación y AH 2021'.

Madrid (2022) 'Convocatoria cooperación y AH 2022'.

Murcia (2021) 'Plan anual de cooperación internacional para el Desarrollo'.

Navarra (2022a) 'Convocatoria AH 2022', אָרָא, pp. 2003–2005. Available at: <https://www.who.int/newsroom/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders>.

Navarra (2022b) 'Convocatoria cooperación 2022', אָרָא, pp. 2003–2005.

País Vasco (2021a) 'Convocatoria AH 2021', *Boletín oficial del País Vasco*, p. 24. Available at: <http://www.jusap.ejgv.euskadi.eus/r47-bopvapps/es/bopv2/datos/2013/08/1303530a.pdf>.

País Vasco (2021b) 'Convocatoria cooperación 2021', *Boletín oficial del País Vasco*, p. 24. Available at: <http://www.jusap.ejgv.euskadi.eus/r47-bopvapps/es/bopv2/datos/2013/08/1303530a.pdf>.

País Vasco (2022a) 'Convocatoria AH 2022', *Boletín oficial del País Vasco*, p. 24. Available at: <http://www.jusap.ejgv.euskadi.eus/r47-bopvapps/es/bopv2/datos/2013/08/1303530a.pdf>.

País Vasco (2022b) 'Convocatoria cooperación 2022', *Boletín oficial del País Vasco*, p. 24. Available at: <http://www.jusap.ejgv.euskadi.eus/r47-bopvapps/es/bopv2/datos/2013/08/1303530a.pdf>.



Anexo V. Términos de Referencia para la evaluación de la Estrategia de Respuesta Conjunta de la Cooperación Española a la crisis del COVID-19 y el Plan de Acceso Universal

1. Antecedentes y contexto

La **Estrategia de Respuesta conjunta de la Cooperación Española** (CE) (en adelante Estrategia) se diseñó para proporcionar una respuesta coherente del conjunto de la CE, en línea con la respuesta global de la Unión Europea (UE) ante la crisis provocada por la pandemia del COVID-19. Al ser una crisis multidimensional —sanitaria, social, económica y fuertemente ligada a la crisis medioambiental— ha tenido el potencial no sólo de causar ingentes pérdidas humanas, sino también de revertir los progresos sociales de reducción de la pobreza y el hambre de las últimas décadas, así como de retrocesos en cumplimiento de derechos humanos y en gobernabilidad democrática —suspensión de procesos electorales en países, acceso a justicia, acceso a servicios públicos, entre otras.

Por otro lado, la pandemia ha evidenciado el rol transcendental que juegan las instituciones y servicios públicos en la mitigación de la vulnerabilidad y en la garantía de los bienes públicos en todos y cada uno de los niveles de gobierno.

La crisis del COVID-19 está teniendo un impacto de enorme magnitud en los países y territorios con una mayor incidencia de pobreza y desigualdad cuyos sistemas de salud y de protección social no pueden, en gran medida, hacer frente al enorme reto que la pandemia causa. Una pandemia que se suma a otras emergencias sanitarias endémicas como el sida, la malaria, la tuberculosis o las enfermedades tropicales. A unos sistemas de salud frágiles tenemos que sumar la escasez de profesionales de la salud lo que sitúa a estos países lejos de las regiones con mejores sistemas sanitarios y mayor desempeño de su personal sanitario.

Desde su adopción en julio de 2020, la **Estrategia ha aglutinado la reacción de todas las administraciones públicas** —Gobierno de España, Comunidades y Ciudades Autónomas, Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP) y el diverso conjunto de actores que forman parte de la acción de solidaridad internacional de la sociedad española.

La Estrategia establece **tres prioridades**: salvar vidas y reforzar los sistemas de salud pública, proteger y recuperar derechos y capacidades; y preservar y transformar los sistemas socioeconómicos, recuperar el tejido productivo y reforzar la gobernabilidad democrática. Y detalla cómo se van a impulsar a través de **cuatro ámbitos**

de respuesta específicos: la ayuda de emergencia, la arena multilateral, las alianzas y la movilización ciudadana - una piedra angular de nuestra respuesta la generación del compromiso de la ciudadanía con esta visión interdependiente, cosmopolita, global y transformadora de la solución a esta crisis.

La estrategia también **establece una serie de directrices** para orientar el “cómo” se implementa la respuesta a esta crisis, desde el convencimiento de que la adaptación a la realidad de cada país, el diálogo con los países socios y su sociedad civil, incluyendo las organizaciones de mujeres y que trabajen por la defensa de sus derechos, o el refuerzo del liderazgo local —entre otros— son igual de relevantes que el “qué” y el “con qué”.

El **Plan de Acceso Universal** (en adelante Plan) se enmarca dentro de la Estrategia en una de las prioridades fundamentales “ *asegurar el acceso universal y equitativo a la vacuna de COVID-19, y a todas las vacunas, y preparar a los sistemas de salud para su distribución a toda la población, incluyendo los lugares más remotos y con especial atención a los colectivos que sufren discriminación o exclusión social y aquellos colectivos con discapacidad, garantizando el acceso a la misma de todas las mujeres y niñas. En definitiva, es fundamental dar la consideración de bienes públicos a las futuras vacunas y tratamientos contra el Coronavirus del Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SARS-CoV-2).*”

El **objetivo a nivel global del Plan** es contribuir a la vacunación de un significativo porcentaje de la población mundial mediante el apoyo al acceso rápido a la vacuna de los países y las personas con mayor dificultad de hacerlo, utilizando también para ello dosis provenientes de la dotación de vacunas adquiridas por España, sin perjuicio del proceso de vacunación del conjunto de la población española.

El acceso universal, equitativo y asequible a las herramientas de combate a la pandemia ha guiado el compromiso de España, tanto en la promoción en todos los foros del enfoque de bien público global, como en la promoción como socio fundador de la iniciativa ACT-A (“Access to COVID-19 Tools- Accelerator”). Esta iniciativa representa el núcleo de la respuesta multilateral para hacer efectivo el acceso universal, equitativo y asequible a las herramientas de lucha contra la pandemia, incluido el desarrollo y distribución de las vacunas.

La respuesta internacional a la pandemia, se articula principalmente en torno a la iniciativa ACT-A, que se construye sobre tres pilares: prevención (vacunas), diagnóstico y tratamiento; y un elemento transversal, el refuerzo de los sistemas de salud.

España es uno de los colideres de ACT-A. El pilar dedicado a vacunas se articula a través del COVAX-Facility,



una iniciativa co-liderada por GAVI (la Alianza de Vacunas) y CEPI (Coalición para la Innovación en la Preparación contra Epidemias), cuyo objetivo principal es acelerar el desarrollo y fabricación de vacunas contra la COVID-19 y asegurar el acceso, a todos los países, de la vacuna de manera justa y equitativa.

Dentro de COVAX, España ha aprobado la donación de 50 millones de euros al Compromiso de Mercado Avanzado (AMC, por sus siglas en inglés), a través de GAVI. España, asimismo, ha aprobado una contribución financiera a CEPI por valor de 75 millones de euros.

Además, en tanto que miembro de la Unión Europea y dentro de lo que se denomina "Team Europe", España participa en las contribuciones de la Unión Europea a COVAX, así como en la definición de la política europea de cooperación internacional como respuesta a la pandemia.

Las **prioridades del Plan** se enfocan hacia la población refugiada desplazada y solicitantes de asilo especialmente en contextos humanitarios, a los Países Menos Adelantados aun cubiertos por AMC y a los Países Socios de la CE donde no esté garantizado el acceso del 20% prioritario de la población y no estén incluidos en el AMC.

El **Plan establece seis vías para canalizar la** contribución en especie de vacunas que pudiera realizar España: vía COVAX, VAS, vía mecanismo de donación de la UE, vía Oficina de Acción Humanitaria y ECHO, organizaciones multilaterales y regionales, asignación directa bilateral y reserva estratégica.

2. Alcance y objetivos de la evaluación

La evaluación, prevista tanto en la Estrategia como en el Plan, constituye un momento relevante ya que permitirá a los diferentes actores implicados analizar de manera conjunta tanto su enfoque como su lógica de trabajo, así como valorar las principales contribuciones en el periodo 2020-2022, y los desafíos de cara a un nuevo proceso de estrategia ante futuras posibles pandemias.

La evaluación de la Estrategia y del Plan **será una evaluación externa que comprenderá el periodo 2020-2022.**

La evaluación tendrá por audiencia:

- La Cooperación Española y sus socios en los países.
- Grupos de Trabajo de la Administración General del Estado y Comisión de Seguimiento de la Estrategia.

Los **objetivos** de la evaluación final de la Estrategia y del Plan son los siguientes:

- Valorar si las prioridades del Plan y la Estrategia responden a las necesidades y capacidades de los países y se han establecido en diálogo con las instituciones.
- Analizar la flexibilidad de la Estrategia y el Plan de adaptarse al contexto cambiante de la crisis.
- Valorar la adecuación de los instrumentos de respuesta y vías de canalización utilizados para la consecución de las prioridades y objetivos establecidos en la Estrategia y en el Plan.
- Analizar si los mecanismos de coordinación y división de trabajo han sido eficaces para dar respuesta a las necesidades de los países.
- Valorar el grado de avance de los logros y resultados alcanzados a través en la Estrategia y el Plan.
- Valorar el grado de transversalización del enfoque de género y la inclusión de las poblaciones más desfavorecidas en el diseño e implementación de la Estrategia y el Plan, y su contribución específica a los objetivos de no dejar a nadie atrás y de una cooperación con enfoque de género.
- Valorar la contribución de la Estrategia y Plan a la Agenda2030 y la consecución de los ODS, en especial, en el ODS3 y ODS17.
- Identificar buenas prácticas y extraer lecciones aprendidas de cara a futuras posibles pandemias.
- Identificar, en función de la documentación preliminar analizada, una propuesta para realizar un estudio de caso.
- Contribuir a una mayor transparencia y rendición de cuentas.

3. Dimensiones y preguntas de evaluación

Para dar respuesta a los objetivos de la evaluación planteados, se tendrán en cuenta las siguientes **dimensiones de análisis**: diseño, implementación y resultados.

- El **diseño**. Se refiere al modo en que se concibieron y se elaboraron la Estrategia y el Plan. Se analizará la relevancia en relación al contexto de los países, la eficiencia en relación a las capacidades de la CE, la coherencia de la Estrategia y el Plan entre los diferentes elementos que la conforman y en relación con la coordinación y complementariedad entre los actores de la CE y con otros actores internacionales de desarrollo y la eficacia en referencia a los riesgos y medidas de mitigación previstas
- La **implementación**. En esta dimensión se analizará la flexibilidad y la adaptabilidad de los instrumentos y vías de canalización utilizados ante el contexto de crisis, la coherencia a través de la coordinación y armonización entre los actores de la CE y con otras instituciones internacionales de desarrollo, la idoneidad del uso de los diferentes instrumentos y vías de canalización, así como la eficiencia en el uso de los

recursos de la CE y los mecanismos de rendición de cuentas establecidos.

- Los **resultados**. Se valorarán las acciones llevadas a cabo para la distribución de las vacunas, así como el nivel de los logros alcanzados en el cumplimiento de los compromisos adquiridos, la contribución del uso de los diferentes instrumentos y vías de canalización a estos logros y los logros conseguidos en cuanto a la incorporación de los enfoques de género y de inclusión de las personas más desfavorecidas.

Para cada una de las dimensiones se proponen las siguientes preguntas, aunque la matriz de evaluación completa debe complementarse según la tabla del Anexo III. Tras una primera revisión documental, el equipo evaluador revisará las preguntas de evaluación y analizará el interés explícito y la factibilidad de abarcarlas, de forma que puedan ajustarse de manera fundamentada a las necesidades informativas y a los recursos necesarios para llevarlas a cabo en términos de acceso a la información y del tiempo y los recursos previstos para la evaluación.

Preguntas de evaluación

1. Dimensión de Diseño

Relevancia

1. ¿En qué medida la Estrategia y Plan han tenido en cuenta las prioridades y necesidades de los países y se han llevado a cabo tras un proceso de diálogo con ellos?

Eficacia

2. ¿Se ha llevado a cabo un análisis de riesgos, estableciendo medidas de mitigación?

Eficiencia

3. ¿En qué medida se han tenido en cuenta los recursos económicos, sociales e institucionales de la CE en el diseño de la Estrategia y el Plan?

Coherencia

4. ¿En qué medida las prioridades de la Estrategia y los objetivos del Plan han sido establecidos en diálogo con otros actores de la CE? ¿Son coherentes con los instrumentos contemplados?

Transversalización de enfoques

5. ¿Hasta qué grado se ha tenido en cuenta la inclusión de las poblaciones más desfavorecidas y el enfoque de género en el diseño de la Estrategia y del Plan?

2. Dimensión de Implementación

Relevancia

6. Ante el contexto de crisis ¿En qué medida la Estrategia y el Plan han sido suficientemente flexible para adaptarse a las necesidades y evolución de la crisis?
7. ¿Cómo se han adaptado las prioridades de la CE a las incorporadas por la Estrategia de Respuesta y el Plan de Acceso?

Eficacia

8. ¿Hasta qué grado la utilización de los diferentes instrumentos de respuesta de la Estrategia y las vías de canalización del Plan han sido adecuados? ¿Cuáles han sido las ventajas e inconveniente de cada uno de ellos?
9. ¿En qué medida se han llevado a cabo los mecanismos de transparencia y rendición de cuentas?

Eficiencia

10. ¿Cuál ha sido el grado de movilización de recursos para cada instrumento y vías de canalización contemplados en la Estrategia y en el Plan?
11. ¿En qué grado los diferentes recursos (humanos, económicos, técnicos, etc.) han sido los adecuados para la consecución de los objetivos y prioridades previstos en la Estrategia y en Plan? ¿En qué medida los recursos y estructuras ya existentes han contribuido a la implementación de la Estrategia de respuesta y el Plan?

Coherencia

12. ¿Cómo ha sido la coordinación entre respuesta e instrumentos con otras estrategias dentro del contexto de la OCDE/UE/NNUU? ¿Cuál ha sido el valor añadido de la CE frente a la Unión Europea y otros socios de cooperación internacionales?
13. ¿Cuál ha sido el grado de coordinación entre los diferentes instrumentos y vías de canalización utilizados?

3. Dimensión de Resultados

Eficacia

14. ¿Hasta qué punto los instrumentos elegidos han contribuido a la consecución de los objetivos y las prioridades establecidos en la Estrategia y en el Plan?
15. ¿Cuál ha sido el nivel de logro y grado de cumplimiento en la consecución de los objetivos y prioridades establecidas en la Estrategia y en el Plan?

Coherencia

16. ¿En qué medida la coordinación y la división del trabajo con otros actores y países han contribuido a la consecución de las prioridades de la Estrategia/Plan?

Transversalidad de enfoques

17. ¿Cuál ha sido el nivel de logros alcanzados en cuanto a la incorporación del enfoque de género y la inclusión de las personas más desfavorecidas a través de la Estrategia y del Plan?

Buenas prácticas y Lecciones aprendidas

18. ¿Qué buenas prácticas y lecciones aprendidas se pueden identificar y extraer del diseño, implementación y de los resultados logrados tanto de la Estrategia como del Plan?



4. Metodología

Durante la evaluación se abordarán principalmente los elementos relativos a la propia Estrategia y el Plan como marco de actuación (**nivel macro**), los ámbitos de respuesta de la Estrategia y las vías de canalización del Plan (**nivel meso**), y el análisis sobre la distribución de las vacunas y la vacunación, sin profundizar en la evaluación de otras intervenciones concretas (**nivel micro**).

Por ello se ha adoptado un **enfoque estratégico** para valorar los aspectos clave de la Estrategia y del Plan: adaptabilidad, complementariedad y armonización, instrumentos y vías de canalización establecidos, recursos, los resultados logrados, la rendición de cuentas, y la transversalización de los enfoques de inclusión y de género.

Tomando en cuenta estos aspectos, el equipo evaluador deberá presentar en su oferta técnica la aproximación metodológica que sea más adecuada en función del objeto evaluado y de los objetivos, preguntas y características de la evaluación. Con el fin de dotar de mayor robustez al análisis, la metodología propuesta deberá asegurar la **triangulación** de métodos y datos y pondrá de manifiesto las limitaciones existentes. Además, el equipo evaluador deberá generar herramientas que permitan contar con datos desagregados en función de las variables que pudieran resultar significativas (sexo, edad, etnia, ubicación, situación económica, etc.).

Para articular de manera sistematizada y lógica las preguntas establecidas, en la propuesta se diseñará una matriz de evaluación⁵⁹ que se verá acompañada de aquellos elementos metodológicos que se consideren pertinentes. La matriz deberá contener las preguntas, los indicadores y las distintas fuentes y técnicas (medios de verificación).

5. Gestión de la evaluación

El **liderazgo y la supervisión** de la evaluación recaen en la **División de Evaluación de Políticas para el desarrollo y Gestión del Conocimiento**, que constituye el **equipo gestor** de la evaluación y asumirá las siguientes funciones:

- Diseñar y aprobar los términos de referencia.
- Valorar las ofertas para la selección del equipo evaluador.
- Contratar al equipo evaluador.
- Mantener una interlocución permanente con el equipo evaluador.
- Asesorar y supervisar metodológicamente el proceso evaluativo.
- Llevar a cabo el control de calidad de la evaluación y velar por el cumplimiento de los plazos.
- Validar el informe inicial y aprobar los diferentes productos de la evaluación.
- Validar el informe final y su publicación, así como facilitar la difusión de los resultados de la evaluación.

6. Plan de trabajo y cronograma

La Fase I de diseño y planificación de la evaluación, ha dado lugar a los TdR y finaliza con la selección del equipo evaluador y firma del contrato.

Una vez contratado al equipo evaluador, el **calendario previsto para el proceso de evaluación** ha sido estimado para un período aproximado de **16 semanas**.

El periodo comienza por tanto con la formalización del contrato y forma preliminar se expone aquí el cronograma planteado para la realización de la evaluación.

FASE II. Ejecución de la evaluación

| FASE Actividad | Funciones | Semana |
|--|--|--------|
| El equipo evaluador comienza su contrato y se reúne con el equipo gestor para el traslado de información y discusión sobre el alcance y propósito de la evaluación para un ajuste de los TdR . | Responsable: Equipo gestor Participa: Equipo evaluador | 1 |
| El equipo evaluador realiza el análisis documental y elabora el informe inicial de la evaluación . Se tendrá al menos una reunión entre el comité gestor y el equipo evaluador para socializar la matriz de evaluación propuesta por el equipo evaluador. | Responsable: Equipo evaluador | 1-3 |
| El equipo evaluador envía el informe inicial al equipo gestor para para hacer comentarios y generar una respuesta de validación y aprobación del mismo. | Responsable: equipo evaluador Aprueba y valida: equipo gestor | 3 |
| El equipo evaluador prepara el trabajo de campo, con apoyo del equipo gestor, definiendo una lista de informantes clave y consensuando una agenda de trabajo. El comité de gestión facilitará, en caso de ser necesario, el contacto con los actores involucrados. La agenda de trabajo junto con las preguntas de las entrevistas debe ser aprobada por el Comité de Gestión antes del inicio del trabajo de campo. | Responsable: equipo evaluador Participa: equipo gestor | 3-4 |

>>

59 Véase el Anexo I. Modelo de matriz para la presentación de las propuestas técnicas.



>>

| FASE Actividad | Funciones | Semana |
|---|---|--------|
| Desarrollo del trabajo de campo por parte del equipo evaluador acompañado en las entrevistas por la DEGC | Responsable: equipo evaluador Participa: equipo gestor | 5-7 |
| Análisis de datos por parte del equipo evaluador y ejercicio de contraste a través de medios telemáticos si se necesitara alguna aclaración. Elaboración del borrador del informe final de evaluación. | Responsable: equipo evaluador | 7-10 |
| El equipo evaluador envía el borrador del Informe final al equipo gestor para realizar comentarios. Se recomienda que el equipo gestor recoja todos los comentarios y los integre en un único documento. | Responsable: equipo evaluador Aprueba y valida: equipo gestor | 11-12 |
| Realización de un taller de devolución de los resultados de la evaluación : principales hallazgos, conclusiones, recomendaciones, buenas prácticas y lecciones aprendidas. | Responsable : equipo gestor y equipo evaluador | 13 |
| El equipo evaluador recibe los comentarios integrados en un único documento y realiza las correcciones que considera oportunas, documentando todo el proceso y enviando al equipo gestor la versión final del informe de Evaluación que validado por equipo gestor . | Responsable: equipo de evaluación. Aprueba y valida: equipo gestor | 13-16 |
| El Comité de Gestión valida todos los productos de la evaluación y cierra la contratación con el equipo consultor | Responsable: comité gestor | 16 |

7. Productos a entregar por el equipo evaluador

El líder del equipo de evaluación es el responsable de la calidad y la presentación oportuna de sus entregables específicos, como se especifica a continuación. Todos los productos deben estar bien redactados en español, ser inclusivos y tener un proceso de análisis claro, transparente y verificable.

El equipo de evaluación se compromete a entregar los siguientes productos:

- **Informe inicial** de evaluación final
- **Agenda de trabajo y herramientas (entrevistas/encuestas)** de campo consensuada con el Equipo Gestor
- **Borrador del Informe** Final de evaluación.
- **Presentación para el taller de devolución de los resultados preliminares**
- **Informe Final de evaluación**

Informe inicial

- El informe debe contener al menos los siguientes puntos: caracterización del objeto de la evaluación, consideración sobre las prioridades transversales, objetivos, la matriz de evaluación, propuesta metodológica con las herramientas y técnicas asociadas para dar respuesta a las preguntas, propuesta del estudio de caso, un plan de trabajo detallado asociado al cronograma y las posibles limitaciones observadas para llevar a cabo la evaluación.
- Es elaborado por el equipo evaluador y aprobado y validado por el Comité Gestor

Agenda de Trabajo

- La Agenda de trabajo contendrá el plan de entrevistas y de envío de cuestionarios si procede y del análisis de la información con propuesta de fechas y nombre de personas.
- Es elaborada por el equipo de evaluación y aprobado y validado por el equipo gestor.

Borrador del informe final e informe final de la evaluación

- Máximo de 60-70 páginas sin anexos que contendrá la menos: introducción con los objetivos, el propósito y el alcance de la evaluación, los antecedentes y contexto de la intervención evaluada, la metodología utilizada, las limitaciones encontradas, hallazgos de la evaluación, conclusiones. lecciones aprendidas y buenas prácticas y recomendaciones.
- Una relación de **anexos**, que incluirá, entre otros: la metodología detallada (técnicas y herramientas aplicadas como guiones de entrevistas, cuestionarios, etc.), listado de documentos analizados, así como un listado de las personas a las que se les ha realizado una entrevista o mandado un cuestionario.
- **Los hallazgos y las conclusiones** se deben estructurar de manera que **respondan claramente a las preguntas de evaluación**. Las conclusiones y recomendaciones del informe deberán derivarse de los hallazgos.
- Se deben extraer **buenas prácticas y lecciones aprendidas solo si representan contribuciones al conocimiento general** y están sólidamente respaldadas por los hallazgos y las conclusiones.
- Las recomendaciones se deben asociar a las conclusiones, **deben ser limitadas en número evitando**



una formulación genérica e indicarán a quién se dirigen ya que han de poder servir como pautas para acciones futuras.

- Es elaborado por el equipo de evaluación y aprobado y validado por el equipo gestor.

Resumen Ejecutivo

- Máximo de 4-5 páginas, con lenguaje claro y conciso y que incluirá al menos: introducción con los objetivos, el propósito y el alcance de la evaluación, metodología utilizada, una síntesis de los principales hallazgos y conclusiones para cada una de las preguntas de evaluación y las recomendaciones asociadas a cada conclusión.

Ficha de hallazgos, conclusiones y recomendaciones.

- Máximo 2 páginas, con lenguaje claro y conciso y que incluirá la síntesis de los principales hallazgos y conclusiones para cada una de las preguntas de evaluación y las recomendaciones asociadas a cada conclusión.

Los productos serán **entregados en formato digital, en PDF y Word**, para garantizar su adecuada publicación posterior. Una vez entregado el informe final, la División de Evaluación de Políticas para el desarrollo y Gestión del Conocimiento será responsable de su publicación.

8. Premisas de la evaluación, autoría y publicación

Esta evaluación se guiará por los Estándares de Calidad para la Evaluación del Desarrollo del CAD de la OCDE y por lo contemplado en la Política de Evaluación de la Cooperación Española. A lo largo del proceso de evaluación el equipo evaluador deberá observar las siguientes premisas:

- **Independencia e imparcialidad:** El equipo evaluador deberá garantizar su independencia respecto del objeto evaluado. Las personas integrantes del equipo de evaluación suscribirán una declaración de ausencia de posibles conflictos de intereses, prestarán un tratamiento respetuoso y no discriminatorio a todas las personas y colectivos implicados en el proceso de evaluación y desempeñarán sus tareas con integridad y honestidad.
- **Anonimato y confidencialidad:** Durante el desarrollo de la evaluación se deberá garantizar el respeto a la intimidad y el adecuado tratamiento de los datos personales.
- **Credibilidad:** Para que sus productos resulten creíbles y asumibles ante los diferentes actores implicados, la evaluación deberá responder a las diversas necesidades de información; de acuerdo al cronograma previsto; y se realizará de una forma sistemática y metodológicamente robusta, acometiendo

cada una de las fases de manera clara y suficientemente argumentada, de tal modo que los hallazgos y recomendaciones resulten fundados.

- **Incorporación de los enfoques transversales:** La evaluación se llevará a cabo teniendo en cuenta los enfoques de género e inclusión.
- **Utilidad:** Los productos de la evaluación deberán reconocer sus propias limitaciones, reflejar las diferentes visiones sobre el objeto de la evaluación, y mostrar una imagen equilibrada de éste, que permita apreciar sus logros y fortalezas, así como sus posibles carencias y debilidades. En caso de que existan discrepancias importantes entre el equipo evaluador y los órganos de gobernanza de la evaluación, se dejará constancia de las mismas en el informe final.
- **Convalidación de la información:** Corresponde al equipo evaluador garantizar la veracidad de la información recopilada para la elaboración de los informes y será asimismo responsable del contenido del informe final.
- **Comunicación:** La comunicación de los hallazgos y recomendaciones se realizará de forma clara, concisa y concreta, utilizando formatos adaptados a las diferentes audiencias.
- **Incidencias:** En el supuesto de la aparición de problemas durante la realización del trabajo de campo o en cualquier otra fase de la evaluación, éstos deberán ser comunicados inmediatamente a la División de Evaluación. De no ser así, la existencia de dichos problemas en ningún caso podrá ser utilizada para justificar el incumplimiento de lo establecido en los TDR.
- **Entrega de los Informes:** En caso de retraso en la entrega de los informes o en el supuesto de que la calidad de los informes entregados sea manifiestamente inferior a lo pactado, serán aplicables las medidas previstas en la Ley 9/2017 de Contratos del sector Público.

Los derechos de reproducción, traducción, adaptación, comunicación, difusión y distribución de todos los productos de la evaluación corresponderán en exclusiva al Ministerio de Asuntos Exteriores, Unión Europea y Cooperación de España, sin perjuicio del reconocimiento de la autoría moral del equipo evaluador.

Tal y como se especifica en la Política de Evaluación de la Cooperación Española, el informe completo de evaluación será de acceso público a través de Internet, sin perjuicio de su posible difusión total o parcial a través de otros medios.

9. Perfil del equipo evaluador

El equipo evaluador deberá estar compuesto por un mínimo de 2 personas con capacidad, experiencia y calificación profesional demostrables para llevar a cabo una evaluación de esta naturaleza y cuya disponibilidad se deberá explicitar en la propuesta, así como la distribución del trabajo de las diferentes personas que integren el equipo.



| Requisitos mínimos de formación y experiencia que deberá cumplir el equipo evaluador | |
|---|---|
| Papel | Formación y experiencia requerida |
| Líder de Evaluación | <ul style="list-style-type: none">• Grado de licenciatura.• Máster/Maestría específica en Evaluación de proyectos, programas, políticas públicas, etc.• Al menos 7 años de experiencia como evaluador/a en cooperación al desarrollo. Al menos 2 evaluaciones realizadas sobre estrategias de cooperación al desarrollo.• Al menos 10 evaluaciones realizadas, como líder de equipo o miembro de equipo (deberán adjuntarse aquellas que han sido publicadas). |
| Evaluador/a miembro de equipo | <ul style="list-style-type: none">• Grado de licenciatura.• Postgrado en evaluación de proyectos, programas, políticas públicas, etc.• Tres años de experiencia como evaluador/a en cooperación al desarrollo.• Idioma español e inglés. |
| Experiencia y formación deseable del equipo de evaluación (puntuará un 20% del total) | <ul style="list-style-type: none">• Experiencia demostrada en visualización y análisis de datos para la evaluación.• Experiencia demostrada en evaluaciones de estrategias y programas de la CE. Conocimiento amplio de la CE y concretamente en el sector salud. Experiencia demostrada en evaluaciones con enfoque de género inclusión y derechos humanos.• Experiencia demostrada en el diseño de teorías de cambio. |



LISTADO PRELIMINAR DE ACTORES CLAVE

| id | Institución | Dpto - Cargo |
|----|--------------------------|--|
| 1 | Andalucía | Directora de la Agencia Andaluza de Cooperación Internacional para el Desarrollo. |
| 2 | Aragón | Directora General de Cooperación al Desarrollo e Inmigración del Departamento de Ciudadanía y Derechos Sociales del Gobierno de Aragón. |
| 3 | | Jefa de Servicio de Cooperación al Desarrollo - Dirección General de Cooperación al Desarrollo. |
| 4 | Asturias | Directora General de la Agencia Asturiana de Cooperación al Desarrollo. |
| 5 | Baleares | Directora General de Cooperación. |
| 6 | Canarias | Director General de Relaciones Exteriores |
| 7 | Cantabria | Directora General de Cooperación al Desarrollo. |
| 8 | Castilla La Mancha | Jefa de servicio de Cooperación. |
| 9 | | Viceconsejera de Servicios y Prestaciones Sociales – Consejería de Bienestar Social. |
| 10 | Castilla y León | Director General de Acción Exterior |
| 11 | | Jefa de Servicio de Cooperación Internacional para el Desarrollo / Dirección General de Acción Exterior |
| 13 | Cataluña | Agencia Catalana de Cooperación al Desarrollo. |
| 14 | | Director General de Cooperación al Desarrollo de la Generalitat de Catalunya. |
| 15 | | Jefa de Servicio de Coordinación y Participación de la Dirección General de Cooperación al Desarrollo. |
| 16 | Ceuta | Director General de Ordenación, Programación y Gestión de Recursos. |
| 17 | Extremadura | Director de la Agencia Extremeña de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AEXCID). |
| 18 | Galicia | Directora General de Relaciones Exteriores y con la Unión Europea |
| 19 | | Director General de Relaciones Exteriores y con la Unión Europea - Vicepresidencia Primera e Consejería de Presidencia, Justicia y Turismo. |
| 20 | La Rioja | Director General de Cooperación y Agenda 2030. |
| 21 | Madrid | Jefa de Servicio de Cooperación - Dirección General de Servicios Sociales e Innovación Social. |
| 22 | | Directora General de Integración – Consejería de Familia, Juventud y Política Social. |
| 23 | Murcia | Director General de Gobierno Abierto y Cooperación |
| 24 | | Consejero de Transparencia, Seguridad y Emergencias. |
| 25 | | Director General de Gobierno Abierto y Cooperación de la Consejería de Transparencia, Seguridad y Emergencias. |
| 26 | | Directora General de la Oficina de la Transparencia y la Participación Ciudadana de la Consejería de Transparencia, Seguridad y Emergencias. |
| 27 | Navarra | Directora del Servicio de Garantía de Ingresos y Cooperación al Desarrollo. |
| 28 | | Director General de Protección Social y Cooperación al Desarrollo. |
| 29 | País Vasco | Director de la Agencia Vasca de Cooperación para el Desarrollo. |
| 31 | Valencia | Directora General de Cooperación y Solidaridad. |
| 32 | | Subdirector para la implementación y seguimiento de la Agenda 2030 - Dirección General de Cooperación Internacional al Desarrollo. |
| 33 | FEMP | Subdirectora de Internacional y Cooperación – Área de Internacional |
| 34 | FEMP | Presidente de la FEMP |
| 35 | Consejo Interterritorial | Secretaría Técnica Consejo Interterritorial. |



>>

| id | Institución | Dpto - Cargo |
|----|-------------|---|
| 36 | MAPA | Subdirector General de Relaciones Internacionales y Asuntos Comunitarios |
| 37 | MAETD | Vocal Asesor de la Secretaría General Técnica |
| 38 | MAETD | Subdirector General de Gestión de la Deuda Externa y la Financiación Internacional - Secretaría General del Tesoro y Financiación Internacional |
| 39 | MAETD | Subdirector General de Instituciones Financieras Internacionales |
| 40 | MAETD | Subdirectora General de Relaciones con el FMI y el G20 |
| 41 | AECID | Director de la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo. |
| 42 | AECID | Directora del Gabinete Técnico en la AECID. |
| 43 | AECID | Jefa de la Oficina de Acción Humanitaria |
| 44 | AECID | Jefa de la Unidad de Prevención y Evaluación de la Oficina de Acción Humanitaria |
| 45 | AECID | Jefa del Departamento de Cooperación Sectorial |
| 46 | AECID | Jefa de Área de Salud del Departamento de Cooperación Sectorial |
| 47 | AECID | Jefe de Servicio de Diplomacia Humanitaria en la Oficina de Acción Humanitaria |
| 48 | AECID | Director de Cooperación Multilateral, Horizontal y Financiera |
| 49 | AECID | Jefe de Departamento de Cooperación Multilateral |
| 50 | AECID | Jefe de Departamento de la Oficina del FONPRODE y de Cooperación Financiera |
| 51 | DGONU | Subdirectora General de Organismo Técnicos |
| 52 | DGPOLDES | Directora General de Políticas de Desarrollo Sostenible. |
| 53 | DGPOLDES | Subdirector General de Políticas de Desarrollo Multilateral y Europeas. |
| 54 | DGPOLDES | Subdirector General Adjunto de Políticas de Desarrollo Multilateral y Europeas |
| 55 | DGPOLDES | Jefe del Área de Salud de la Subdirección General de Planificación y Coherencia de Políticas. |
| 56 | DGPOLDES | Directora de la División de Evaluación de Políticas de Desarrollo y Gestión del Conocimiento. |
| 57 | DGPOLDES | Subdirector General de Planificación y Coherencia de Políticas. |
| 58 | DGPOLDES | Jefa de área, Cooperación Descentralizada |
| 59 | MAUC | Gabinete Ministro |
| 60 | MAUC | Gabinete Ministro |
| 61 | SEAEG | EME COVID-19 |
| 62 | SEAEG | Gabinete SEAEG |
| 63 | SECI | Secretaria de Estado de Cooperación Internacional. |
| 64 | SECI | Jefa del Gabinete de la Secretaría de Estado de Cooperación Internacional. |
| 65 | SEPICEM | Gabinete SEAEG |
| 66 | SEUE | Subdirector General de Asuntos Sociales, educativos, culturales sanidad y consumo |
| 67 | MHFP | Director General de Presupuestos del Ministerio de Hacienda y Función Pública. |
| 68 | MHFP | Vocal Asesor del Gabinete de la Ministra |
| 69 | MINCOTUR | Vocal asesora en el Gabinete de la Ministra de Industria, Comercio y Turismo |
| 70 | MI | Jefe de la Unidad de Apoyo, D.G. de RR. II. y Extranjería – SE de Seguridad |
| 71 | MI | Centro Nacional de Seguimiento y Coordinación de Emergencias |

>>



>>

| id | Institución | Dpto - Cargo |
|-----|---------------------------|--|
| 72 | MJ | Directora de Programas de la Unidad de Apoyo de la Directora General de Cooperación Jurídica Internacional y Derechos Humanos. |
| 73 | Presidencia | Directora Adjunta Exteriores |
| 74 | Presidencia | Directora de la Oficina de Coordinación para la Presidencia Española de la Unión Europea |
| 75 | Presidencia UE | Subdirector General para la Coordinación de la Presidencia Española de la UE |
| 76 | Presidencia UE | Directora Departamento de Exteriores |
| 77 | AEMPS | Jefe del Departamento de Medicamentos de Uso Humano |
| 78 | AEMPS | Directora de la AEMPS |
| 79 | MS | Directora General de Salud Pública |
| 80 | MS | Director General de Cartera Común de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia |
| 81 | MS | Asesor en el Gabinete de la Ministra de Sanidad |
| 82 | MS | Subdirectora General de Relaciones Internacionales |
| 83 | MS | Ministerio de Sanidad |
| 84 | MS | Director del Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias |
| 85 | MS | Directora General de Ordenación Profesional |
| 86 | MS | <i>periodista</i> |
| 87 | MTES | Subdirector General de Relaciones Internacionales Sociolaborales |
| 88 | MTMAU | Vocal Asesora de la Secretaría General Técnica |
| 89 | MCD | Jefa de Área - Subdirección General de Relaciones Internacionales y UE - Ministerio de Cultura y Deportes |
| 90 | MCI | Secretaria General de Investigación // Secretaria General de Innovación (del Ministerio de Ciencia e Innovación) |
| 91 | MD | Director General de Política de Defensa del Ministerio de Defensa |
| 92 | MDSA2030 | Gabinete Secretario Estado Agenda 2030 |
| 93 | MEFP | Jefe de Área de Relaciones Internacionales e Institucionales |
| 94 | MISSM | Dirección General Migraciones |
| 95 | MISSM | Secretaria General Técnica del Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones. |
| 96 | MTERD | Secretario General Técnico del Ministerio para la Transición Ecológica y el Reto Demográfico. |
| 97 | CSIC | Centro Nacional de Biotecnología |
| 98 | CSIC | Centro de Investigaciones Biológicas Margarita Salas |
| 99 | ONGDs | Presidenta de la Coordinadora de Organizaciones para el Desarrollo |
| 100 | ONGDs | Médicos del Mundo |
| 101 | ONGDs | Salud por Derechos |
| 102 | Organizaciones Sindicales | Representante en el Consejo de Cooperación |
| 103 | Organizaciones Sindicales | Representante en el Consejo de Cooperación |
| 104 | CEOE/CEPYME | Representante en el Consejo de Cooperación |
| 105 | CEOE/CEPYME | Representante en el Consejo de Cooperación |
| 106 | CEPES | Representante en el Consejo de Cooperación |

>>



>>

| id | Institución | Dpto - Cargo |
|-----|--|---|
| 107 | CRUE - Universidades Españolas | Presidenta Comisión Internacional |
| 108 | Federación de Derechos Humanos | Representante en el Consejo de Cooperación |
| 109 | IS Global Barcelona | Director del Departamento de Análisis y Desarrollo Global. |
| 110 | Experto Consejo de Cooperación | Catedrático Economía del Desarrollo - Universidad Complutense de Madrid |
| 111 | Federación Internacional de la Cruz Roja | |
| 112 | OMS | Directora de Salud Pública y Medio Ambiente |
| 113 | Instituto Carlos III | Centro Nacional de Epidemiología |
| 114 | IRCC | |
| 115 | DG Health and Food Safety | |
| 116 | SEAE | |
| 117 | USA | Coordinator for Global COVID-19 Response and Health Security |
| 118 | USA | Deputy Coordinator for Global COVID-19 Response and Health Security |



DOCUMENTACIÓN PRELIMINAR DE REFERENCIA

Los principales documentos de referencia son los siguientes:

Documentos de la Cooperación Española:

- Estrategia de respuesta conjunta de la cooperación española a la crisis del COVID-19
- Plan de Acceso Universal. Compartiendo las Vacunas contra el COVID-19.
- Informes presentados en las Comisiones de Seguimiento

Documentos de interés:

Final Report_Response of Finnish Development Policy and Cooperation to the COVID-19 Pandemic.

Process evaluation on three donor agencies response to the COVID-19 pandemic in Bolivia https://cdn.sida.se/app/uploads/2021/09/21092407/JE2021_1_62427en.pdf

Responding to the COVID-19 Pandemic - Early Norwegian Development Aid Support <https://www.norad.no/en/tools-publications/publications/2020/responding-to-the-covid-19-pandemic---early-norwegian-development-aid-support/>

Evaluation of the AfDB Group's crisis response support to Regional Member Countries in the face of COVID-19 <https://idev.afdb.org/en/document/evaluation-afdb-groups-crisis-response-support-regional-member-countries-face-covid-19>

Responding to COVID-19: Guidance for humanitarian agencies - <https://www.covid19-evaluation-coalition.org/>

Evaluating the Coherence of the International Response to the COVID-19 Pandemic - https://www.covid19-evaluation-coalition.org/documents/Evaluating%20the%20Coherence%20of%20the%20International%20Response%20to%20COVID-19_FINAL.pdf

A. García-Basteiro et al., «The need for an independent evaluation of the COVID-19 response in Spain», The Lancet, vol. 396, n.o 10250. Lancet Publishing Group, pp. 529-530, 22-ago-2020.

A. L. García-Basteiro et al., «Evaluation of the COVID-19 response in Spain: principles and requirements», The Lancet Public Health, vol. 5, n.o 11. Elsevier Ltd, p. e575, 01-nov-2020.

Inter-agency evaluation of the COVID-19 Humanitarian Response. Terms of Reference. June 2021. <https://interagency-standingcommittee.org/system/files/2022-02/Inter-Agency%20Evaluation%20of%20the%20Humanitarian%20Response%20to%20the%20COVID-19%20Pandemic%2C%20Terms%20of%20Reference%2C%20June%202021.pdf>

Evaluability Assessment and Evaluation Design Phase Report. Covax Facility and AMC Evaluability, Evaluation Design and Formative Review/Baseline Study. ITAD. January 2022. <https://www.gavi.org/sites/default/files/evaluations/COVAX-Facility-COVAX-AMC-Evaluability-and-Evaluation-Design-Final-Report.pdf>

Evaluation de la riposte d'Enabel à la pandémie de COVID-19. ENABEL. Décembre 2020. https://www.enabel.be/sites/default/files/evaluation_riposte_covid_rapport_complet.pdf

ILO's response to the impact of COVID-19 on the world of work: Evaluative lessons on how to build a better future of work after the pandemic. A synthesis review of evaluative evidence. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/-ed_mas/-eval/documents/publication/wcms_824659.pdf

#ESTE VIRUS LO PARAMOS UNIDOS

Edición 2024



OBJETIVOS
DE DESARROLLO
SOSTENIBLE