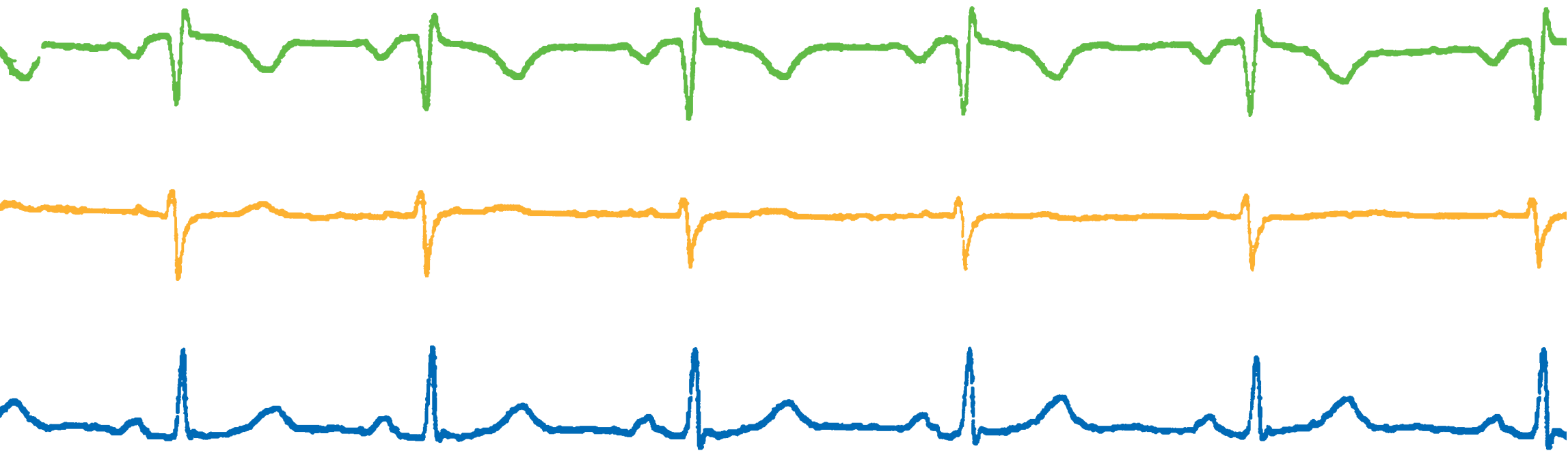


La salud en la cooperación al desarrollo y la acción humanitaria

Informe 2008



Equipo de Investigación

Carlos Mediano
Carlota Merchán
Susana Fernández

Equipo Asesor

Félix Fuentenebro
José María Medina
Antonio González
Ricardo Angora

Edita

medicmundi
Prosalus
Médicos del Mundo

Trabajo de edición

Raúl Aguado García

Diseño y maquetación

estudio blg

Impresión

Artegraf

Para cualquier información

Federación de Asociaciones de Medicus Mundi en España

Lanuzza 9, local / 28028 Madrid (España)

Tel.: 91 319 58 49 / 902 10 10 65

federacion@medicmundi.es

www.medicmundi.es

Prosalus

María Panés 4 / 28003 Madrid (España)

Tel: 915 53 35 91

prosalus@prosalus.es

www.prosalus.es

Médicos del Mundo

C/ Conde de Vilches, 15 / 28028 Madrid (España)

Tel. 91-5436033 Fax. 91-5427923

comunicacion@medicosdelmundo.org

www.medicosdelmundo.org

La salud en la cooperación al desarrollo y la acción humanitaria

Informe 2008

medicmundi

Prosalus

Médicos del Mundo

Este documento se ha realizado con la financiación de la Federación de Asociaciones de **medicmundi**, Prosalus y Médicos del Mundo.

ÍNDICE GENERAL

Introducción	13
Capítulo I. Salud y Desarrollo	17
1. 60 años de OMS y 30 de Alma Ata	17
1.1. La Atención Primaria de Salud	18
1.2. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio	20
1.3. Situación de salud en el mundo	21
2. Resumen de las estadísticas de las enfermedades con mayor carga en los países en desarrollo	22
<i>VIH/sida</i>	22
<i>Malaria</i>	24
<i>Tuberculosis</i>	25
<i>Poliomielitis</i>	26
2.1. Panorama por regiones	26
2.2. Retos para la salud mundial	30
Alcoholismo	31
Mutilación genital femenina	32
Salud pública, innovación y propiedad intelectual y medicamentos esenciales	32
2.5. El impacto del cambio climático en la salud	34
2.6. Año 2008, año internacional del saneamiento	36
CAPÍTULO II. Perspectiva internacional	39
1. Introducción	39
1.1. La UE	41
1.2. Los Parteneriados Público Privados (PPP) y los Parteneriados para el Desarrollo de Productos (PDP)	44
1.2.1. Fondo Global de lucha contra el sida, malaria y tuberculosis	45
1.2.2. La iniciativa GAVI	45
1.2.3. IAVI	46
1.2.4. International Partnership For Microbicides	46
1.2.5. Medicines for Malaria Venture	47
1.2.6. Global Alliance for TB Drug Development	47
1.2.7. Drugs for Neglected Diseases Initiative	47
1.3. La eficacia de la ayuda: de París a Accra	49

2. Evolución de la ayuda bilateral en salud	51
3. Composición de la ayuda en salud	56
4. Distribución geográfica de la ayuda en salud	61
5. Instrumentación de la ayuda	68
6. Futuro de la ayuda internacional en salud	71
CAPÍTULO III: LA SALUD EN LA COOPERACIÓN ESPAÑOLA	75
1. Panorama general	75
2. La salud en el PACI 2007	76
2.1. La ayuda multilateral	80
2.2. La ayuda bilateral	84
2.3. Distribución por sectores CRS	85
2.3.1. Distribución geográfica	88
2.3.2. Instrumentación de la ayuda	94
3. Primera valoración sobre el Plan Director 2009 – 2012	95
3.1 El sector salud en el plan director de la cooperación española 2009-2012	97
CAPÍTULO IV. LA COOPERACIÓN DESCENTRALIZADA EN SALUD	101
1. Marco regulador	101
2. Marco institucional	104
3. Las cifras de la cooperación descentralizada en España en 2007	105
4. La salud en la cooperación autonómica	111
5. Composición sectorial de la ayuda autonómica en salud	113
6. Distribución geográfica de la ayuda en salud	116
CAPÍTULO V. LA ACCIÓN HUMANITARIA DE LA COOPERACIÓN ESPAÑOLA	125
1. Algunos avances destacados a nivel internacional	125
2. La Acción Humanitaria de la Cooperación Española	128
2.1 Agentes de la Acción Humanitaria oficial española	129
2.2. La Acción Humanitaria Multilateral	133
2.3. Distribución de Acción Humanitaria por sectores	134
2.4. Distribución Geográfica de la Acción Humanitaria H	136
2.5. Instrumentos de financiación	137
3. La Acción Humanitaria Descentralizada	138
4. Las Organizaciones de la Coordinadora de ONGD (CONGDE)	140
CAPÍTULO VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	144

ÍNDICE DE GRÁFICAS

Grafica 1.1. Población sin servicios. Fuente: www.unwater.org	36
Grafica 2.1. Evolución de la ayuda en salud respecto a la AOD distribui- ble bruta del CAD 1998-2006. Fuente: Elaboración propia a partir de datos del CAD	54
Grafica 2.2. Evolución AOD bilateral bruta en salud sobre AOD distribuible. CAD- España 2000-2006. Fuente: Elaboración propia a partir de datos del CAD	55
Grafica 2.3. Porcentaje acumulado de AOD en salud sobre el total AOD bilate- ral sectorial distribuible. Todos los miembros del CAD 2000-2006. Fuente: Elaboración propia a partir de datos del CAD	56
Grafica 2.4. Evolución de la AOD bilateral bruta destinada a los sectores de salud. Todos los países del CAD 2000-2006 (millones de USD) Fuente: Elaboración propia a partir de datos del CAD	57
Grafica 4.1. Evolución de la AOD descentralizada en España. 1994-2007. Fuente: elaboración propia a partir de datos de los Seguimientos de los PACI 2003, 2004, 2005, 2006 y 2007	106
Gráfica 5.1. Distribución de donaciones del CERF por continentes en 2007. Fuente: OCHA	126

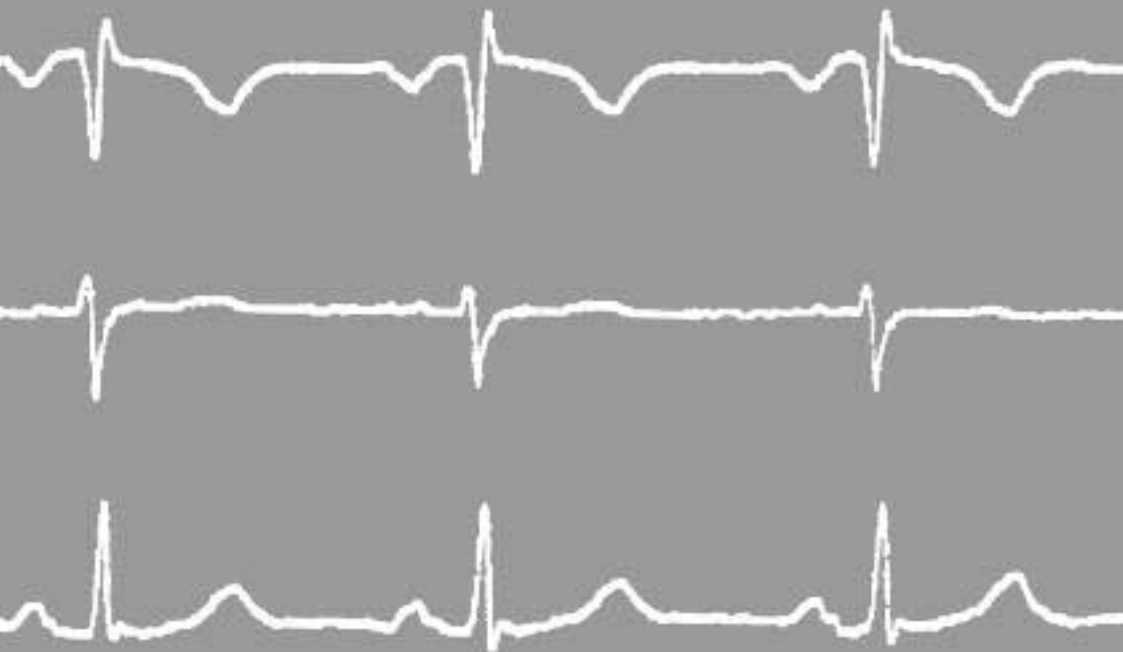
ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.1. Esperanza de vida al nacer. Fuente: Informe estadístico OMS, 2008)	22
Tabla 1.2. Tasa de mortalidad materna. Fuente: FNUAP, 2008	23
Tabla 1.3. Estadísticas regionales VIH/sida 2007. Fuente: Informe ONUSIDA Julio 2008	24
Tabla 1.4. Incidencia de la tuberculosis por cada 100.000 habitantes. Fuente: Informe estadístico OMS, 2008	25
Tabla 1.5. Número de casos confirmados de poliomielitis. Fuente: Informe es- tadístico OMS, 2008	26
Tabla 2.1. AOD neta en 2006–2007, en millones de dólares corrientes. Fuente: Elaboración propia a partir de datos OCDE	53
Tabla 2.2. Distribución AOD bilateral bruta en salud por componentes 2000- 2006(%). Fuente: Elaboración propia a partir de datos del CAD.....	58

Tabla 2.3.	Distribución AOD bilateral bruta en salud subsectores CRS 2000-2006(%).Fuente: Elaboración propia a partir de datos del CAD	60	Tabla 3.7.	Distribución de AOD multilateral destinada a organismos vinculados al sector salud pero no computada como AOD en salud, 2007. Fuente: elaboración propia a partir de datos DGPOLDE 2007	83
Tabla 2.4.	Distribución según nivel de renta: AOD % bilateral bruta en salud 2000-2006. Fuente: Elaboración propia a partir de datos del CAD ...	62	Tabla 3.8.	Principales organismos receptores de ayuda multilateral y multilateral, 2007. Fuente: elaboración propia a partir de datos DGPOLDE 2007	83
Tabla 2.5.	Distribución Regional: AOD % Bilateral salud 2000-2006. Fuente: Elaboración propia a partir de datos del CAD	63	Tabla 3.9.	Distribución de la AOD bilateral bruta según los agentes. Fuente: elaboración propia a partir de datos DGPOLDE 2007	84
Tabla 2.6.	Principales países receptores de AOD bilateral bruta en salud. 2000-2006 (porcentaje sobre el total de AOD en salud). Fuente: Elaboración propia a partir de datos del CAD	65	Tabla 3.10.	Distribución de la AOD bilateral bruta en salud según sectores CRS, 2007. (incluida la AOD canalizada vía OMUDES). Fuente: elaboración propia a partir de datos DGPOLDE 2007	86
Tabla 2.7.	Prioridades Geográficas de la cooperación Española. Fuente: Plan Director 2005 – 2008 de la cooperación española	66	Tabla 3.11.	Evolución de la AOD bilateral por sectores CRS 2004-2007 (Nota: no se ha incluido la AOD bilateral canalizada vía OMUDES para poder comparar entre años en igualdad de términos.). Fuente: elaboración propia a partir de datos DGPOLDE 2007	87
Tabla 2.8.	Principales países receptores de AOD bilateral bruta en salud. 2000 -2006 (porcentaje sobre el total de AOD en salud). Fuente: Elaboración propia a partir de datos del CAD	67	Tabla 3.12.	Distribución de la ayuda bilateral canalizada a través de OMUDES según sectores CRS, 2007. Fuente: elaboración propia a partir de datos DGPOLDE 2007	88
Tabla 2.9.	Porcentaje de ayuda reembolsable respecto al total de AOD por subsectores 2000-2006. Fuente: Elaboración propia a partir de datos del CAD	69	Tabla 3.13.	Distribución de la ayuda bilateral canalizada por la AGE según áreas geográfica, 2007. Fuente: elaboración propia a partir de datos DGPOLDE 2007	90
Tabla 2.10.	Porcentaje de ayuda reembolsable respecto al total de AOD en salud según nivel de renta de países receptores 2000-2006. Fuente: Elaboración propia a partir de datos del CAD	69	Tabla 3.14.	Distribución de la AOD bilateral según región geográfica y sectores canalizada por el resto de agentes, 2007. Fuente: elaboración propia a partir de datos DGPOLDE 2007	90
Tabla 2.11.	Porcentaje de AOD reembolsable en salud por regiones respecto al AOD total 2000-2006. Fuente: Elaboración propia a partir de datos del CAD	70	Tabla 3.15.	Distribución de la ayuda bilateral canalizada por la AGE según nivel de renta de países receptores, 2007. Fuente: elaboración propia a partir de datos DGPOLDE 2007	91
Tabla 3.1.	Evolución de la AOD total bruta en salud 2004-2007. Fuente: elaboración propia a partir de datos DGPOLDE 2007	78	Tabla 3.16.	Distribución de la ayuda bilateral canalizada por otros agentes según nivel de renta de países receptores, 2007. Fuente: elaboración propia a partir de datos DGPOLDE 2007	92
Tabla 3.2.	Evolución de la AOD en salud según códigos CAD 2004-2007. Fuente: elaboración propia a partir de datos DGPOLDE 2007	79	Tabla 3.17.	Distribución de la ayuda bilateral canalizada por la AGE según categoría de países receptores, 2007. Fuente: elaboración propia a partir de datos DGPOLDE 2007	92
Tabla 3.3.	Distribución de la AOD total bruta según tipo de ayuda, 2007. Fuente: elaboración propia a partir de datos DGPOLDE 2007	79	Tabla 3.18.	Distribución de la ayuda bilateral canalizada a través de otros agentes, 2007. Fuente: elaboración propia a partir de datos DGPOLDE 2007	92
Tabla 3.4.	% de AOD multilateral+bilateral canalizada vía OMUDES respecto al total 2004-2007. Fuente: elaboración propia a partir de datos DGPOLDE 2007	80			
Tabla 3.5.	Distribución de la AOD multilateral según organismo receptor en 2007. Fuente: elaboración propia a partir de datos DGPOLDE 2007	81			
Tabla 3.6.	Distribución de la ayuda bilateral canalizada a través de OMUDES según organismo receptor, 2007. Fuente: elaboración propia a partir de datos DGPOLDE 2007	82			

Tabla 3.19.	Principales países receptores de la AOD en salud, 2007. Fuente: elaboración propia a partir de datos DGPOLDE 2007	93	Tabla 4.12.	Principales 10 países beneficiarios de la AOD en salud de las CC.AA. durante 2007. Fuente: elaboración propia a partir de datos del Seguimiento del PACI 2007	122
Tabla 3.20.	Evolución de la AOD en la CAM, 2003 – 2006. Fuente: elaboración propia a partir de informes seguimiento PACI	93	Tabla 5.1.	Decisiones financieras de ayuda humanitaria (presupuesto 2007) por zona geográfica Fuente: UE. Informe General ayuda Humanitaria 2007	127
Tabla 3.21.	Distribución de la ayuda reembolsable, 2007. Fuente: elaboración propia a partir de datos DGPOLDE 2007	94	Tabla 5.2.	La AOD neta española por instrumentos y modalidades de ayuda (2005-2006) ¹ . Fuente: datos del seguimiento del PACI 2007 (DGPOLDE)	128
Tabla 4.1.	La política de cooperación al desarrollo en las CCAA. Fuente: elaboración propia	104	Tabla 5.3.	Desembolsos de AOD destinados a acción humanitaria por agentes (2007). Fuente: datos del seguimiento del PACI 2007 (DGPOLDE) ...	130
Tabla 4.2.	AOD descentralizada en España según origen de los fondos, 2005-2007 Fuente: Seguimiento del PACI 2007	107	Tabla 5.4.	Ministerios de la administración española que participan en AH 2007. Fuente: datos del seguimiento del PACI 2007 (DGPOLDE)	132
Tabla 4.3.	Distribución de la AOD desembolsada de las CC.AA. 2005-2007. Fuente: elaboración propia a partir de datos del Seguimiento del PACI 2006 y 2007	108	Tabla 5.5.	Ayuda multilateral 2007, datos más destacados. Fuente: datos del seguimiento del PACI 2007 (DGPOLDE)	134
Tabla 4.4.	esfuerzo relativo que supone la AOD de las CC.AA. 2005-2007. AOD desembolsada. Fuente: elaboración propia a partir de datos del Seguimiento del PACI 2006 y 2007	109	Tabla 5.6.	Distribución del peso de los sectores en el total de la AOD bilateral en ayuda de emergencia y reconstrucción, España 2003-2005. Fuente: datos del seguimiento del PACI 2006 (DGPOLDE)	135
Tabla 4.5.	Distribución de la AOD en salud de las CC.AA. 2006-2007. Fuente: elaboración propia a partir de datos del Seguimiento del PACI 2007	112	Tabla 5.7.	Distribución de la ayuda humanitaria bilateral por regiones. 2006 - 2007	136
Tabla 4.6.	Distribución sectorial de la AOD en salud de las CC.AA. 2004-2007. Fuente: elaboración propia a partir de datos del Seguimiento del PACI 2004, 2005, 2006 y 2007	113	Tabla 5.8.	Intervenciones de emergencia más significativas financiadas durante 2007 (en millones de euros). Fuente AECID	136
Tabla 4.7.	Distribución de la AOD en salud de las CC.AA. Por sectores y subsectores 2004-2007 Fuente: elaboración propia a partir de datos del Seguimiento del PACI 2004, 2005, 2006 y 2007	115	Tabla 5.9.	Añadir columna de total descentralizada. Fuente: datos del seguimiento del PACI 2007 (DGPOLDE)	138
Tabla 4.8.	Distribución regional de la AOD en salud de las CC.AA. 2007 (%). Fuente: elaboración propia a partir de datos del Seguimiento del PACI 2007	116	Tabla 5.10.	Evolución de AH descentralizada con respecto a la Administración General del Estado. Fuente: datos del seguimiento del PACI 2006 (DGPOLDE)	138
Tabla 4.9.	Distribución de la AOD en salud de las CC.AA. por sectores 2007Fuente: elaboración propia a partir de datos del Seguimiento del PACI 2007	118	Tabla 5.11.	Desembolsos de AOD destinados a la Acción Humanitaria por las CCAA (2007 - 2006). Fuente: datos del seguimiento del PACI 2007 (DGPOLDE)	139
Tabla 4.10.	Distribución de la AOD en salud de las CC.AA. por nivel de renta de los países beneficiarios. 2004 - 2007 (%). Fuente: elaboración propia a partir de datos del Seguimiento del PACI 2004, 2005, 2006 y 2007	119			
Tabla 4.11.	AOD en salud dirigida a PMA por las CC.AA. 2007 AOD desembolsada Fuente: elaboración propia a partir de datos del Seguimiento del PACI 2007)	121			

1. Fuente: datos del seguimiento del PACI 2007 (DGPOLDE)



INTRODUCCIÓN

La salud es un derecho que depende en gran medida de la voluntad política mundial y de la ayuda internacional. Luchar contra la enfermedad implica la firme e irrevocable voluntad política de poner al alcance de todas las personas la salud, tal como la define René Dubos: «Estado físico y mental relativamente exento de problemas y sufrimientos, que permiten al individuo funcionar tanto tiempo como sea posible en el medio donde el azar o la elección le han situado». La autonomía y el bienestar no son incompatibles con las personas que viven en América Latina o África y como decía John Fitzgerald Kennedy, «necesitamos hombres (y mujeres) que sueñen con lo que jamás ha existido». Lo que es inédito en la historia de la humanidad, es el compromiso incondicional de erradicar el hambre y la miseria en el mundo, condiciones mínimas indispensables para la salud.

En los últimos 30 años se han producido mejoras significativas en los datos de salud, si bien estos avances son muy desiguales, tanto en los diferentes continentes como dentro de los países. La mayoría de la ciudadanía del Norte sabemos que es muy probable que vivamos más allá de los 80 años, porque aquí, la esperanza de vida es elevada. La mayoría de los ciudadanos del África subsahariana saben que apenas llegará a los 50 años, porque allí, la esperanza de vida es baja. Sin embargo, no deja de sorprendernos la longevidad que presenta la élite gobernante de los países empobrecidos –al menos una decena de jefes de estado africanos tienen una edad comprendida entre los 70 y los 83 años– que si bien no refleja la realidad de este continente si demuestra que la esperanza de vida de estos países puede y debe situarse muy por encima de la actual.

La mayoría de los problemas de salud son atribuibles a amplios determinantes sociales, particularmente a las causas de las causas: pobreza, exclusión social, desnutrición o desempleo. Pero no podemos olvidar los problemas derivados de los daños causados al medioambiente (contaminación causada por los desechos industriales y domésticos), la baja escolarización, el trabajo precario y mal pagado; el aumento del tabaquismo, el alcoholismo, las relaciones sexuales, con o sin riesgo, cada vez más precoces.

La desigualdad en los ingresos se traduce en millones de personas que viven ahogados por los costes prohibitivos de las consultas, de los cuidados médicos y de los medi-

camentos; hipotecados por la insuficiencia y, a menudo, la ausencia de servicios de urgencias (en América Latina y Caribe, 230 millones de personas, el 46% de la población, carece de cualquier seguro en salud)

Mientras, la comunidad internacional sigue siendo prolija en adquirir compromisos que no asume, tanto en el espacio de la cooperación en general, como de la salud en particular. Denunciar el incumplimiento de estos compromisos es uno de los objetivos de este informe.

El informe 2008, elaborado por Médicos del Mundo, Prosalus y Medicus Mundi, mantiene la estructura básica de años anteriores. El primer capítulo describe la situación de salud mundial, incidiendo especialmente en la situación de las mayores amenazas para la salud mundial y recordando el 30 aniversario de Alma Ata. El segundo capítulo presenta un análisis de la cooperación en salud de la Unión Europea, un análisis de un instrumento de cooperación muy utilizado actualmente en salud como son los partenariados público privados, y la comparativa entre la cooperación en salud que realiza España con la del CAD, la UE y 3 países referentes en cooperación como son Reino Unido, Francia y Suecia. El tercer capítulo revisa la cooperación estatal al desarrollo en salud, haciendo una primera valoración sobre la salud en el nuevo plan director de la cooperación española; el cuarto capítulo muestra la cooperación descentralizada en salud, con un análisis de su evolución normativa y reguladora desde que comenzamos a publicar estos estudios; y el quinto capítulo repasa lo que ha sido la ayuda humanitaria en 2007.

EL estudio finaliza, como en ocasiones anteriores, con un apartado de Conclusiones y Recomendaciones que confiamos ayude a impulsar iniciativas y políticas que contribuyan a mejorar el acceso a la salud de las poblaciones del mundo en desarrollo.

Agradecemos la colaboración de todas las personas que han contribuido a la publicación de este sexto informe sobre la salud en la cooperación al desarrollo y la acción humanitaria, especialmente a Federico Suárez y César Castro Roza por el trabajo de recopilación de datos; y a Miguel Casado y María Villanueva de la Dirección General de Planificación y Evaluación de Políticas para el Desarrollo del Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación.



CAPÍTULO I. SALUD Y DESARROLLO

1. 60 AÑOS DE OMS Y 30 DE ALMA ATA

Este año 2008 se cumplen 60 años de la aprobación de la Declaración Universal de Derechos Humanos, y la salud es un derecho humano fundamental recogido como tal en el artículo 25 de la Declaración Universal. Las vulneraciones que se dan respecto al derecho universal a la salud se relacionan, entre otros factores, con la pobreza y la discriminación.

En 2008 se conmemora también el 60 aniversario de la constitución de la Organización Mundial de Salud (OMS). Los principios y funciones asignadas y acordadas en la constitución de la OMS estaban condicionados lógicamente por un contexto global de postguerra en el que los Jefes de Estado y los pueblos a los que representaban se encontraban aún bajo el horror de las dos grandes guerras mundiales. En semejantes circunstancias, la paz mundial y el multilateralismo como mejor vía para lograrla constituyeron las máximas prioridades internacionales.

Entre los principios, además de la consabida definición de salud –entendida como el estado de bienestar biológico, psíquico y social– se considera también a la salud condición fundamental para lograr la paz y la seguridad, así como elemento dependiente de la más amplia cooperación de las personas y los Estados.

El artículo 2 del documento de constitución de la OMS recoge las Funciones que deben permitir a la institución cumplir con su finalidad de alcanzar para todos los pueblos el grado más alto posible de salud. Dentro del listado de funciones se incluyen la nutrición, las condiciones de habitabilidad, el saneamiento, las condiciones de trabajo o higiene del medio, así como la mención a los restantes componentes de la atención primaria de salud que 32 años después fueron reconocidos y aprobados en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud en Alma Ata. Precisamente este año se celebran también los 30 años de la declaración de Alma Ata.

Si bien es cierto que el mundo ha cambiado mucho desde 1948, buena parte de los problemas de salud que coparon entonces la agenda de la OMS aún son hoy preocupaciones importantes para la salud mundial y otros, aunque nuevos, tienen raíz en causas o situaciones similares a las que originaban los problemas en las primeras décadas del siglo pasado.

1.1. La Atención Primaria de Salud

La Conferencia de Alma Ata celebrada en 1978 materializó el nacimiento de un nuevo paradigma de salud, donde la Atención Primaria de Salud quedaba fundamentada en los valores de "justicia social y derecho a una mejor salud para todos, participación y solidaridad"²

La Atención Primaria de Salud (APS) concibe la salud desde una perspectiva holística, y entiende que muchas de las causas de los problemas de salud no encuentran su solución en el sector salud, sino que deben abordarse desde otros sectores de la sociedad. Este nuevo paradigma de la salud cumple así varios objetivos: mejorar la salud, reducir la morbilidad, aumentar la equidad y mejorar la eficacia de los sistemas de salud³. Sin embargo, en palabras de la actual Directora general de la OMS, "este enfoque se malinterpretó casi de inmediato".

La APS ha sido identificada generalmente con el primer nivel de atención sanitaria, con un paquete básico (y barato) de servicios curativos para los pobres, dejando de lado esa dimensión inter y multisectorial que en realidad permea los nueve componentes de la Atención Primaria de Salud:

- Promoción de la salud.
- Atención materno-infantil.
- Inmunizaciones.
- Saneamiento ambiental: control y tratamiento del agua.
- Salud y vivienda.
- Control de excretas y basuras.
- Alimentación y nutrición adecuadas.
- Prevención y control de enfermedades endémicas.
- Suministro de medicamentos esenciales.

Las estadísticas indican que, en términos globales, la situación de salud mundial es mejor que hace 30 años. No obstante, es necesario tener presentes los siguientes aspectos, que empañan esos progresos:

- Los logros y avances en la salud han sido muy desiguales en los diferentes continentes así como también dentro de los países, difiriendo la situación entre los estratos más pudientes y los menos pudientes de una sociedad.
- Los patrones epidemiológicos están cambiando, particularmente por el envejecimiento y la urbanización de la población, al tiempo que surgen cuestiones como el cambio climático que sin duda están afectando a la salud.

2. Informe sobre la salud en el mundo, 2008. "La atención primaria de salud, más necesaria que nunca"

3. Íbidem.

- Los sistemas de salud no están adaptándose con ritmo preciso a los nuevos retos, a las nuevas demandas.

La OMS propone en su informe 2008 cuatro orientaciones en relación a los principios básicos de la APS:

a. Cobertura universal

El acceso a la atención sanitaria debe ser independiente del poder adquisitivo de las personas, de su capacidad de pago. El pago de la atención sanitaria es la causa de que cada año alrededor de 100 millones de personas caigan en la pobreza. Por otro lado, las consecuencias de las desigualdades en el acceso se dejan sentir, entre varios aspectos, en la esperanza de vida.

b. Servicios centrados en las personas

A lo largo de las últimas décadas, y en la actualidad, los sistemas de salud se han construido alrededor de los hospitales o de programas prioritarios, en muchas ocasiones promovidos desde la cooperación internacional, y no tanto centrado en las personas. Una reorientación de los servicios hacia este punto de interés podría favorecerse incrementando los puntos de presentación de servicios integrados en las comunidades. Los sistemas de salud pueden reorientarse para responder mejor a las necesidades de las personas a través del establecimiento de puntos de prestación de servicios integrados en la comunidad.

c. Políticas públicas saludables

Ya se ha señalado antes que muchas de las causas de los problemas de salud requieren un abordaje multisectorial, en este sentido es necesario un enfoque transversal de la salud, y ello implica una necesaria coherencia de políticas para mejorar la salud.

d. Liderazgo

Los Estados, en tanto que últimos responsables de los sistemas de salud, deben dirigir y negociar sobre las cuestiones que tienen relación con esos sistemas de salud. Aún así, esto no significa que el resto de actores no tenga papel o responsabilidades en cuanto a los sistemas de salud, y por ello es necesario que participen las comunidades, la sociedad civil organizada y el sector privado a través de las empresas.

En los últimos años, los principios y valores de la APS parecen haber recuperado protagonismo. Por un lado, el informe de la OMS 2008 sobre APS, con motivo del 30 aniversario, propone recomendaciones de cara a reformar los sistemas de salud recuperando los principios de Alma Ata adaptándolos a los nuevos retos surgidos en las últimas décadas, retos en los que debe incorporarse, además, la visión que señala la injusticia so-

cial como principal responsable de la mayor parte de los problemas de salud, como indica el último informe publicado por la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS.

Esta Comisión, puesta en marcha en 2005 con el objetivo de lograr que en una generación se subsanen estas desigualdades sociales⁴, concluye con una serie de recomendaciones para revertir esta situación de desigualdad en salud⁵:

- Mejorar las condiciones de vida de las personas.
- Luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos promoviendo la equidad desde el nivel comunitario hasta las instituciones internacionales.
- Medir la magnitud del problema, analizarlo y evaluar los efectos de las intervenciones.

Por último, cabe decir que la comunidad internacional presta una enorme atención a la salud mundial, y en los últimos años ha puesto en marcha mecanismos innovadores de financiación de la salud. Pero estos comportamientos no son suficientes, cada vez son más las voces que reclaman una reorientación de estos mecanismos, así como de las políticas internacionales en materia de salud, de manera que sitúen a las personas en el centro y no a las enfermedades o al sistema en sí mismo.

1.2. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio

En septiembre de 2008 se ha celebrado un encuentro de alto nivel sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) centrándose en tres áreas: pobreza y hambre, educación y salud y sostenibilidad ambiental.

En cuanto a la salud, el documento base, presentado previamente a la reunión y que analiza la situación de los tres ODM relativos a la salud, concluye que:

- Se han producido logros importantes en cuanto a la reducción de la mortalidad infantil, pero no en África subsahariana donde tiene lugar la mitad de las muertes en menores de 5 años. Así, por ejemplo, solo 4 de los 46 países de esta región, de mantenerse la tendencia, estarán en situación de alcanzar el objetivo. Además, destaca que los pasos más lentos se están dando en países con alta prevalencia de VIH y/o aquellos afectados por conflictos armados, la mayoría localizados en África subsahariana.
- En cuanto a la salud materna, el progreso hacia la meta es menor y más lento.
- Y otro tanto sucede con el tercer ODM relativo a la salud, el que tiene que ver con el control del VIH/sida, malaria y tuberculosis, cuyo avance sigue siendo muy lento.

Ante esta situación, y tras años de críticas y recomendaciones, cada día es más amplio

4. http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_IER_CSDH_08.1_spa.pdf

5. "Subsanar las desigualdades en una generación". Comisión de Determinantes Sociales de la Salud, 2008. www.who.int/socail_determinants

el respaldo al necesario fortalecimiento de los sistemas de salud como elemento clave para la consecución de los ODM referidos a la salud y crece el número de agencias que están enfocando su trabajo en esta línea, incluyéndose en la lista iniciativas como GAVI o el Fondo Mundial contra el VIH/sida, malaria y tuberculosis.

Si bien es cierto que la AOD para salud se ha duplicado en los últimos años, es igualmente cierto que la mayor parte de la misma se destina a enfermedades concretas, fundamentalmente sida, malaria y tuberculosis, o programas de inmunización, siendo el Fondo Mundial y la iniciativa GAVI los principales receptores de los fondos. Por el contrario, la OMS señala en un informe reciente que la financiación flexible y controlada por los gobiernos nacionales crece a un ritmo bastante más lento.

La cada vez mayor aceptación del apoyo sectorial o el apoyo presupuestario como instrumento de ayuda entre los países donantes y los bancos de desarrollo ha favorecido de alguna manera que nuevos actores surjan en el ámbito de la salud, básicamente fundaciones y partenariados público privados. La proliferación de estas iniciativas ha tenido y tiene efectos positivos, sobre todo en términos de implicación y compromiso de la sociedad con los problemas de salud de los más desfavorecidos, poniendo también estos temas en los medios de comunicación. Sin embargo, el número tan elevado de iniciativas (solo en partenariados se calcula existen casi un centenar) está fragmentando el ámbito de la salud e incrementando los costes que deben asumir los gobiernos. Hay, por tanto, una necesidad ampliamente reconocida de establecer marcos de seguimiento y de evaluación comunes.

Las medidas que apunta el documento de la Asamblea de Naciones Unidas sobre los Objetivos del Milenio van en línea con lo que se viene insistiendo desde las anteriores ediciones de este informe:

- Construcción de sistemas que mejoren la salud, y no solo para el sector salud.
- Fomento de capacidades.
- Cumplimiento de los compromisos de los gobiernos locales en materia presupuestaria en relación con la salud.
- Mejor coordinación. La consecución de los ODM está limitada por la fragmentación y la ineficacia de la ayuda, por lo que la aplicación de la Declaración de París es urgente. En este sentido se reconoce la validez de los principios "los tres 1" (*un marco común de acción, una única autoridad de coordinación y un sistema de vigilancia y evaluación*) que se lanzaron para la cooperación en materia de VIH/sida. Así mismo, se insiste en que, pese a la deficiencia de recursos, no son necesarias más iniciativas, sino mayor y mejor coordinación de las ya existentes.
- Mayor predictibilidad. La falta de predictibilidad en la ayuda exterior complica y dificulta enormemente la planificación y la gestión de los gobiernos siendo las áreas más afectadas los gastos recurrentes, como medicamentos y salarios.

1.3. Situación de salud en el mundo

En los últimos 30 años se han producido mejoras significativas en los datos de salud. Así, por ejemplo, si las tasas de mortalidad infantil fueran las mismas que en 1978, en 2006 habrían muerto 16,2 millones de niños en lugar de los 9,5 millones de defunciones infantiles registradas ese año. De alguna manera hay un acuerdo, más o menos generalizado, en que hay dos indicadores que proporcionan bastante información sobre la situación de salud de los Estados: la esperanza de vida al nacer y la tasa de mortalidad materna. Considerando las principales causas de la misma, se concluye que una reducción en la tasa de mortalidad materna lleva asociadas mejoras en otros problemas de salud de la población.

En cuanto a la esperanza de vida al nacer, aunque en términos globales se ha producido un aumento, hay casos auténticamente dramáticos en los que la esperanza de vida en el periodo 1990-2006 ha disminuido escandalosamente, como 8 años en Kenya, 19 en Zimbabwe, 18 en Swazilandia, 12 en Sudáfrica, 21 en Lesotho u 11 en Iraq. En el caso de los países africanos la causa es el VIH/sida y en el de Iraq previsiblemente la guerra⁶.

ESPERANZA DE VIDA AL NACER						
	Hombres 1990	Mujeres 1990	Total 1990	Hombres 2006	Mujeres 2006	Total 2006
Renta baja	55	56	55	58	60	59
Renta media-baja	65	68	66	69	73	71
Renta media	64	72	68	66	73	69
Renta alta	71	78	75	77	82	80
Global	61	65	63	65	69	67

Tabla 1.1: Esperanza de vida al nacer. Fuente: Informe estadístico OMS, 2008

6. Informe estadístico OMS, 2008

Por lo que respecta a la mortalidad materna, si bien está disminuyendo, aún se está lejos de la meta del milenio de reducirla en tres cuartas partes, sobre todo en áreas como África subsahariana, donde se mantienen las tasas más elevadas de esta mortalidad materna.

TASA DE MORTALIDAD MATERNA (nº de defunciones por 100.000 nacidos vivos)				
REGIÓN	TMM 1990	Nº MUERTES 1990	TMM 2005	Nº MUERTES 2005
Regiones desarrolladas	11	1.300	9	960
Norte África	250	8.900	160	5.700
África subsahariana	920	212.000	900	270.000
Este Asia	95	24.000	50	9.200
Sur Asia	620	241.000	490	188.000
Asia oeste	190	8.500	160	8.300
América latina y Caribe	180	21.000	130	15.000
Oceanía	550	1.000	430	890
Total	430	576.000	400	536.000

Tabla 1.2: Tasa de mortalidad materna. Fuente: FNUAP, 2008

2. RESUMEN DE LAS ESTADÍSTICAS DE LAS ENFERMEDADES CON MAYOR CARGA EN LOS PAÍSES EN DESARROLLO

VIH/sida

El VIH/sida es una de las más urgentes amenazas para la salud pública global. La mayor parte de las infecciones y muertes por VIH/sida se podrían prevenir si las personas tuvieran en todas partes acceso a buenos servicios de prevención y tratamiento.

En 2007, los avances en la recopilación de datos y en los métodos de estimación se tradujeron en una revisión a la baja de los datos disponibles y de las proyecciones en cuanto a nuevas infecciones y muertes por VIH/sida.

África subsahariana continúa siendo la región más afectada por el VIH/sida. En 2007, una de cada tres personas con VIH/sida vivía en esta región, hasta alcanzar la cifra de 22 millones de personas.

Como ya viene siendo habitual, el número de nuevas infecciones y el de fallecimientos suele ser muy similar. Así, en 2007 se registraron 2 millones de fallecimientos por VIH/sida entre adultos y niños y 2,7 millones de nuevas infecciones en el mismo grupo poblacional.

ESTADÍSTICAS REGIONALES VIH/SIDA 2007 (las cifras entre paréntesis indican la horquilla de datos que se manejan como posibles)				
REGIÓN	Adultos y niños infectados	Adultos y niños Nuevos infectados	Adultos y niños Fallecidos	Prevalencia en adultos (%)
África subsahariana	22,0 mill. (20,5 – 23,6)	1,9 mill. (1,6 – 2,1)	1,5 mill. (1,3 – 1,7)	5%
Oriente medio y norte de África	380.000 (280.000 – 510.000)	40.000 (20.000 – 66.000)	27.000 (20.000 – 35.000)	0,3%
Sur y sureste Asia	4,2 mill. (3,5 – 5,3)	330.000 (150.000 – 590.000)	340.000 (230.000 – 150.000)	0,3%
Asia Este	740.000 (480.000 – 1,1 mill.)	52.000 (29.000 – 84.000)	40.000 (24.000 – 63.000)	0,1%
América latina	1,7 mill. (1,5 mill. – 2,1 mill)	140.000 (88.000 – 190.000)	63.000 (49.000 – 98.000)	0,5%
Caribe	230.000 (210.000 – 270.000)	20.000 (16.000 – 25.000)	14.000 (11.000 – 16.000)	1,1%
Europa oriental y Asia central	1,5 mill. (1,1 – 1,9)	110.000 (67.000 – 180.000)	58.000 (41.000 – 88.000)	0,8%
Europa central y occidental	730.000 (580.000 – 1,0 mill.)	27.000 (14.000 – 49.000)	8.000 (4.800 – 17.000)	0,3%
Norteamérica	1,2 mill. (760.000 – 2,0 mill)	54.000 (9.600 – 130.000)	23.000 (9.100 – 55.000)	0,6%
Oceanía	74.000 (66.000 – 93.000)	13.000 (12.000 – 15.000)	1.000 (<1.000 – 1.400)	0,4%
Total	33 mill. (30 – 36)	2,7 mill. (2,2 – 3,2)	2,0 (1,8 – 2,3)	0,8%

Tabla 1.3. Estadísticas regionales VIH/sida 2007. Fuente: Informe ONUSIDA Julio 2008.

Malaria

La malaria, a pesar de ser una enfermedad prevenible y tratable, continúa siendo uno de los mayores problemas de salud que azota a los países en desarrollo. La malaria atrapa a las familias y las comunidades en una espiral descendente de pobreza por los costes directos e indirectos que implica.

En algunos países con una elevada carga de malaria, la enfermedad puede suponer más del 40% del gasto público de salud, entre el 30 y el 50 % de los ingresos hospitalarios y hasta un 60% de las consultas ambulatorias.

Los últimos años ha aumentado el uso de medidas físicas de prevención y control, como las redes mosquiteras tratadas con insecticida que son un medio barato y altamente efectivo en la reducción de la carga de la malaria. En la mayoría de los 21 países africanos con datos, el porcentaje de niños que duermen protegidos con redes impregnadas ha aumentado de 5 a 10 en los últimos 5 años.

Una alternativa más controvertida, y que está volviendo a ser una estrategia aplicada en algunos países, es el rociado de DDT en el interior de las casas para eliminar el mosquito. El uso de insecticidas ya fue usado en los años 70 en la lucha contra el mosquito y se rechazó por no ser lo eficaz que se esperaba y por generar dudas sobre su impacto a medio y largo plazo en la salud de las personas. No obstante, existen pocos estudios que realmente valoren la eficacia de esta alternativa.

Al mismo tiempo las posibilidades de disponer de una vacuna eficaz contra la malaria parecen estar más próximas y así lo ha reconocido la Fundación Príncipe de Asturias al otorgar su premio de Cooperación Internacional a cuatro centros de investigación implicados en su búsqueda y desarrollo. Sin embargo, estos estudios deben ser financiados con presupuestos específicos y no disminuir los que actualmente se dedican a la lucha contra esta enfermedad.

El uso de tratamiento intermitente como medida preventiva a mujeres embarazadas y el uso de terapias combinadas con artemisina son dos acciones eficaces para prevenir las infecciones en el embarazo y tratar a las personas enfermas de malaria. En definitiva, medidas que, junto al uso de mosquiteras, deben de estar en toda estrategia de lucha contra la malaria.

Tuberculosis

La tuberculosis en las últimas décadas resurgió con fuerza por varios motivos, fundamentalmente por asociación al VIH/sida y por la multiresistencia a los tratamientos habituales. Sin embargo, y como podemos observar en las siguientes estadísticas, existe una disminución importante de la incidencia de la enfermedad, salvo en los países de renta media-alta.

INCIDENCIA DE LA TUBERCULOSIS POR CADA 100.000 HABITANTES			
Nivel de renta	1990	2000	2006
Renta baja	485	457	362
Renta media-baja	302	247	188
Renta media-alta	133	134	121
Renta alta	32	20	17

Tabla 1.4: Incidencia de la tuberculosis por cada 100.000 habitantes. Fuente: Informe estadístico OMS, 2008.

Poliomielitis

En 1979 una comisión mundial certificó la erradicación de la poliomielitis en todo el mundo; sin embargo, en la tabla siguiente, se puede comprobar el repunte de la enfermedad especialmente en África y sudeste asiático. En el caso africano sería interesante averiguar hasta qué punto han influido las críticas y voces de rechazo a la vacunación lanzadas por algunos líderes religiosos del Este de África. Por último, hay que indicar que el 90% de los casos nuevos se dan en 4 países: Nigeria, Afganistán, India y Pakistán⁷.

NÚMERO DE CASOS CONFIRMADOS DE POLIOMIELITIS		
REGIÓN OMS	2001	2007
África	70	356
Las Américas	9	0
Sur-Este Asia	268	772
Europa	4	0
Mediterráneo oriental	143	56
Pacífico Oeste	3	0

Tabla 1.5: Número de casos confirmados de poliomielitis
Fuente: Informe estadístico OMS, 2008.

2.1. Panorama por regiones

Al analizar la situación de salud y los retos presentes en las diferentes regiones, como ya se ha señalado, encontramos que todas comparten la dificultad que entraña el doble patrón epidemiológico resultado de la unión de problemas infecciosos con problemas crónicos de salud que presentan las regiones en desarrollo.

Durante 2007 *América Latina y Caribe* sufrieron varios brotes epidémicos, el más destacado el de dengue y dengue hemorrágico. En la región de América Latina y Caribe en 2007 se registraron hasta 11 brotes epidémicos de dengue y dengue hemorrágico, reportándose un total de 900.782 casos y 317 muertes. Asimismo, los brotes han aumentado en frecuencia y complejidad los últimos años. Estos brotes inusuales tienen su origen en el rápido aumento de la población de mosquitos en áreas urbanas, lo supone que un número sin precedentes de personas estén expuestas al vector y, consiguientemente, a la enfermedad. Esto sucede especialmente en áreas que favorecen la reproducción del mosquito, como aquellas en las que es frecuente el almacenaje de las aguas domésticas y donde los servicios de recogida de basuras son inadecuados.

Con todo, el mayor problema de esta región es la gran brecha que existe entre la población más pobre y la más rica. Una de las consecuencias de esa desigualdad es la exclusión que se produce en salud, y que constituye, sin duda, un problema importante en

la región. En efecto, 230 millones de personas, esto es el 46% de la población, carece de cualquier seguro en salud; el 25% carece de servicios básicos; el 17% de los partos tiene lugar sin la presencia de personal cualificado; y 150 millones de personas viven sin acceso a agua potable. Esta situación tiene una traducción clara en los datos epidemiológicos de la región, como el ya citado aumento de casos de dengue, así como en cuanto a la prevalencia de enfermedades o problemas prevenibles con medidas tan sencillas como la mejora de las redes de saneamiento básico, el acceso a agua potable, o la mejora de las condiciones de habitabilidad básica.

Los sistemas de salud de la región afrontan varios problemas que pueden resumirse en su baja capacidad institucional, de financiación y de gestión. A esta situación se ha llegado en buena medida debido a que las reformas de los sistemas de salud llevadas a cabo en la década de los 90 tuvieron resultados muy dispares y en algunos casos negativos. Estas reformas, enmarcadas en los Planes de Ajuste Estructural promovidos por el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional, tenían como objetivo la reducción y contención del gasto público, fundamentalmente concentrado en servicios sociales como salud o educación. En este contexto los procesos de reforma centraron su atención en aspectos financieros y organizativos, lo que se tradujo en un debilitamiento del papel del Estado en cuanto a algunas de sus funciones esenciales para la salud pública, y particularmente para su función de rectoría. Además, en la mayoría de los países:

- La segmentación es el modelo más común en el sistema sanitario, con diferentes sub-sistemas para diferentes grupos según su capacidad de pago, y entre los que, mayoritariamente, no existe coordinación.
- El gasto público en salud es bajo y la mayor parte del gasto es asumido por los usuarios.
- Hay carencias severas en la institucionalidad, expresadas en términos de regulación de los servicios de salud disponibles, así como en el acceso a los mismos, rendimiento y generación de recursos técnicos y humanos adecuados.

La segmentación de los sistemas es clave a la hora de considerar la eficacia de los mismos por los costos que ésta genera, y por cómo profundiza la desigualdad entre grupos sociales, traduciéndose en diferentes tipos y calidades de prestación de la atención sanitaria.

La región ha presentado mejoras sustanciales en los indicadores de salud tradicionales, aunque persisten problemas importantes como las parasitosis intestinales. Por otra parte, la mayoría de los problemas de salud son atribuibles a amplios determinantes sociales, particularmente a las causas de las causas: pobreza, exclusión social, desnutrición o desempleo.

30 años después de la aprobación de la Declaración de Alma Ata y de la estrategia salud para todos, en muchos países de la región persisten problemas resueltos en otras partes con el desarrollo real de programas y políticas de Atención Primaria de Salud. Los problemas más acuciantes son:

7. Informe estadístico OMS, 2008.

- Pobreza extrema y hambre.
- Mortalidad elevada en menores de 5 años.
- Falta de mejoramiento en la salud materna.
- Prevención y control inadecuados de la infección por VIH/sida, tuberculosis, malaria y otras enfermedades prevalentes.
- Acceso limitado a medicamentos esenciales.
- Acceso insuficiente a agua potable y saneamiento básico.
- Barreras que impiden mejorar la salud de los pueblos indígenas.
- Enfermedades olvidadas en poblaciones también olvidadas.

La propia Organización Panamericana de Salud (OPS) señala que "*una de las principales restricciones para completar la agenda de la atención primaria de salud es la situación de las mujeres*". La salud sexual y reproductiva, la necesidad de una atención continua a la salud de las mujeres, es un tema prioritario en la región. Cada año, más de 22.000 mujeres (una media de 94,5 fallecidas por cada 100.000 nacidos vivos) fallecen en la región por causas relacionadas con el embarazo y el parto. La mayoría de estos fallecimientos podrían prevenirse con intervenciones adecuadas durante el embarazo, el parto y el período postnatal. Si esta cifra es ya de por sí alarmante, más alarmante resulta la inequidad entre países de la región, y así mientras que Chile registra una tasa de mortalidad materna de 13,4 en Haití la cifra sube a 523 mujeres muertas cada 100.000 nacidos vivos.

En julio de 2007, los ministros de salud de los Estados miembros de la OPS aprobaron la "Agenda de salud de las Américas 2008-2017" que establece 8 áreas de acción:

- Fortalecer la autoridad sanitaria nacional: clarificando las responsabilidades que incumben a los diferentes actores (gobiernos, sociedad, personas), fortalecer la atención primaria de salud, incrementar el rol rector de los gobiernos, el liderazgo y la rendición de cuentas.
- Abordar los determinantes de salud, fomentando y estableciendo estrategias intersectoriales, puesto que la mayor parte de las medidas necesarias para mejorar los determinantes de salud no se corresponden al mandato de los Ministerios de Salud. La agenda señala la importancia de trabajar sobre variables relacionadas con la exclusión social, la exposición a riesgos, la urbanización no planificada y el cambio climático.
- Aumentar la protección social y el acceso a los servicios de salud de calidad.
- Disminuir las desigualdades en salud entre los países y las inequidades al interior de los mismos.
- Reducir los riesgos y la carga de enfermedad.
- Fortalecer la gestión y desarrollo de los trabajadores de la salud.
- Aprovechar los conocimientos, la ciencia y la tecnología.
- Fortalecer la seguridad sanitaria.

El último informe disponible publicado por la oficina regional de la OMS en el *Mediterráneo oriental*, correspondiente a datos de 2006, destaca los siguientes aspectos relacionados con la salud en la zona.

Uno de los éxitos en la región es la elevada cobertura alcanzada por la estrategia DOTS en el tratamiento de la tuberculosis, alcanzando al 94% de la población en tratamiento de la enfermedad y un éxito de tratamiento del 82%. Sin embargo la detección de casos se estima en tan sólo un 44%.

Los últimos años se observa un aumento significativo de la carga que significan las enfermedades no transmisibles, que suponen ya casi el 60% de la carga de enfermedad en la región. La adopción de estilos de vida poco saludables, los problemas de obesidad, fundamentalmente en mujeres y niños, están empujando a las autoridades a poner en marcha programas de educación y promoción para la salud. Por otro lado, se calcula que más del 25% de la carga de enfermedad en la región podría disminuir mediante intervenciones de salud ambiental. Sin embargo, los sistemas de salud no están identificando los determinantes ambientales de salud como ámbito de responsabilidad.

Durante 2007 en el *Sureste asiático* la gripe aviar constituyó el problema de salud más destacado por la comunidad internacional, presumiblemente por su carácter transfronterizo y los recursos con los que se dotó su control. Los países de la zona albergan el mayor número de casos en humanos así como el número más elevado de fallecimientos por esta enfermedad. Esta epidemia ha puesto y está poniendo a prueba a los sistemas de salud de la región, la mayoría con unas capacidades limitadas en cuestiones de salud pública.

La gripe aviar, como lo fue en su día el SRAS (Síndrome Respiratorio Agudo Severo) ha hecho saltar todas las alarmas sanitarias internacionales ante la posibilidad de una pandemia. En el período 2003-2007 se registraron 351 casos y 217 muertes, todos excepto uno en Asia (se incluye en la región asiática la República de Azerbaiyán y Turquía) y Mediterráneo oriental. Sin embargo, todos los Ministerios de Sanidad hicieron acopio durante 2007 de miles de dosis de medicamentos de tratamiento contra la variante humana de la gripe aviar.

África apenas representa el 15% de la población mundial y, sin embargo, el 45% de ella vive con menos de 1 dólar al día. El 33% de la población de África subsahariana está desnutrida y la región presenta los peores indicadores mundiales en cuanto a acceso a agua potable y saneamiento básico.

El limitado desarrollo de la región es en buena parte atribuible a la inmensa carga que allí tienen las enfermedades infecciosas, especialmente el VIH/sida, la tuberculosis y la malaria. Mientras que en el resto del mundo dos de cada tres muertes se deben a enfermedades no transmisibles, en África, según estimaciones de 2002, el 72% de los fallecimientos se debieron a enfermedades transmisibles y a complicaciones del embara-

zo y el parto, causas altamente prevenibles y que en el resto de las regiones contabilizan en torno al 23% de las muertes.

Entre los datos negativos referidos a este continente, destaca el de que de los 20 países con mayores tasas de mortalidad materna, 19 están en África, siendo el otro Afganistán. Las complicaciones en el embarazo y el parto, además, eran en 2002 la segunda causa de mortalidad y discapacidad de las mujeres de 15 a 49 años, la primera era el VIH/sida.

En el caso la mortalidad en menores de 5 años, se estima que el 53% podría estar relacionado con el bajo peso y el 35% con los efectos de la subnutrición en las enfermedades diarreicas, neumonía, malaria y sarampión. Esta mortalidad infantil se concentra a medida que pasa el tiempo en la región africana, así pues mientras que en 1990 África albergaba al 31%, en 2003 este porcentaje subió al 43% del total de las muertes producidas en este grupo de edad. Este dato remarca las diferencias con otras regiones en desarrollo en las que sí se han producido mejoras significativas en los indicadores de salud tradicionales.

Por otro lado, al igual que en América Latina, las reformas de los sistemas de salud africanos no han tenido los resultados deseados y siguen siendo débiles y poco funcionales.

Un elemento importante en las actuaciones en salud en África son los programas verticales o programas focalizados en una enfermedad o grupo objetivo concretos. Estos programas están mayoritariamente promovidos y financiados por donantes externos, y aunque en casos como la viruela o la polio han alcanzado buenos resultados, tienden a no dirigirse hacia una de las causas fundamentales de los malos indicadores de salud de la región: los débiles sistemas de salud.

Los programas verticales pueden alcanzar éxitos en esos términos de grupos o problemas limitados, pero no se puede esperar de ellos que se ocupen de las necesidades de salud de la población como un todo. Este enfoque vertical para la atención sanitaria pública puede producir, por ejemplo, la pérdida de oportunidades para proveer una atención sanitaria más integral a comunidades en situación de aislamiento. Por otra parte, la falta de coordinación entre los programas verticales puede llevar a la duplicidad de esfuerzos, a la contratación de personal cualificado de servicios esenciales de atención sanitaria, así como a la creación de servicios de corta duración e insostenibles. Otro problema con este tipo de programas es su corta duración y la creación de unas falsas expectativas respecto del sistema de salud, un sistema, débil y fragmentado, que, una vez termina el programa, no puede absorber esa área de trabajo, lo que contribuye a la desconfianza de la gente en el sistema de salud.

2.2. Retos para la salud mundial

La mayoría de los países en desarrollo afrontan en la actualidad la complejidad de la combinación de dos tipos de patrones epidemiológicos. Por un lado, persiste la alta inciden-

cia de las enfermedades transmisibles y, por otro, aumenta la carga que suponen las enfermedades no transmisibles, como hipertensión arterial o el cáncer, como consecuencia de estilos de vida y comportamientos poco saludables. En determinadas zonas, además, resurgen con fuerza enfermedades como el dengue, la fiebre amarilla, se incrementa la tuberculosis, otras como el paludismo mantienen su carga, y aparecen nuevas amenazas, como la gripe aviar.

Paralelamente, otras cuestiones relacionadas con la salud ocupan las agendas de los Estados e instituciones internacionales. Algunas de estas cuestiones, como sucede con el cambio climático, afectan esencialmente a los determinantes de salud (particularmente alimentación y agua). Prueba de esta preocupación la encontramos en la última Asamblea Mundial de la Salud, que tuvo lugar en mayo de 2008, y donde los temas clave fueron:

- Alcoholismo
- El impacto del cambio climático en la salud
- La mutilación genital femenina
- Las enfermedades no transmisibles
- Salud pública, innovación y propiedad intelectual

En cuanto a las **enfermedades no transmisibles**, en la edición 2007 de este informe se recalcó el peso que el tabaquismo, el cáncer, la salud mental y las enfermedades cardiovasculares suponen en la carga de mortalidad y morbilidad de los países en desarrollo. En esa línea, la OMS, en su informe estadístico de 2008, afirma que en el año 2030 las enfermedades no transmisibles causarán más de la tercera parte de las muertes.

En general se imputa a este grupo de enfermedades el 52% de la carga de morbilidad de los países en desarrollo y en regiones como Norte de África y Mediterráneo oriental este tipo de patologías suponen ya el 60% de la carga de enfermedad.

Esta doble carga que deben soportar los sistemas de salud, alta prevalencia de enfermedades transmisibles combinada con el incremento de las no transmisibles, exige un replanteamiento de los mismos, de sus prioridades y lleva a la necesidad de incrementar unos recursos inexistentes en la actualidad⁸, si queremos que cumplan con su función de asegurar el derecho a la salud.

Alcoholismo

Se estima que en 2002 el consumo nocivo del alcohol causó 2,3 millones de fallecimientos prematuros, lo que supone el 3,7% de la mortalidad mundial y el 4,4% de la carga global de enfermedad. En los últimos años se ha constatado un aumento del consumo de alcohol entre mujeres y jóvenes así como de los problemas asociados al alcoholismo, tales

8. Ver "La salud en la cooperación al desarrollo y la acción humanitaria" Informes 2006 y 2007.

como enfermedades hepáticas, violencia, incremento de prácticas sexuales de riesgo, y muertes por conducción bajo efectos del alcohol. La OMS aprobó en la Asamblea de 2007 un plan mundial de actuación contra el alcoholismo que incluye acciones de sensibilización y compromiso político, el establecimiento de políticas de reducción del daño y el trabajo con jóvenes, entre otras.

Mutilación genital femenina

Cada año unos 3 millones de niñas y mujeres corren el riesgo de ser sometidas a alguno de los tres tipos de mutilación genital que se practican en 28 países africanos y varios de Asia y Oriente medio. Sin embargo, esta cifra no deja de ser sino una estimación, ya que al tratarse de una práctica prohibida en la mayoría de los países no hay registros disponibles.

La mutilación genital femenina está reconocida internacionalmente como una violación de los derechos humanos, lo que ha obligado a muchos países a poner en marcha políticas y legislaciones con vistas a su desaparición legal y real. Ahora bien, si ciertamente las acciones y campañas de sensibilización e información contra esta práctica han aumentado de manera importante los últimos años, sin embargo se avanza lentamente hacia una disminución significativa de su incidencia. Incluso en algunos países parece haber un aumento de las mutilaciones que se realizan por profesionales de la salud. Este hecho no hace sino reforzar una cultura contra la salud sexual y reproductiva de las mujeres.

Salud pública, innovación y propiedad intelectual y medicamentos esenciales

En términos globales se estima que alrededor de un tercio de la población mundial no tiene acceso garantizado a los medicamentos esenciales. En algunas zonas de África más de la mitad de la población no tiene acceso a medicamentos esenciales y buena parte de la población no se beneficia aún de los avances que disfruta el resto del mundo desde el siglo pasado en cuanto a diagnóstico, prevención o tratamiento de enfermedades comunes y que han contribuido al aumento de la esperanza de vida.

Los medicamentos son uno de los componentes fundamentales para el tratamiento de las enfermedades y, por consiguiente, para la mejora de la situación de salud. Por otro lado, suponen la segunda partida del presupuesto público de salud en volumen de gasto, después de los salarios.

En 2007, 30 años después de la publicación de la primera lista modelo de medicamentos esenciales, en la Asamblea Mundial de la Salud aprobó la lista modelo de medicamentos esenciales para niños. Iniciativa ampliamente aplaudida, pero que también ha tenido voces disonantes que han manifestado su preocupación respecto al proceso de estudios y ensayos clínicos de las fórmulas pediátricas, definición y ubi-

cación de los grupos de muestreo, riesgos, etc. Es en este contexto en el que en diciembre de 2007 la OMS, con el apoyo del UNICEF, lanzó la campaña "*Medicamentos a la medida de los niños*" para aumentar la sensibilización y acelerar las acciones destinadas a mejorar la disponibilidad y acceso a medicamentos específicos para menores de 15 años.

Otro de los problemas importantes que azotan a los países en desarrollo en relación con el acceso a medicamentos es la comercialización de medicamentos falsificados. Aunque la venta de medicamentos en la calle es ilegal en la práctica totalidad de los países, son escasos los países en desarrollo que disponen de legislaciones regulatorias estrictas al respecto y, menos, los que las implementan. En la realidad, la venta de medicamentos no está tan regulada como debiera y la situación de escasez y/o de precios no asequibles para la población hace que en demasiadas ocasiones se recurra a medicamentos falsificados o de escasa calidad.

En 2003 la OMS constituyó la Comisión sobre derechos de propiedad intelectual, innovación y salud pública con el objetivo de "recoger datos y propuestas de las diferentes partes interesadas, y elaborar un análisis de los derechos de propiedad intelectual, la innovación y la salud pública, con inclusión de la cuestión de los mecanismos apropiados de financiación y creación de incentivos para el desarrollo de nuevos medicamentos y otros productos contra enfermedades que afectan de forma desproporcionada a los países en desarrollo".

La comisión publicó en 2006 un informe en el que se analizan los diferentes elementos que afectan a todo el ciclo de un producto farmacéutico. Resultado de este informe es la creación por mandato de la Asamblea Mundial de la Salud de 2006 de un grupo intergubernamental sobre salud pública, innovación y propiedad intelectual, al reconocer la creciente carga de morbilidad que afecta de forma desproporcionada a los países en desarrollo. Una de principales prioridades es reducir la elevadísima incidencia de las enfermedades transmisibles en estos países. La misión de este grupo es elaborar una estrategia mundial y su correspondiente plan de acción. La estrategia fue presentada y aprobada en la Asamblea Mundial de la Salud de mayo de 2008 y tiene por finalidad promover una nueva manera de concebir la innovación y el acceso a los medicamentos, así como proporcionar, sobre la base de las recomendaciones formuladas en el informe de la Comisión on Intellectual Property Rights, Innovation and Public Health CIPIH, un marco a medio plazo que ofrezca una base más sólida y sostenible para las actividades de investigación y desarrollo en materia de salud orientadas por las necesidades y centradas en las enfermedades que afectan de manera desproporcionada a los países en desarrollo, así como proponer prioridades y objetivos claros de investigación y desarrollo y estimar las necesidades de financiación en esta esfera.

La estrategia se fundamenta en 26 principios, el primero de ellos recordando la misión de la OMS. Así, por ejemplo, el principio número 24 dice *“La estrategia mundial y el plan de acción deben promover el desarrollo de los productos sanitarios y dispositivos médicos que necesitan los Estados Miembros, especialmente los países en desarrollo, y dichos productos y dispositivos:*

- *Habrán sido desarrollados de manera ética*
- *Estarán disponibles en cantidades suficientes*
- *Serán eficaces, seguros y de buena calidad*
- *Serán asequibles y accesibles*
- *Se utilizarán de manera racional*

Además, la estrategia se compone de 8 elementos:

- Establecimiento de un orden de prioridad de las necesidades de investigación y desarrollo
- Promoción de las actividades de investigación y desarrollo
- Creación de capacidad de innovación y mejora de la misma
- Transferencia de tecnología
- Aplicación y gestión del régimen de propiedad intelectual para contribuir a la innovación y promover la salud pública
- Mejora de la distribución y el acceso
- Promoción de mecanismos sostenibles de financiación
- Establecimiento de sistemas de seguimiento y presentación de informes.

2.3. El impacto del cambio climático en la salud

El cambio climático se ha incorporado como una cuestión horizontal en todas las agendas políticas de países del Norte y del Sur.

Según el informe sobre los efectos negativos del calentamiento global presentado por la OMS en la Asamblea de 2008, se imputan al cambio climático 150.000 muertes anuales. Cifra que, según los expertos, se duplicará para el año 2030. Ya en el informe de la OMS de 2002 se decía que el cambio climático estaba en las causas del 2,4% de los casos mundiales de diarrea y el 6% de los de paludismo en países de renta media registrados el año 2000.

El cambio climático afecta y afectará a los ecosistemas y sus especies y, de igual manera, a la especie humana y concretamente a su salud. En términos generales un cambio en las condiciones climatológicas puede suponer tres tipos de impactos en la salud humana:

- Aquellos relativamente directos causados por eventos climáticos extremos como inundaciones, huracanes...

- Indirectos, a través de los cambios en los patrones de las enfermedades transmitidas por vectores, calidad del agua y del aire, disponibilidad de alimentos, entre otros
- Las consecuencias en la salud (infecciones, nutricionales, psicológicas, traumáticas) que pueden tener en poblaciones afectadas por situaciones económicas, migratorias o medioambientales inducidas por el cambio climático.

Existe consenso en la comunidad científica internacional respecto a que los efectos del cambio climático se dejarán sentir en mayor medida en los países en desarrollo, aun siendo estos mínimamente responsables de las causas que lo originan. La vulnerabilidad de una población depende, según la OMS, de factores como la densidad de población, nivel de desarrollo económico, disponibilidad de alimentos, nivel de renta y distribución, condiciones medioambientales locales, estado de salud preexistente y la calidad y disponibilidad de atención sanitaria pública.

Al igual que se habla de bienes públicos globales, es decir, bienes que una vez generados están disponibles para todos sin exclusión, por encima de las fronteras nacionales, existen también males públicos globales y el cambio climático sería uno de ellos. La salud es un bien público global aunque hay ámbitos de la misma que tienen una consideración de bien público global más clara como la seguridad sanitaria, cuyos beneficios alcanzan a todo el mundo. Tiene, no obstante, la seguridad sanitaria una connotación de bien público de bajo nivel, es decir, su nivel agregado de disfrute global dependerá, no de la fortaleza del sistema nacional de salud más sólido, sino de la del sistema más frágil⁹.

El cambio climático es un problema global que requiere al mismo tiempo soluciones globales con enfoques o aproximaciones locales, e incorporar elementos de lucha contra el cambio climático a las competencias de los sistemas de salud, adaptando estos a los nuevos retos que deben encarar.

El fenómeno *El Niño* puede dar pistas sobre los efectos que el cambio climático puede tener en las enfermedades infecciosas. Temperaturas más cálidas favorecen la reproducción de los vectores, la mayoría mosquitos, aunque también puede darse el caso contrario, regiones con temperaturas más cálidas pero con menos precipitaciones en las que se reduce la supervivencia del mosquito. El comportamiento epidemiológico del dengue en 2007 estuvo influido por el fenómeno “El Niño”, que provocó lluvias intensas, incrementó el número de lagunas y estanques de agua y aumentó de las temperaturas, condiciones todas que favorecen el desarrollo del vector del virus y, consecuentemente, la enfermedad.

9. José Antonio Alonso. “La salud como bien público global”, 2004.

2.4. Año 2008, año internacional del saneamiento

Se ha insistido varias veces en la relativa sencillez de reducir la carga de enfermedad en los países en desarrollo mediante el abordaje de los determinantes de salud. En este sentido destacaríamos dos, el acceso a agua potable y sistemas de saneamiento básico y el acceso a una alimentación adecuada.

Se calcula que en el mundo viven 2.600 millones de personas sin acceso a sistemas de saneamiento básico, con unas consecuencias fatales para la salud humana y especialmente para la supervivencia infantil, la productividad económica, el desarrollo humano o la contaminación del medio vital y los recursos hídricos.

POBLACIÓN SIN SERVICIOS

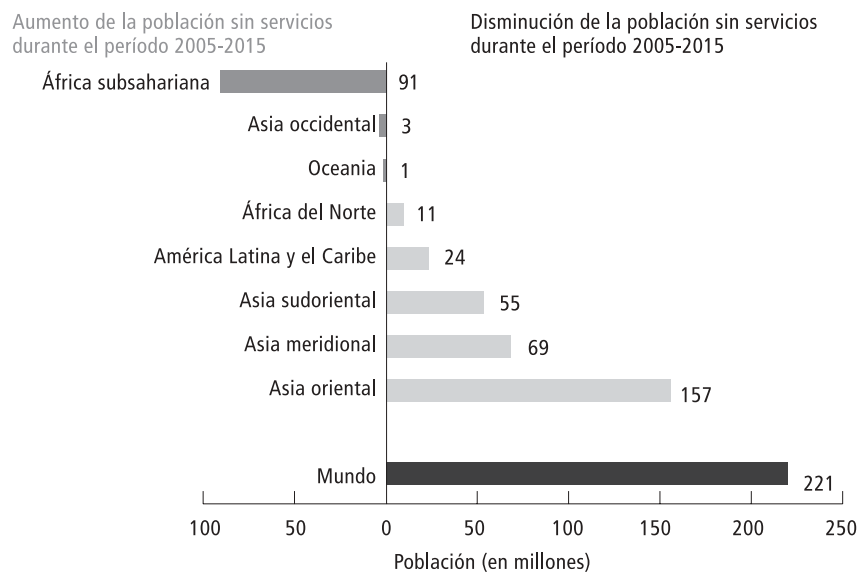


Gráfico 1.1: Población sin servicios
Fuente: www.unwater.org

De continuar las tendencias actuales, para el año 2015 el número de personas sin servicios de saneamiento aumentará en África subsahariana en 91 millones.

CAPÍTULO II. PERSPECTIVA INTERNACIONAL

1. INTRODUCCIÓN

Como en años anteriores, los esfuerzos de la comunidad internacional en cooperación, y específicamente en salud, están dirigidos al cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). Para contribuir a este empeño, sigue siendo indispensable que la ayuda internacional fluya desde los países más enriquecidos hacia los países más empobrecidos.

El escaso cumplimiento de los acuerdos financieros de Monterrey (2002) nos obliga, una vez más, a reivindicar su consecución. La cumbre de Doha, en diciembre de 2008, incorpora en su agenda la revisión del Consenso de Monterrey, una excelente oportunidad para que, a pesar de la crisis económica mundial, los países ricos ratifiquen su compromiso en la lucha contra la pobreza. Paralelamente al compromiso de más ayuda, es obligado revisar la eficacia de la misma. En este sentido, la Agenda de Acción de Accra (AAA), acordada finalmente en el Tercer Foro de Alto Nivel de Accra (Ghana, septiembre de 2008), implica un cierto avance en los compromisos suscritos por los signatarios de la Declaración de París (2005) y reconoce los escasos progresos que se han producido hasta la fecha y la importancia de la sociedad civil como elemento de control social

En este contexto, nuevos países como China o Arabia Saudí se han sumado al conjunto de países donantes. Este hecho, que debería ser un motivo de satisfacción para todos, crea recelos en algunos actores, como es el caso de las ONGD, por entender que se trata de una ayuda no sujeta a los compromisos de la comunidad internacional; es decir, sin un deber claro con el respeto a los derechos humanos o los principios de la llamada Declaración de París. La influencia de estos países es cada vez mayor en el ámbito de la cooperación internacional, por lo que es una obligación de la comunidad de países donantes incorporarlos a las líneas políticas y de pensamiento que definen actualmente el modelo de cooperación internacional.

En el ámbito de las responsabilidades, observamos que la comunidad internacional sigue siendo prolija en adquirir compromisos que no asume, tanto en el espacio de la

cooperación en general, como de la salud en particular. Se cumplen ahora 28 años del primer gran compromiso cuantitativo de los países donantes en la lucha contra la pobreza, compromiso que sigue sin cumplirse. Nos referimos al adquirido en 1981 en la 34 sesión de la Asamblea General de las NN.UU., donde los países acordaron destinar el 0,7% del total del producto interior bruto a cooperación. A fecha de hoy, ninguno de los países del G-8 supera el 0,4%, según datos de la OCDE, y únicamente 4 países (Dinamarca, Finlandia, Noruega y Suecia) han alcanzado esa meta. A este dato negativo debemos añadir que desde 2004, además, se aprecia una disminución de la ayuda, y esta tendencia, en un contexto de crisis económica mundial, parece que puede empeorar en los próximos años. De hecho ya hay quien cifra el recorte de la ayuda entre un 33% y un 40%¹⁰ como veremos más adelante.

A la crítica reiterada de que los países donantes no asignen los recursos necesarios para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio, debemos sumar la reprobación del hecho de que no cumplan ni siquiera con los compromisos unilaterales adquiridos más recientemente. Así, vemos como, por ejemplo, en 2001, recién creado el Fondo Global contra el Sida, la Malaria y la Tuberculosis, los países donantes se comprometieron a dotarlo con 13 mil millones de dólares anuales, de los cuales tan sólo se han hecho efectivos 350 millones de media al año¹¹.

Los ODM, el gran reto de la cooperación internacional en los últimos años, están lejos de cumplirse y son cada vez más las voces que alertan de la necesidad de tomar medidas que modifiquen la inercia actual. Si nos ceñimos a los ODM específicamente sanitarios, observamos con preocupación el estancamiento, cuando no retroceso, de algunos indicadores básicos. En el punto equidistante entre la adopción de los ODM y la fecha límite de 2015, el mundo no logra aún los avances necesarios para que muchos millones de personas puedan beneficiarse de las promesas básicas de los ODM. Según el informe de seguimiento del Banco Mundial de 2008, el déficit más importante se da, precisamente, en el objetivo de reducir la mortalidad materna e infantil, y así vemos como en 27 países la mortalidad infantil en 2006 fue la misma que en 1990, o que hoy más de 500.000 mujeres siguen muriendo cada año por complicaciones durante el embarazo y el parto, el 85 por ciento de ellas en África subsahariana.

La mortalidad materna es el indicador de salud en el que se registra la mayor distancia entre los países pobres y ricos, como muestra el hecho de que el 99% de los casos de mortalidad materna y de los recién nacidos ocurre en el mundo en desarrollo, particularmente en África, donde las mujeres tienen una probabilidad 175 veces más alta de morir en el parto que la de las mujeres de las regiones desarrolladas.

10. <http://www.irinnews.org/Report.aspx?ReportId=81319>

11. http://www.odg.cat/documents/deutes/b9_informe_g8.pdf

Insensibles a las cifras, con demasiada frecuencia olvidamos que la muerte de una madre, de un niño o una niña es una tragedia humana personal, familiar y social. Con los conocimientos y la tecnología actuales, muchas de estas muertes son evitables, como demuestran algunos de los logros alcanzados hasta la fecha: (i) de 2000 a 2006 han disminuido de 750.000 a 250.000 las muertes por sarampión; (ii) de 2005 a 2007 se han reducido en 200.000 las personas muertas por sida; (iii) en 2000, sólo 1,7 millones de niños africanos (1,8%) que vivían en lugares con malaria endémica usaban mosquiteras con insecticida en la cama, que ayudan a evitar la picadura de mosquitos anófeles, número que creció hasta 20,3 millones (18,5%) en 2007; ó (iv) 1.600.000 personas han accedido a agua potable desde 1990

Aumentar la supervivencia y el bienestar de las madres, de los niños y niñas, no solamente mejorará la salud de la sociedad, sino que también contribuirá a reducir las desigualdades y la pobreza.

Recién superado el ecuador de los ODM, creemos que el esfuerzo conjunto de la comunidad internacional y la sociedad civil puede aún alterar la tendencia actual que parece abocar al incumplimiento de los ODM. Los logros alcanzados, por mínimos que parezcan, contribuyen a reducir las desigualdades y la pobreza y deberían ser un estímulo para todos.

1.1. LA UE

Si bien la Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD) de todos los donantes de la UE alcanzó durante el año 2007 los 91.000 millones de euros, de acuerdo con la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), sin embargo, y por primera vez en una década, el nivel de ayuda de la UE disminuyó, pasando del 0,41% al 0,37% del PIB. Este descenso en la ayuda es especialmente preocupante si consideramos que en 2005 la UE se comprometió a aumentar los presupuestos dedicados a la ayuda hasta alcanzar el 0,7 % del producto interior bruto para 2015, con un objetivo colectivo intermedio del 0,56 % para 2010 y de que la mitad de este incremento de la ayuda se destinará a África. Este acuerdo, recogido en lo que se denomina el *Consenso Europeo de Desarrollo*¹³, refleja el deseo de la Unión Europea por contribuir de manera decisiva a la erradicación de la pobreza en el mundo.

Incorporados plenamente los ODM a las políticas de cooperación de la UE, a través de la "Agenda de Acción para los ODM"¹⁴, y los principios de la Declaración de París¹⁵,

12. <http://www.diarioafrica.com>

13. <http://europa.eu/scadplus/leg/es/lvb/r12544.htm>

14. <http://register.consilium.europa.eu/pdf/en/08/st11/st11096.en08.pdf>

15. www1.worldbank.org/harmonization/Paris/SpanishNEWSLETTER322.pdf

el reto de quien es el primer donante del mundo (la ayuda combinada de los 15 Países CAD miembros de la Unión Europea representó el 54% de la AOD mundial en 2007¹⁶) está en la eficacia de la ayuda¹⁷. La implicación nacional del país socio, la coordinación y la armonización entre donantes, el alineamiento con los sistemas del país receptor y la orientación en función de los resultados son los principios básicos a este respecto.

Otro hecho destacado en la política de cooperación europea en 2007 es la elaboración de un "Código de conducta sobre la complementariedad y la división del trabajo en la política de desarrollo"¹⁸, código que de momento no es de obligado cumplimiento, sino voluntario, y cuya finalidad es conseguir la complementariedad de los actores. Este código propugna que los países europeos concentren sus actividades en pocos sectores prioritarios, y que cada sector prioritario tenga un donante principal que ponga las normas y evite la dispersión y el aumento de costes de transacción. También quiere limitar el número de países prioritarios por donante y el número de donantes activos por sector; sin embargo, este último punto se contradice con el deseo de conceder financiación adecuada a los países descuidados por la ayuda, que suelen ser países frágiles y necesitan una ayuda global, no sectorial. Este código tiene evidentes ventajas para la coordinación de los actores europeos, pero debe partir de una premisa muy importante: la de la existencia de una adecuada identificación de sectores prioritarios y la necesidad de evitar que haya países huérfanos de ayuda.

La salud es uno de los sectores que la Agenda de Acción para los ODM considera prioritarios. La UE quiere desempeñar un papel fundamental en la reducción de la brecha entre las necesidades estimadas y los desembolsos en salud, cifrada por la Comisión de Macroeconomía y Salud en 13.400 millones de dólares para 2010. Para ello, la UE deberá incrementar su apoyo al sector salud de aquí al 2010 en 8.000 millones de dólares, de los cuales 6.000 millones deberán ir destinados a África. El reto es sustancial, pues en 2007, según la red "Acción para la salud global"¹⁹, la ayuda en salud ha disminuido un 13%.

Desde hace un tiempo venimos reclamando la necesidad de que exista una estrategia de salud del conjunto de los países de la UE que permita identificar las prioridades que se quieren marcar en esta materia. A buen seguro, esta estrategia evitaría que los fondos destinados a este sector fluctuaran año tras año, incumpléndose uno de los principios básicos de la ayuda: la previsibilidad. El Libro Blanco "Juntos por la salud: un planteamiento estratégico para la UE (2008-2013)"²⁰ se concibe como un primer paso hacia una estrategia europea de salud y como un marco que orienta las actividades esenciales de la Comisión

16. <http://www.alboan.org/portal/seccion.asp?S=1&N=209>

17. http://www.consilium.europa.eu/ueDocs/cms_Data/docs/pressData/en/ec/101346.pdf

18. <http://europa.eu/scadplus/leg/es/lvb/r13003.htm>

19. <http://www.actionforglobalhealth.eu/media/home/espana/noticias/>

20. <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2007:0630:FIN:ES:PDF>

Europea en este sector. En este documento se incluyen algunas indicaciones que pueden ser el embrión de una futura estrategia de cooperación en salud, pues además de plantear los problemas que pertenecen al ámbito de la propia UE, aparecen referencias a la cooperación sanitaria. De hecho, algunos de los problemas a los que se enfrentan los países europeos, y que aparecen en este documento, no son específicos de Europa, como son el envejecimiento, las amenazas para la salud derivadas del cambio climático o las pandemias. Pero donde más centra su visión de la cooperación es en sus "Principios fundamentales de la acción comunitaria en materia de salud", allí, en su cuarto principio, "Reforzar la voz de la UE en el ámbito de la salud a nivel mundial", afirma que Europa debe asumir un liderazgo a nivel mundial y asegurar la coherencia entre sus políticas sanitarias interiores y exteriores para la consecución de los objetivos a nivel mundial, respaldar los procesos de coordinación y fomentar la interacción de ámbitos de acción como salud, cooperación al desarrollo, la acción exterior, la investigación y el comercio.

Se trata, sin duda, de un gran avance, a pesar de que, hoy por hoy, las acciones que propone son excesivamente indeterminadas, pues están centradas solamente en nombrar que se debe intensificar la cooperación en materia de salud con socios y países estratégicos y asegurar, a través del diálogo político y sectorial, una integración apropiada de la sanidad en la ayuda exterior de la UE, promoviendo la aplicación de los acuerdos sanitarios internacionales, en particular el CMCT *Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco*²¹ (CMCT) y el *Reglamento Sanitario Internacional*²² (RSI). Evidentemente, estas acciones quedan muy por debajo de las expectativas que se le deben exigir en materia de cooperación sanitaria a un actor tan importante como es la UE.

Un hecho al que deberemos estar atentos es la creación de la tarjeta azul²³ para importar trabajadores cualificados. La tarjeta azul, que sirve para atraer a trabajadores extracomunitarios altamente cualificados facilitándoles la residencia en Europa y la movilidad entre países, puede tener efectos no deseados en el ámbito de los recursos humanos sanitarios. En el sector salud existe una crisis mundial de recursos humanos, especialmente cualificados. Si bien la UE asegura que no persigue "el saqueo de cerebros"²⁴ de los países en desarrollo, este aspecto es muy difícil de controlar. Lo más lógico es que Europa quiera atraer a profesionales sanitarios de países de renta media, que a su vez necesitarán nutrirse de profesionales sanitarios de los países más empobrecidos, con lo que la fuga de cerebros se mantendrá, incluso se puede incrementar. La UE no ha asumido que debe profundizar en las causas de la falta de profesionales cualificados y tomar me-

21. www.paho.org/Spanish/DD/PUB/sa56r1.pdf

22. www.who.int/csr/ihp/es/index.html

23. <http://europa.eu/geninfo/>

24. http://www.elpais.com/articulo/internacional/UE/crea/tarjeta/azul/captar/inmigrantes/cualificados/elpepuint/20080926elpepuint_8/Tes

didas, pero no solo paliativas, sino hacia las raíces que provocan este déficit. Tampoco se asume que debe haber una estrategia definida en recursos humanos donde deberá de apoyar y fomentar la formación en aquellos países que son “donantes” de profesionales cualificados, para que puedan cubrirse también las necesidades locales.

1.2. LOS PARTENARIADOS PÚBLICO PRIVADOS (PPP) Y LOS PARTENARIADOS PARA EL DESARROLLO DE PRODUCTOS (PDP)

El Pacto Mundial²⁵ está seguramente en el origen de la iniciativa más notable puesta en marcha a la hora de involucrar al sector privado en alianzas para el desarrollo. Por primera vez, líderes empresariales, directores de grupos sociales, representantes gubernamentales y técnicos de agencias internacionales comparten una agenda común y discuten regularmente los principales retos del desarrollo y cómo trabajar conjuntamente para resolverlos. Las alianzas público-privadas o partenariados para el desarrollo, son una fuente adicional de recursos financieros, técnicos y de conocimientos al servicio de la lucha contra la pobreza.

Entre los programas preferidos para financiar por los donantes privados están, sin duda alguna, los vinculados al sector sanitario. Los fondos privados, hasta hace poco relativamente insignificantes, representan ahora un cuarto de la totalidad de la ayuda para el desarrollo destinada a salud, y el principal donante es la Fundación Bill y Melinda Gates, con 895 millones de dólares en 2005, y que supone el 65% de toda la ayuda privada mundial, y el equivalente al gasto total de la OMS²⁶.

Junto a las instituciones privadas filantrópicas, también se han introducido con fuerza numerosos organismos de financiación, donantes bilaterales, organizaciones multilaterales y grupos de empresas dedicados a abordar las amenazas a la salud mundial. Al igual que los donantes privados, estos grupos tampoco rinden necesariamente cuentas al público; con frecuencia, responden en forma indirecta a las necesidades percibidas en el plano nacional. En el año 2005, los donantes bilaterales aportaron más de 8.000 millones de dólares a la salud pública.

La fórmula utilizada más frecuentemente para la conjunción de todos estos actores son los Partenariados Público Privados (PPP), donde las instituciones públicas y privadas buscan alcanzar objetivos comunes. Una forma específica de PPP son los Partenariados para el Desarrollo de Productos (PDP) que pretenden encontrar nuevos productos, que comercialmente no tienen una salida clara, para diagnosticar, curar o prevenir enfermedades. Es en estos PDP donde el sector privado lucrativo está teniendo mayor presencia. En salud existen muchos PPP y PDP, algunos de los cuales veremos brevemente a continuación, con diferentes objetivos.

25. www.un.org/spanish/globalcompact/

26. <http://www.imf.org/external/pubs/ft/fandd/spa/2007/12/pdf/bloom.pdf>

1.2.1. El más relevante PPP en este momento es el **Fondo Global de lucha contra el sida, malaria y tuberculosis**, creado en 2002 con el objetivo de aportar cantidades significativas de nuevos recursos económicos en la lucha contra estas tres enfermedades que suponen un obstáculo a la hora de alcanzar unos niveles de salud básicos y una calidad de vida aceptable para los más desfavorecidos del mundo. Desde su creación, el fondo ha comprometido, hasta marzo de 2007, 7.600 millones de dólares en 450 programas de 136 países²⁷. Este Fondo no es un organismo ejecutor, sino financiero, por lo que cobra especial relevancia la calidad de las propuestas que los países receptores puedan presentar. Precisamente para tratar de asegurar la calidad de las propuestas se crearon los Mecanismos de Coordinación País (MCP), que son asociaciones nacionales donde los distintos actores se encuentran, elaboran propuestas de subvención y las someten al Fondo Mundial, según las necesidades prioritarias del país.

El Fondo, creado en torno a la idea del “financiamiento basado en el desempeño”, requiere que los países puedan demostrar resultados mensurables y efectivos de los fondos recibidos para poder optar a financiamiento adicional. Este sistema, que pretende primar intervenciones de utilidad demostrada, en ocasiones choca con un sistema de concesión excesivamente lento (a pesar de que el propio Fondo afirma que tiene un sistema de concesiones rápido²⁸) y farragoso que dificulta la ejecución de iniciativas locales.

Otras mejoras que se reclaman al Fondo Global son una mejor coordinación y armonización entre todas las partes implicadas en los esfuerzos en materia de salud pública, la eliminación de cargas indebidas a los países receptores de la ayuda, una mayor participación de la sociedad civil y la primacía de un enfoque basado en el refuerzo de los sistemas de salud.

Entre los Partenariados para el Desarrollo de Productos (PDP), destacamos varias iniciativas de importancia, si bien podemos avanzar un nexo común en todas ellas: se asume que el *know-how* para la elaboración de productos descansa en la iniciativa privada, lo que habilita la incorporación de este nuevo actor de forma importante a las políticas de cooperación en salud.

1.2.2. La **iniciativa GAVI** (Global Alliance for Vaccines and Immunisation) se creó en el año 2000 con la misión de aumentar el acceso global a los beneficios de la inmunización para disminuir la mortalidad infantil y proteger la salud de la población. Hay multitud de actores que están presentes en esta alianza: los gobiernos, tanto donantes como de países en desarrollo, la Organización Mundial de la Salud (OMS), UNICEF, el Banco

27. http://www.theglobalfund.org/en/files/publications/civilsociety/AnEvolvingPartnership_es.pdf

28. <http://www.theglobalfund.org/es/about/how/>

Mundial, la industria fabricante de vacunas –tanto de países industrializados como de países en desarrollo–, agencias técnicas y de investigación, ONGs y la Fundación Bill y Melinda Gates. Los resultados, desde su fundación, muestran cifras importantes. Se ha vacunado a 213 millones de niños y niñas hasta 2008, evitando 2,3 millones de muertes prematuras²⁹. Además del apoyo a la implementación de programas de vacunación con vacunas ya existentes, promueve el uso de vacunas que no suelen estar dentro de los programas tradicionales de vacunación, como la de la hepatitis B, y la investigación de nuevas vacunas para enfermedades como el cáncer cervical, cólera, encefalitis japonesa, rabia, rubéola y fiebre tifoidea. Para conseguir sus objetivos, GAVI ha adquirido compromisos de contribuciones por valor de más de 2.600 millones de dólares en financiación adicional hasta 2015³⁰.

1.2.3. IAVI (International AIDS Vaccine Initiative), fundada en 1996, es una iniciativa público-privada que trabaja para tratar de acelerar el desarrollo de una vacuna que prevenga el VIH y que sea segura, efectiva y accesible³¹. En la actualidad, el equipo de IAVI ha identificado seis posibles vacunas y ha comenzado la aplicación en pruebas en once países. La mayor parte de las actividades de IAVI se concentra en países en desarrollo, donde se produce el 95 por ciento de las infecciones de VIH/SIDA. El tipo de organizaciones que apoyan esta iniciativa es muy similar a la que apoya la iniciativa GAVI: gobiernos –en 2007 España aportó un millón de euros–, empresas, entre las que destacan las farmacéuticas (como Pfizer, Merck o Bristol Myers), Banco Mundial, fundaciones filantrópicas y centros de investigación.

1.2.4. También para actuar sobre la pandemia del VIH/sida, existe el **International Partnership For Microbicides** (IPM), que es un PDP que nació en 2002 para prevenir la transmisión de VIH y acelerar el desarrollo y la accesibilidad de las mujeres de los países en desarrollo de un microbicida seguro y efectivo contra la enfermedad³². Esta iniciativa se plantea como parte de una estrategia integral contra la infección del VIH y en ella vuelven a aparecer el mismo tipo de actores que en los PDP anteriores: empresas, gobiernos, institutos y organismos multilaterales. Si bien aún no hay resultados definitivos, lo novedoso de este partenariado es que la farmacéutica Merck ha cedido una licencia libre de derechos de un compuesto para desarrollar un posible microbicida vaginal³³.

29. http://www.gavialliance.org/performance/global_results/index.php

30. http://www.gavialliance.org/media_centre/press_releases/2007_09_24_sp_pr_everychild.php

31. <http://www.iavi.org/viewpage.cfm?aid=24>

32. http://www.ipm-microbicides.org/about_ipm/english/index.htm

33. http://www.ipm-microbicides.org/news_room/spanish/press_releases/2008/20080311_merck.htm

1.2.5. La malaria también tiene su PDP. **Medicines for Malaria Venture** (MMV) es una organización con fines no lucrativos creada en 1999 para impulsar el desarrollo de nuevos tratamientos contra la malaria que sean accesibles y efectivos a través de partenariados público-privados³⁴, donde están representados la industria farmacéutica y el sector público. MMV ha realizado unos 60 contratos con centros investigadores públicos y privados, y ya que considera que su misión es una misión de salud pública, la gestión de la propiedad intelectual de los productos desarrollados es un elemento a tener en cuenta, y requiere un trato especial, sobre todo en los países menos desarrollados.

También las iniciativas de búsquedas de nuevas vacunas para la malaria, que tantas esperanzas están provocando para el control de la enfermedad, pueden considerarse PDP, ya que están incluidos diferentes actores públicos y privados para su desarrollo.

1.2.6. Para la tuberculosis también existe un PDP. “**Global Alliance for TB Drug Development**”³⁵ que tiene como misión encontrar nuevos medicamentos antituberculosos, más efectivos y eficaces. La “Global Alliance for TB Drug Development” pertenece al “Stop TB Partnership”, que también busca la eliminación de la tuberculosis como problema público de salud. Desde el año 2000 los actores públicos y privados intentan acelerar la utilización de nuevos tratamientos antituberculosos.

1.2.7. Un PDP que difiere de los anteriores es **Drugs for Neglected Diseases Initiative**³⁶ (DNDi), donde no aparece la empresa farmacéutica. En 2003, 5 institutos públicos, una ONG y la OMS, se reunieron para desarrollar nuevos medicamentos o nuevas formulaciones de los ya existentes para enfermedades olvidadas como malaria, tripanosomiasis o leishmaniasis. En 2008 tenía en marcha 28 acciones en distintas fases del proceso. Esta iniciativa ya ha puesto en circulación dosis combinadas de 2 antimaláricos (artemisinato con amodiaquina). La singularidad de esta iniciativa es que, al contrario que las anteriores, no parece que centre la capacidad de desarrollo de productos en la iniciativa privada lucrativa.

Estas y otras alianzas, no desarrolladas en este capítulo, han logrado que hayan aumentado de manera considerable los recursos y los actores que intervienen en el sector salud, lo que a priori consideramos y valoramos muy positivamente. No obstante, para conocer el impacto de estas alianzas deberemos esperar aún unos años, ya que se tarda una media de 15 años en desarrollar un producto de estas características, y la mayoría de estos PDP tiene su origen a finales de los noventa o principios de esta década. Entre

34. http://www.mmv.org/rubrique.php?id_rubrique=11

35. www.tb Alliance.org

36. www.dndi.org

tanto, un aspecto que nos preocupa del desarrollo de estas iniciativas, y que entendemos debería clarificarse, es la gestión de la accesibilidad. Si bien todas estas iniciativas parecen tener presentes entre sus objetivos la accesibilidad a los productos que desarrollen, parece que la mayoría de los productos desarrollados acabarán en manos de las empresas privadas, que son las que tienen un papel más claro en estos partenariados. Si consideramos que el actual sistema de patentes, unido a la falta de desarrollo de nuevos productos para enfermedades olvidadas y su coste económico, es uno de los factores determinantes en la problemática del acceso a los medicamentos, se entenderá el motivo de nuestra preocupación y nuestra petición de que se aclare esta situación.

Una de las soluciones que se baraja es que la cooperación internacional asuma el gasto que supone introducir estos productos en el mercado de los países empobrecidos, hasta que los gobiernos locales puedan asumirlo. En países donde los sistemas de salud son muy frágiles, es muy difícil que a medio plazo éstos puedan asumir nuevos gastos, ya que primero deberían centrar sus esfuerzos en mejorar su capacidad de gestión a todos los niveles, solucionar los problemas con los recursos humanos y generar las infraestructuras y los medios necesarios para acceder a toda su población. Además, la proliferación de este tipo de iniciativas, cada una con un sistema de información y gestión, no favorece la aplicación de los criterios propuestos en la Declaración de París de no saturar a los países receptores con múltiples sistemas de gestión en los que se pierden grandes recursos económicos y humanos que deben ser destinados a su cumplimentación. Es por lo tanto necesario establecer y aclarar qué mecanismos de coordinación existen en estas iniciativas. Hasta el momento, había consenso mundial en que Naciones Unidas era el organismo que coordinaba las acciones multilaterales y, por tanto, todos los recursos confluían en esta organización. Pero estas iniciativas, que a veces más que apoyar los intereses de las agencias de Naciones Unidas, interfieren en ellos, pueden estar generando un nuevo multilateralismo paralelo, con la participación activa de los países y de las propias agencias de Naciones Unidas, estableciéndose una arquitectura de cooperación sanitaria mucho más compleja, a la que deberemos estar atentos.

Así mismo, están surgiendo nuevas iniciativas que buscan cambiar la dinámica actual del sistema de patentes, desde la creación de un fondo común de patentes para medicamentos contra el VIH/sida³⁷ por parte de UNITAID, hasta la propuesta de un nuevo modelo, donde las investigaciones de nuevos productos se basen en un sistema de premios que asegure la competencia y que pueda negociar el asunto de las patentes.

Habría que preguntarse cuál es la capacidad negociadora y el papel que juegan las instituciones públicas y multilaterales, ya que, sin plantear ninguna condición, pueden quedar, como las privadas filantrópicas, en meros financiadores de iniciativas privadas.

37. http://www.boletinfarmacos.org/092008/ventana_abierta.asp

Sería necesario que todas estas iniciativas buscaran acuerdos que aseguren la sostenibilidad del acceso a los más pobres. Igualmente, habría que darle el valor que se merece a la investigación que no está dirigida por intereses comerciales que se realiza en las sociedades científicas que participan en los PDP, y que generan las ideas y dan los primeros pasos en la creación de nuevos productos que luego desarrolla la empresa farmacéutica.

La revisión del funcionamiento de estas nuevas formas de cooperación en salud pasa por primar el interés social al comercial, y asegurar una sostenibilidad en el acceso en el tiempo, asumiendo que se deberán negociar aspectos tan sensibles como las patentes de estos nuevos productos. Debe conocerse en profundidad quién ejerce el liderazgo en estos PDP y en qué aspectos, asegurar que todos ellos son eficaces y no se superponen entre sí, y que la negociación que se realiza por parte de los inversores públicos y las instituciones lucrativas y no lucrativas sea transparente y pública.

1.3. LA EFICACIA DE LA AYUDA: DE PARÍS A ACCRA

En marzo de 2005, los dirigentes de más de cien países y organismos multilaterales se reunieron en París para cambiar su manera de operar, mejorar sustancialmente el impacto de la cooperación para el desarrollo y asegurar la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio para 2015. De esta reunión nació la Declaración de París sobre la Eficacia de la Ayuda al Desarrollo, un plan práctico basado en la idea de establecer una alianza efectiva entre organismos donantes y países en desarrollo, que refleja un consenso sin precedentes sobre los retos pendientes en esta materia.

La Declaración establece cinco principios fundamentales de actuación para una alianza efectiva para el desarrollo:

- 1. Apropiación.** Los países en desarrollo ejercerán una autoridad efectiva sobre sus políticas de desarrollo y deberán coordinar sus acciones. Los donantes se comprometen a respetar las políticas de los países en desarrollo y a reforzar su capacidad para llevarlas a cabo.
- 2. Alineación.** Los donantes circunscribirán su apoyo a las estrategias nacionales de desarrollo, instituciones y procedimientos de los países receptores.
- 3. Armonización.** Los donantes coordinarán sus actividades y minimizarán el coste que hasta ahora ha supuesto el suministro de ayuda para los países receptores, mediante la armonización de los procedimientos de planificación, financiación y ejecución de los programas de ayuda.
- 4. Gestión orientada a resultados.** Tanto donantes como receptores orientarán sus actividades a obtener los resultados deseados en materia de desarrollo.
- 5. Responsabilidad mutua.** Donantes y socios se harán co-responsables de los resultados obtenidos.

Así mismo, la Declaración fija una serie de metas para 12 indicadores que debían cumplirse en 2010, y cuyos progresos se decidió evaluar en 2008 en Accra (Ghana). El documento contempla, además, un sistema de seguimiento internacional con procedimientos para que donantes y receptores rindan cuentas en sus propios países sobre los compromisos adoptados en la Declaración.

En cuanto a los resultados, el documento de seguimiento realizado para 2008³⁸ revela algunas mejoras con respecto al realizado en 2006³⁹. Así, el número de países que se han adherido al sistema de seguimiento ha pasado de 34 a 54, de modo que registra más de la mitad de la ayuda enviada a los países beneficiarios. Además, se ha mejorado significativamente la calidad de los datos que se utilizan en la encuesta de seguimiento. Sin embargo, y aunque hay avances en todos los indicadores a nivel global, algunos países retroceden. De hecho, en la encuesta se refleja que solamente las metas de 3 de los 12 indicadores pueden ser alcanzadas en 2010 si se sigue en la dinámica actual, mientras que las de otros 3 indicadores pueden cumplirse con un mayor compromiso y los restantes 6 indicadores es muy difícil que se alcancen si los países donantes y receptores no hacen un esfuerzo mucho más intenso.

Debemos resaltar que esta encuesta se realizó de manera voluntaria, y que los países participantes tenían un interés importante en el proceso, por lo que es lógico suponer que los resultados finales serán bastante peores en aquellos países que no han participado en esta encuesta y que no firmaron la Declaración de París.

La Agenda de Acción de Accra (AAA), acordada finalmente en el Tercer Foro de Alto Nivel de Accra⁴⁰, implica un cierto avance en los compromisos suscritos por los signatarios de la Declaración de París y muestra que hay 3 grandes desafíos que la comunidad internacional y los países donantes y receptores deben abordar:

- La asunción de un liderazgo mayor por parte de los países receptores en sus procesos de desarrollo
- La construcción de asociaciones con todos los actores, públicos y privados, mejorando la gestión y coordinación para aumentar el efecto de las medidas de reducción de pobreza.
- La demostración de que los resultados de las medidas que se plantean son positivos, y la mejora en la rendición de cuentas.

38. Encuesta de 2008 de seguimiento de la Declaración de París. ¿Ayuda eficaz en 2010? Lo que hará falta para lograrlo. 3º Foro de Alto nivel sobre la eficacia de Ayuda al Desarrollo

39. Aid effectiveness. 2006 Survey on monitoring the Paris declaration: Overview of the results" OECD Journal on Development: Volume8, N°2, 2006

40. <http://siteresources.worldbank.org/ACCRAEXT/Resources/4700790-1217425866038/FINAL-AAA-in-Spanish.pdf>

Un hecho destacable en la AAA, que puede afectar a la cooperación en salud directamente, es la advertencia a los países donantes de no crear más fondos globales que pueden fragmentar más aún la ayuda, y dedicar sus esfuerzos a fortalecer los sistemas institucionales propios de cada país receptor.

A pesar de los avances conseguidos, la Declaración final de Accra no satisface a todos los actores implicados en cooperación. Las organizaciones de la sociedad civil (OSC) reconocen que se han mejorado muchos aspectos⁴¹, tales como la ampliación democrática en el criterio de apropiación y la inclusión en todas las políticas de la equidad de género; el respeto de los derechos humanos y la sostenibilidad medioambiental; la alineación de los países donantes con los sistemas propios de los países en desarrollo –por lo que se comprometen a canalizar el 50% de la AOD a través de los sistemas fiscales y presupuestarios del país receptor–; el compromiso promovido desde la UE de que los nuevos acuerdos sobre división del trabajo no revierta en una menor cantidad de ayuda asignada para cada uno de los países en desarrollo; o en cuestiones de transparencia y rendición de cuentas.

Sin embargo la AAA no avanza lo suficiente en asuntos como la desvinculación de la ayuda, ya que no se fija una fecha límite para esta desvinculación y tampoco se han llegado a acuerdos para desvincular la ayuda técnica o la ayuda alimentaria. Hay algún avance sobre la condicionalidad de la ayuda (aunque no en la referida a la de nivel macroeconómico) y sobre la previsibilidad de la misma (los donantes deberán suministrar información periódica sobre los desembolsos previstos para 3-5 años); pero estos dos elementos clave son los que menos desarrollados están, y donde más limitaciones se están poniendo para su progreso. Una vez más, los países donantes siguen primando sus propios intereses geoestratégicos, económicos y empresariales, en detrimento de las posibilidades y capacidades de desarrollo de los países empobrecidos.

En cuanto al mensaje de España en la reunión de Accra, cabe destacar el énfasis puesto en la necesidad de transformar la agenda de la eficacia de la ayuda en una agenda de eficacia del desarrollo, donde las necesidades de las personas, y no las específicas de los donantes, se sitúen en el centro de los objetivos y compromisos de esta Agenda.

2. EVOLUCIÓN DE LA AYUDA BILATERAL EN SALUD

Como todos los años, en este apartado del informe analizamos el comportamiento de la cooperación española en salud y lo comparamos con las del conjunto de donantes de la OCDE (CAD), con la UE y con 3 países (Francia, Reino Unido y Suecia) que tienen un gran peso en cooperación, con el fin de observar las diferencias existentes entre nuestra

41. <http://www.congde.org/uploads/documentos/1e680fb8815f6de2b43b155653e07ef3.pdf>

cooperación para el sector salud y la de los donantes mencionados. En este capítulo nos interesa conocer no tanto los datos del año como los acumulados, puesto que lo que pretendemos es analizar tendencias. El periodo elegido es el que va de 2000 a 2006, del primer año en que empezamos a hacer esta comparación, al último año procesado por el CAD. No obstante, en la medida en que dispongamos datos de 2007, y consideremos que son relevantes para el informe, los utilizaremos, como es el caso del monto total de ayuda.

En términos absolutos, en 2007 la Ayuda Oficial al Desarrollo de los países del Comité de Ayuda al Desarrollo (CAD) ascendió a 103.655 millones de dólares, lo que supone 776 millones menos que en 2006, año en que la ayuda alcanzó la cifra de 104.421 millones de dólares⁴².

Los países donantes incluidos en la OCDE, han bajado su porcentaje de ayuda del 0'31% de su Producto Nacional Bruto (PNB) en 2006 al 0'28% en el 2007⁴³, con lo que el porcentaje destinado a cooperación al desarrollo se ha visto disminuido en un 8,4% y, por consiguiente, se aleja cada vez más del objetivo comprometido del 0'7%. Esta disminución se debe, principalmente, al descenso de fondos destinados a la cancelación de la deuda, un elemento importante que explicaba los aumentos de años anteriores (el 21% de toda la AOD de 2005⁴⁴). Muchas veces habíamos criticado la inclusión de estas cancelaciones de deuda en el cómputo de ayuda al desarrollo, como se puede ver en el informe que elaboramos el año pasado, por no ser en realidad todas cancelaciones de deuda y porque realmente no puede decirse que sea un instrumento, al ser algo puntual. De hecho, esta disminución parece demostrar que esta cancelación de la deuda escondía en realidad una disminución de la AOD efectiva canalizada a los países receptores.

Además, debemos destacar que en 2007 de los 22 países del CAD, 5⁴⁵ (Japón, el Reino Unido, EEUU, Francia y Bélgica) muestran descensos importantes en su AOD, dato preocupante, máxime cuando 4 de ellos están dentro de los 5 mayores donantes, y 3 son europeos. Por otro lado, en términos porcentuales, los primeros donantes en AOD/PNB siguen siendo, con pocas variaciones respecto de años anteriores, Noruega, Suecia, Luxemburgo, Países Bajos y Dinamarca, países que registran niveles iguales o superiores al 0,8% del PNB.

42. Todas las cifras de este capítulo serán en dólares constante de 2006, a no ser que se indique lo contrario

43. http://www.realinstitutoelcano.org/wps/portal/rielcano/contenido?WCM_GLOBAL_CONTEXT=/Elcano_es/Zonas_es/ARI75-2008

44. <http://www.realinstitutoelcano.org/analisis/995.asp>

45. FALTA LA NOTA

AOD NETA EN 2006–2007, EN MILLONES DE DÓLARES CORRIENTES				
	2006	2007	AOD/PNB 2007 (en %)	Variación 2006 - 2007
Australia	2.123	2.471	0,30	16,39
Austria	1.498	1.798	0,49	20,03
Bélgica	1.978	1.953	0,43	-1,26
Canadá	3.684	3.922	0,28	6,46
Dinamarca	2.236	2.563	0,81	14,62
Finlandia	834	973	0,40	16,67
Francia	10.601	9.940	0,39	-6,24
Alemania	10.435	12.267	0,37	17,56
Grecia	424	501	0,16	18,16
Irlanda	1.022	1.190	0,54	16,44
Italia	3.641	3.929	0,19	7,91
Japón	11.187	7.691	0,17	-31,25
Luxemburgo	291	365	0,90	25,43
Países Bajos	5.452	6.215	0,81	13,99
Nueva Zelanda	259	315	0,27	21,62
Noruega	2.954	3.727	0,95	26,17
Portugal	396	403	0,19	1,77
España	3.814	5.744	0,41	50,60
Suecia	3.955	4.334	0,93	9,58
Suiza	1.646	1.680	0,37	2,07
Reino Unido	12.459	9.921	0,36	-20,37
EEUU	23.532	21.753	0,16	-7,56
CAD	104.421	103.655	0,28	-0,73

Tabla 2.1. AOD neta en 2006–2007, en millones de dólares corrientes

Fuente: Elaboración propia a partir de datos OCDE

Por lo que respecta a la ayuda bilateral que los países del CAD destinan al sector salud, debemos subrayar que su comportamiento es muy heterogéneo. En conjunto, el CAD destinó en ayuda bilateral en 2006 la cantidad de 8.544 millones de dólares –de 45.796 millones de AOD bilateral–, lo que supone un incremento de 1.800 millones de dólares⁴⁶ con respecto a las cifras del año anterior y que confirma la tendencia ascendente de los últimos años. Tendencia que puede verse interrumpida si, como hemos visto al principio del capítulo, se contagia la tendencia bajista apuntada en AOD en salud por la UE en 2007, que, recordemos, ha supuesto un 13% menos.

En la siguiente tabla podemos ver la evolución de la ayuda en salud respecto a la AOD bilateral distribuible bruta del CAD en el periodo 2000–2006. El porcentaje de AOD distribuible destinado por el CAD a salud en 2006 alcanza el 15,20%, casi el doble del

46. Estas cifras de 2005 varían considerablemente del informe del año anterior en más del 11%, debido a un aumento en la base de datos de este año para 2005 no explicado en el sector de salud reproductiva. Se ha realizado varias consultas a la OCDE sobre esta discrepancia, sin conseguir una respuesta.

porcentaje que se destinaba en el año 2000⁴⁷; este dato supone un aumento muy considerable del peso que el conjunto de donantes otorga al sector salud.

EVOLUCIÓN DE LA AYUDA EN SALUD RESPECTO A LA AOD BILATERAL DISTRIBUIBLE BRUTA DEL CAD 2000-2006

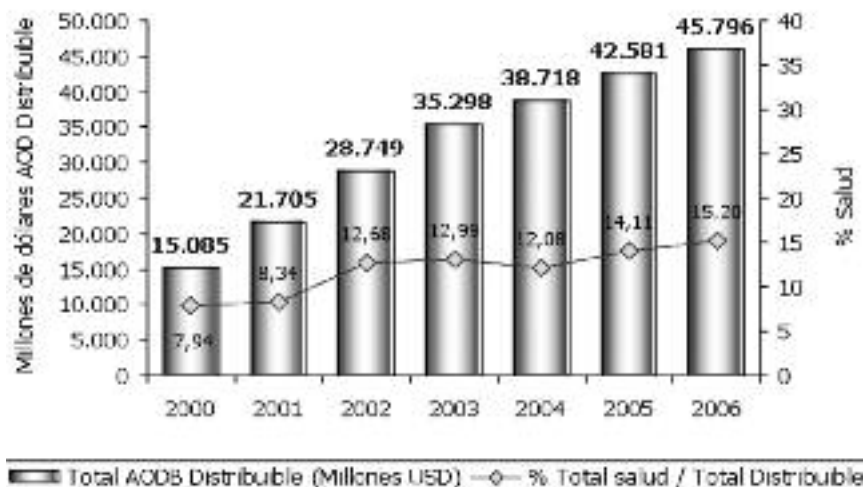


Gráfico 2.1. Evolución de la ayuda en salud respecto a la AOD bilateral distribuíble bruta del CAD 2000-2006. Fuente: Elaboración propia a partir de datos del CAD

Si comparamos en este periodo la evolución del CAD y de la cooperación española, en cuanto a la ayuda bilateral en salud se refiere (gráfica 2.2), podemos observar que existen diferencias sustanciales en su comportamiento. Mientras la tendencia del CAD en este periodo de tiempo es ascendente, lo que puede interpretarse como una apuesta clara por apoyar un sector básico para el desarrollo, el peso de la salud en el conjunto de la cooperación española ha descendido 3 puntos en el mismo intervalo (2000-2006). Este descenso porcentual puede atribuirse a los sucesivos incrementos de AOD que la cooperación española viene realizando en los últimos años, y que han supuesto

47. El cálculo de este porcentaje se realiza sobre la base de la AOD bilateral distribuíble y no sobre el total bruto en salud como se hace en el capítulo 3 por lo que los cifras de los porcentajes destinados a salud varían de forma importante en ambos capítulos. Este análisis obedece a la consideración de que dicho porcentaje es más representativo de la voluntad del donante al focalizarse sólo en la ayuda sectorial o distribuíble (quedando excluidos del cómputo ámbitos como la reorganización de la deuda, la ayuda humanitaria o los gastos administrativos de la ONGD)

que si bien en términos absolutos la ayuda en salud sigue incrementándose, no lo ha hecho en las cantidades necesarias para mantener y aumentar su peso y porcentaje en el conjunto de la cooperación española.

EVOLUCIÓN AOD BILATERAL BRUTA EN SALUD SOBRE AOD DISTRIBUIBLE. CAD-ESPAÑA 2000-2006

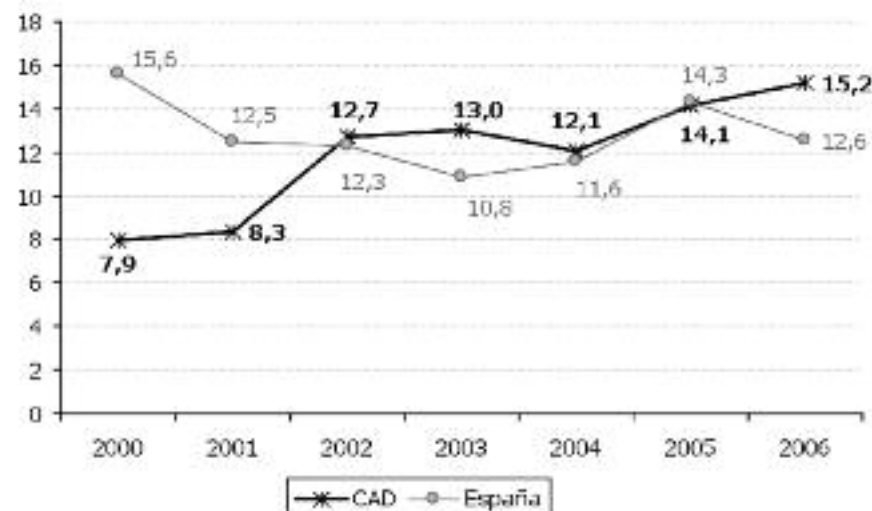


Gráfico 2.2. Evolución AOD bilateral bruta en salud sobre AOD distribuíble. CAD-España 2000-2006. Fuente: Elaboración propia a partir de datos del CAD

La incorporación de nuevos sectores en la estrategia del Plan Director de la Cooperación española, unido al incremento continuado de la AOD en los últimos años, explicaría esta aparente contradicción de incremento de la AOD en salud en términos absolutos y disminución en términos porcentuales. Explicación que, por otro lado, no justifica el descenso del peso relativo que la salud debería tener en una buena política de cooperación.

Si analizamos el porcentaje acumulado en el periodo (gráfica 2.3), España, con un 12,76%, se mantiene una décima por encima de la media del CAD (12,67%) para este intervalo de tiempo, si bien a gran distancia de los países que más dinero destinan al sector salud, como son Reino Unido, Luxemburgo e Irlanda, que duplican lo destinado por España en este intervalo de tiempo.

PORCENTAJE ACUMULADO DE AOD EN SALUD SOBRE EL TOTAL AOD BILATERAL SECTORIAL DISTRIBUIBLE. TODOS LOS MIEMBROS DEL CAD 2000-2006

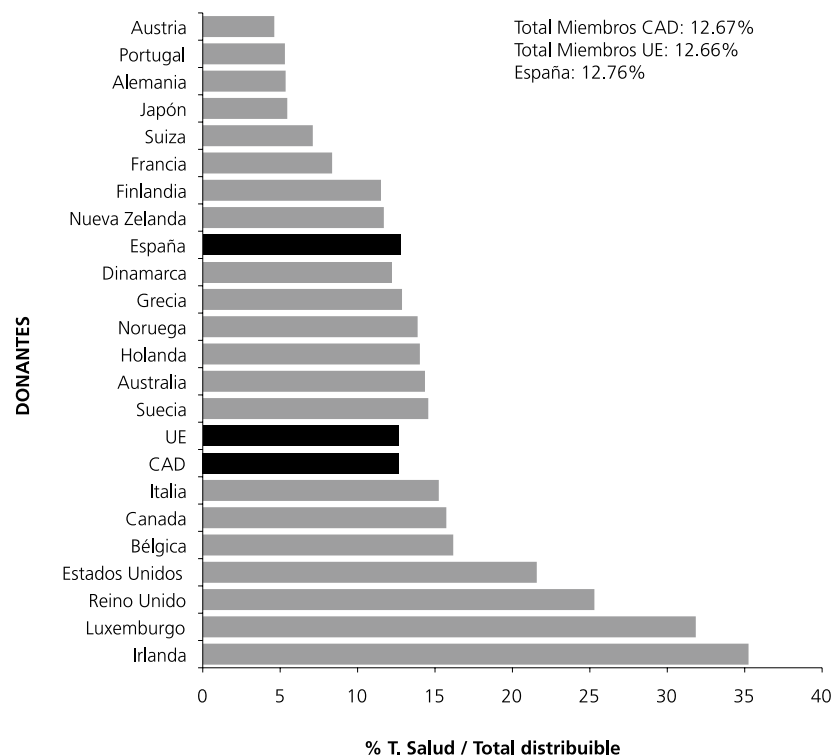


Gráfico 2.3. Porcentaje acumulado de AOD en salud sobre el total AOD bilateral Sectorial Distribuible. Todos los miembros del CAD 2000-2006. Fuente: Elaboración propia a partir de datos del CAD

3. COMPOSICIÓN DE LA AYUDA EN SALUD

En cuanto a la distribución de la AOD dentro del sector salud, ya hemos comentado en anteriores informes que asumimos los 3 subsectores que propone el CAD (salud general, salud básica y salud reproductiva), sin analizar otros que están íntimamente relacionados con la salud, como puedan ser agua y saneamiento. En este sentido, tal y como se aprecia en el gráfico 2.4, se produce un incremento de la ayuda en los tres subsectores del CAD, siendo el aumento más significativo el originado en el subsector de salud reproductiva que incrementa su ejecución en cerca de un 1.500% desde el año 2000

hasta el 2006. Otra característica del comportamiento de los países del CAD con respecto a este subsector es que, desde 2003, es el que más dinero recibe, hasta alcanzar en 2006 el 46% de toda la AOD destinada a salud. Salud general y salud básica, por su parte, también incrementan sus presupuestos de manera muy notable, alrededor de un 400% en el mismo periodo, aunque el peso del subsector de la salud básica (30%) es algo mayor que el de salud general que en 2006 ha supuesto un 24%.

EVOLUCIÓN DE LA AOD BILATERAL BRUTA DESTINADA A LOS SECTORES DE SALUD TODOS LOS PAÍSES DEL CAD 2000-2006 (MILLONES DE USD)⁴⁸

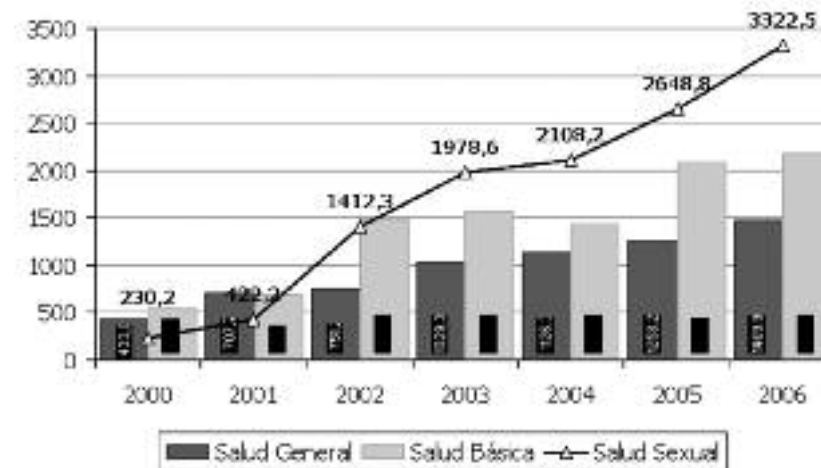


Gráfico 2.4. Evolución de la AOD bilateral bruta destinada a los sectores de salud. Todos los países del CAD 2000-2006 (millones de USD)⁴⁹
Fuente: Elaboración propia a partir de datos del CAD

Si comparamos la distribución por subsectores entre España, el CAD y otros donantes en el periodo que comprenden los años 2000 y 2006, observamos aún grandes diferencias en las tendencias, aunque, a medida que vamos incorporando nuevos años al análisis, se van reduciendo.

48. La discrepancia en los datos de 2005 con respecto a los suministrados por el CAD el año pasado se observan mejor en esta gráfica, donde la salud reproductiva alcanza los 2.648 millones de dólares, mientras que en los datos del informe del año pasado solo alcanzaban 2.108 millones

49. La discrepancia en los datos de 2005 con respecto a los suministrados por el CAD el año pasado se observan mejor en esta gráfica, donde la salud reproductiva alcanza los 2.648 millones de dólares, mientras que en los datos del informe del año pasado solo alcanzaban 2.108 millones

No obstante, aún existen diferencias notables en algunos aspectos que merecen la pena ser destacados. Para empezar, la asignación de la ayuda entre los subsectores mencionados sigue siendo una asignatura pendiente de muchos de los países del CAD, entre ellos España. Así, vemos como la cooperación española ha destinado únicamente un 13,7% del total de AOD destinada a Salud al subsector de Salud Reproductiva, mientras que la media de los países del CAD se sitúa en un 42% y la de la UE en un 26,3%. Justo es resaltar el esfuerzo que viene realizando la cooperación española en los últimos años para reducir esta brecha, como demuestra el hecho de que en 2007 se haya destinado a este subsector el 22,96% del total de la AOD en Salud.

Un dato característico de la cooperación española es su apuesta por el subsector Salud Básica, que absorbe, en el periodo analizado, más de la mitad de los fondos destinados a Salud, y es una tendencia que se mantiene claramente, ya que en 2007 ha supuesto un 64,65% del total AOD en salud.

A la vista de estos datos no cabe más que afirmar que la cooperación española debe tratar de alcanzar cierto equilibrio entre los tres subsectores si aspira a contribuir de una forma más eficaz a los ODM relacionados con la salud.

DISTRIBUCIÓN AOD BILATERAL BRUTA EN SALUD POR COMPONENTES 2000-2006(%)						
Subsectores	España	CAD	UE	R.Unido	Suecia	Francia
Salud General	33,8	23,5	39,2	28,2	30,9	92,5
Salud Básica	52,6	34,6	34,4	35,4	27,8	5,5
Salud Reproductiva	13,7	42,0	26,3	36,4	41,3	2,0
Total Salud	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Total Salud/AOD Bilateral Distribuible	12,8	12,7	12,2	24,9	14,1	8,3

Tabla 2.2 Distribución AOD bilateral bruta en salud por componentes 2000-2006(%)
Fuente: Elaboración propia a partir de datos del CAD

Si profundizamos en el análisis de los subsectores CRS, seguimos observando una serie de aspectos diferenciales con respecto al resto de países donantes, al igual que en años anteriores, en las prácticas de la cooperación española.

a. Subsector salud general. En primer lugar debemos apuntar que España continúa a la cola de los países donantes que apoyan las políticas sanitarias de los países receptores de ayuda, aspecto fundamental para el desarrollo y fortalecimiento de los sistemas sanitarios públicos. En el periodo analizado, España destinó a este concepto un 5,8%, lo que equivale a 17,7 puntos menos que la media de la UE (23,5%) y 8,5 puntos menos que la media del CAD (14,3%). En este apartado destaca la cooperación Francesa que destina el 50,6% de toda su AOD en salud a este subsector CRS, aspecto que unido a la priorización que hace de la investigación médica, que supone un 37,3% de su AOD en salud (0,4% España), justifica su apuesta por la salud general y define perfectamente cuáles son sus prioridades en el trabajo que realiza en salud. (ii) En segundo lugar, cabe destacar el hecho de que la AOD española destine al subsector Servicios Médicos un 25,8%, 21 puntos por encima de la media del CAD y 18,7 puntos por encima de la media de la UE, en un reflejo de esa descompensación entre sectores ya mencionada. (iii) En tercer lugar queremos destacar que, en un contexto mundial de carencia de recursos humanos sanitarios, el subsector enseñanza y formación médica apenas recibe la atención de los países donantes (1% del total de la ayuda que los países del CAD destinan a Salud; 1,7% España).

b. Subsector salud básica. Como ya hemos visto, España es el país que más fondos destina a este subsector (52,5%); (i) la mayor diferencia con respecto al resto de donantes se da en los fondos que la cooperación española destina a infraestructura básica (un 22,6%), 16 puntos por encima de la media de los países del CAD (6,3%); (ii) y Atención sanitaria (15,5%) donde toma especial protagonismo la cooperación sueca (22,1%); (iii) las actividades preventivas y de formación no aparecen como grandes prioridades para la cooperación española, si bien tanto en educación sanitaria y formación de personal pone más empeño que el resto de donantes.

c. Subsector salud reproductiva. El trabajo en salud reproductiva aparece como una prioridad para la mayoría de los países del CAD (42%) pero no para la cooperación española (13,7%), si bien insistimos en el esfuerzo que España viene realizando en los últimos años por mejorar en este aspecto (22,96% en 2007). (i) Comparten todos los donantes su escaso interés por las políticas de población, planificación familiar y formación, (ii) concentrándose la ayuda en la lucha contra las ETS, incluido VIH/sida.

DISTRIBUCIÓN AOD BILATERAL BRUTA EN SALUD SUBSECTORES CRS 2000-2006(%)						
Sectores Salud//Subsectores CRS	España	CAD	UE	R.Unido	Suecia	Francia
SALUD GENERAL						
12110 Política Sanitaria y Gestión Admtva.	5,8	14,3	23,5	22,7	22,0	50,6
12181 Enseñanza y Formación médica	1,7	1,0	1,8	0,2	0,0	1,9
12182 Investigación médica	0,4	3,3	7,6	4,3	4,8	37,3
12191 Servicios Médicos	25,8	4,8	7,1	0,9	4,2	2,7
Total Salud General	33,8	23,5	39,9	28,2	30,9	92,5
SALUD BÁSICA						
12220 Atención Sanitaria	15,5	13,3	11,2	7,2	22,1	0,6
12230 Infraestructura Básica	22,6	6,3	5,5	0,6	1,0	1,6
12240 Nutrición Básica	2,9	1,8	1,5	1,1	0,6	0,0
12250 Control de Enfermedades Infec.	6,3	11,8	12,8	24,1	2,3	3,0
12261 Educación Sanitaria	2,6	0,8	1,4	2,2	1,0	0,1
12281 Formación de Personal Sanitario	2,6	0,6	1,1	0,2	0,7	0,2
Total Salud Básica	52,5	34,6	33,3	35,4	27,8	5,5
SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA						
13010 Política sb. Población y Gestión Ad.	0,1	4,6	0,6	0,5	0,7	0,0
13020 Atención en Salud Reproductiva	6,3	3,9	6,0	7,2	15,1	0,2
13030 Planificación Familiar	0,1	4,1	3,9	6,0	0,0	0,0
13040 Lucha contra ETS, incluido VIH/sida	7,0	29,4	16,1	22,7	25,4	1,8
13081 Formación para población y S. Reprod.	0,2	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0
Total Salud Reproductiva	13,7	42,0	26,8	36,4	41,3	2,0
Total Salud	100	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
T.Salud /AOD Bil. Sectorial	12,8	13,6	13,0	26,8	15,5	8,9

Tabla 2.3 Distribución AOD bilateral bruta en salud subsectores CRS 2000-2006(%)

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del CAD

En un hipotético escenario de división del trabajo, al cual los países de la UE aspiran en materia de cooperación, los desequilibrios producidos por el interés de los países donantes en cooperar en un subsector determinado, y no otro, se vería compensado y se garantizaría que no habría subsectores huérfanos, respondiendo planificada y ordenadamente al conjunto de las políticas sanitarias de los países receptores. Entre tanto, salvo por el trabajo que todos los donantes analizados, excepto España, vienen realizando en el apoyo a las políticas sanitarias, los datos apuntan una tendencia generalizada a apoyar los aspectos más asistenciales de la cooperación e ignorar los aspectos más preventivos de la misma, como puedan ser la educación sanitaria, la formación, la nutrición, la planificación familiar o la propia investigación médica.

4. DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA DE LA AYUDA EN SALUD

El análisis de la distribución geográfica de la ayuda lo realizaremos tomando en consideración tres enfoques complementarios. En primer lugar, abordaremos la asignación de la ayuda según el nivel de renta de los países; en segundo lugar, examinaremos la distribución por continentes y regiones para, en tercer lugar, finalizar con el análisis de cuáles son los principales países receptores de ayuda. En todos los casos nos centraremos en los datos más significativos y su comportamiento en relación a la cooperación española.

a. Distribución de la AOD en salud según nivel de renta de los países

Dada la relación directa entre pobreza y salud, parece lógico que sean los Países Menos Adelantados (PMA) y los de Renta Baja quienes reciban la mayor cantidad de ayuda de la cooperación internacional. En este sentido, observamos con satisfacción el esfuerzo realizado por la cooperación española en los últimos años por incrementar la AOD en salud a los PMA (27,1%), lo que le ha permitido acercarse a la media de los países del CAD (28,9%), si bien aún debe hacer frente al reto de aumentar la ayuda a los países de renta baja (9,6%), pues en este aspecto aún está lejos de la media de los países del CAD (17,5%) y de la UE (21,9%).

Se mantiene como seña de identidad de la cooperación española su fuerte presencia en países de renta media (54,8%), motivado sin duda alguna por los vínculos que nos unen a América Latina. La media de los países del CAD para estos países se sitúa en el 22,5% y la de UE en un 19,8%. Francia es el país que, tras España, más dedica a este grupo de países.

Un aspecto muy destacable, en lo que a distribución de la ayuda según nivel de renta, es el elevado porcentaje que se engloba en el denominado "total sin localizar por ingresos". Como podemos ver en la tabla 2.4, hasta el 31,2% de la AOD en salud del CAD y el 23,6% de la AOD en salud de la UE no se puede asignar a un país determinado. Si nos centramos en los países incorporados a este análisis, vemos que la cooperación sueca imputa en este concepto el 42,7% de su ayuda, Francia el 26,1% y Reino Unido el 22%. Entendemos que esto es debido principalmente al apoyo que los diferentes países donantes realizan a programas regionales, lo cual nos parece acertado, si bien consideramos no debería ser obstáculo para poder disponer de un sistema que, en un ejercicio de responsabilidad y transparencia, nos permitiera saber a qué países se destina la AOD sanitaria, para evitar análisis errados que nos lleven a conclusiones erróneas.

DISTRIBUCIÓN SEGÚN NIVEL DE RENTA: AOD % BILATERAL BRUTA EN SALUD 2000-2006						
Nivel de renta	España	CAD	UE	R.Unido	Suecia	Francia
Países Menos Adelantados	27,1	28,9	34,7	28,5	32,8	28,2
P. Renta Baja	9,6	17,5	21,9	40,3	13,3	9,4
Total P. Renta Baja	36,6	46,4	56,6	68,9	46,1	37,6
P. Renta Media-Baja	49,3	18,9	15,5	6,5	9,6	22,1
P. Renta Media-Alta	5,5	3,5	4,3	2,6	1,5	14,2
Total P. Renta Media	54,8	22,5	19,8	9,2	11,1	36,3
Total sin localizar por ingreso	8,6	31,2	23,6	22,0	42,7	26,1
Total Salud	100	100	100	100	100	100

Tabla 2.4. Distribución según nivel de renta: AOD % bilateral bruta en salud 2000-2006.
Fuente: Elaboración propia a partir de datos del CAD

b. Distribución de la AOD en salud por continentes y regiones

Por regiones, África es el continente que más AOD en salud recibe del conjunto de países donantes (45,3% de UE, 35,8% del CAD), si bien el comportamiento de la cooperación española en este continente (37,9%) aporta un matiz que no aparece, o lo hace muy residualmente, en el resto de cooperaciones; nos referimos a la cooperación que se viene realizando con los países del norte de África (6,3%), especialmente con Marruecos. En cualquier caso, es evidente que la realidad del África subsahariana, que acoge a la mayoría de los países más empobrecidos del planeta, constituye un argumento irrefutable para el conjunto de países donantes.

A partir de aquí, el comportamiento de la cooperación española presenta más diferencias que similitudes con el resto de países analizados. La vinculación histórica que España mantiene con América Latina explica que este continente reciba el 32% de la AOD española en salud, frente al 7,4% de media para los países del CAD y a un 7,9% para los de la UE, aportes, como vemos, que están muy lejos de los realizados por la cooperación española. Los vínculos históricos, muy presentes en muchos de los países donantes, explicarían, a su vez, las preferencias de Reino Unido por el continente asiático, que recibe el 38,8% de su ayuda en salud. Precisamente Asia ocupa el tercer lugar en las preferencias de la cooperación española, y observando los totales destinados a esta región, podemos comprobar que la ayuda española (25,6%) está en los promedios del CAD (25,8%) y de la UE (25,7%), si bien, a diferencia del resto de países, la ayuda española se centra principalmente en los países de Extremo Oriente (19,9%), lo que convierte a esta subregión en la segunda en cuanto a asignación de ayuda sanitaria por parte de la cooperación española se refiere. Es evidente que esta preferencia por Extremo Oriente no responde a criterios exclusivamente de pobreza o a especiales vínculos históricos, por lo que este dato sugiere la necesidad de acudir a criterios políticos y comerciales para explicar su peso en la cooperación española.

DISTRIBUCIÓN REGIONAL: AOD % BILATERAL SALUD 2000-2006						
Regiones	España	CAD	UE	R.Unido	Suecia	Francia
Norte de África	5,7	6,3	1,3	0,0	0,1	3,5
África Subsahariana	30,3	31,6	35,8	41,0	40,8	45,7
Total África	35,9	37,9	37,1	41,0	40,9	49,3
Norte y Centro de América	18,5	18,5	4,2	0,8	8,8	3,2
Sur de América	13,5	13,5	3,1	1,0	0,8	7,7
Total América	32,0	32,0	7,4	1,8	9,7	11,0
Extremo Oriente	23,3	19,9	9,3	6,3	5,9	8,0
Centro y Sur Asia	3,2	2,8	11,9	31,9	9,7	1,4
Medio Oriente	2,5	2,8	4,6	0,6	2,5	1,0
Total Asia	29,0	25,6	25,8	38,8	18,1	10,4
Oceanía	0,0	0,0	2,4	0,0	0,0	8,0
Europa	0,5	0,5	1,7	0,3	2,6	0,6
Total sin localizar por ingreso	2,6	4,0	25,6	18,1	28,7	20,7
Total Salud	100,0	100	100	100	100	100

Tabla 2.5. Distribución Regional: AOD % Bilateral salud 2000-2006
Fuente: Elaboración propia a partir de datos del CAD

Una vez más, el alto porcentaje de ayuda incluido en el concepto "Total sin localizar por ingreso" (25,6% de la realizada por el conjunto de los países del CAD) limita las conclusiones extraídas en este capítulo, si bien entendemos no cambia las tendencias seguidas por el conjunto de países donantes. Tenemos que agradecer en este sentido el esfuerzo que la cooperación española viene realizando en ubicar la ayuda y evitar así la utilización de este concepto que dificulta el necesario análisis para conocer cuál es realmente el destino geográfico de la ayuda.

c. Principales países receptores de AOD en salud.

Cuando observamos, en el periodo analizado, el comportamiento de la cooperación española y lo comparamos con el resto de los países donantes en relación a la distribución de la AOD sanitaria por países, observamos algunos hechos que consideramos destacables. Para realizar este análisis, hemos tomado los 10 países⁵⁰ que más AOD en salud han recibido por parte de cada uno de los países donantes analizados, así como aquellos que resultan de las medias del CAD y de la UE.

50. La comparación entre la tabla publicada en el Informe de 2007 con información entre 2000 y 2005, y la comprobación que hemos realizado para este mismo periodo muestra fuertes diferencias en porcentajes y países en tres columnas, las correspondientes a España, Suecia y Francia. Parece que la OCDE hace revisiones de esta información, sin que se especifique la periodicidad o características de las mismas, y es la razón de que aparezcan este año Mayotte (Mahoré) y Wallis & Futuna en la columna de Francia.

Si analizamos el comportamiento de algunas de las cooperaciones de nuestro entorno, observamos como Reino Unido concentra el 70% de su AOD en salud en 10 países, y es India, país con quien mantiene vínculos históricos, el primer receptor, con un 21,2%. La cooperación sueca concentra, en el mismo número de países, el 67,6% de su ayuda, y son Zambia (15,3%) y Uganda (10,2%) los países que más ayuda reciben. El comportamiento de Francia es, cuanto menos, singular. El 58,8% de la AOD en salud la concentra en 10 países y de ellos es Senegal, país con quien mantiene vínculos históricos, el primer receptor con un (13,5%), la isla de Mayotte, cerca de la costa de Mozambique (13,2%) el segundo y la isla de Wallis y Futuna en el Pacífico (8,4%) el tercero. Curiosamente, estos dos últimos territorios, que son administrativamente franceses⁵¹, y que forman parte de la UE, reciben el 21,6% del total de la AOD que Francia destina a salud, lo que supone que, dado que son territorio francés, revierte directamente en el propio país, hecho que no deja de ser, cuanto menos, controvertido. Sin duda, datos como éste avalan la necesidad de una profunda revisión de los parámetros que definen en el CAD lo que puede o no considerarse cooperación a nivel geográfico, y ser más estrictos en su asignación y cómputo. No parece lógico utilizar los recursos de la cooperación para cubrir necesidades de territorios considerados europeos, aunque sean de ultramar, e inflar de este modo las cifras que destinan los países a cooperación, pudiendo los donantes acercarse falsamente a cumplir los compromisos internacionales adquiridos.

En lo que se refiere a la cooperación española, tenemos que decir que concentra, en el mismo número de países, sólo el 54,2% de la AOD destinada a salud, y tiene, además, a Indonesia, con un 10,9% como principal receptor de ayuda. A partir de estos datos es lógico concluir que la dispersión de la cooperación española es mayor que la de los países de su entorno analizados.

En este estudio del comportamiento geográfico de la cooperación española vemos que 3 países asiáticos (Indonesia, China y Filipinas) figuran entre los 10 países que más AOD en salud han recibido, un 19%, en el periodo analizado. La lista la completan 3 países del África Subsahariana (Mozambique, Uganda y Guinea Ecuatorial), 3 de América Latina (Bolivia, Honduras y Perú), que suman respectivamente un 13,5%, y 1 del Norte de África (Marruecos, con el 4,4%).

51. http://www.diplomatie.gouv.fr/fr/france_829/decouvrir-france_4177/france-a-z_2259/carte-france-dynamique_16619/index.html

PRINCIPALES PAÍSES RECEPTORES DE AOD BILATERAL BRUTA EN SALUD. 2000-2006 (PORCENTAJE SOBRE EL TOTAL DE AOD EN SALUD)											
España		CAD		UE		R.Unido		Suecia		Francia	
Indonesia	10,9	India	5,9	India	8,6	India	21,2	Zambia	15,3	Senegal	13,5
Mozambique	6,7	Iraq	4,1	Tanzania	4,4	Kenya	7,6	Uganda	10,2	Mayotte	13,2
Bolivia	6,5	Tanzania	3,8	Mozambique	4,1	Pakistan	6,9	Bangladesh	8,3	Wallis y Futuna	8,4
Marruecos	4,4	Kenya	3,7	Kenya	3,9	Bangladesh	6,2	Tanzania	7,1	Tailandia	4,0
China	4,4	Indonesia	3,7	Zambia	3,7	Malawi	6,0	Vietnam	6,6	Costa de Marfil	3,9
Filipinas	3,8	Mozambique	3,6	Bangladesh	3,6	Nigeria	5,7	Nicaragua	5,4	Burkina Faso	3,4
Honduras	3,7	Uganda	3,5	Uganda	3,4	Zimbabwe	4,7	Kenya	4,6	Madagascar	3,3
Uganda	3,5	Zambia	3,4	Indonesia	3,4	Ghana	4,4	Palestina	3,8	Brasil	3,3
Perú	3,3	Nigeria	3,1	China	3,3	China	4,0	Angola	3,5	Camerún	3,1
Guinea Ecuatorial	3,2	Bangladesh	2,9	Ghana	3,2	Tanzania	3,3	Honduras	2,8	Niger	2,7

Tabla 2.6. Principales países receptores de AOD bilateral bruta en salud. 2000-2006 (porcentaje sobre el total de AOD en salud) Fuente: Elaboración propia a partir de datos del CAD

De los 3 países asiáticos, Indonesia, el primer receptor de AOD sanitaria, destaca por el hecho de que no esté entre las prioridades geográficas⁵² de la cooperación española. China, que aparece entre los países preferentes, es el quinto país que más AOD recibe (4,4%), pese a ser, por otra parte, primer donante de África. De los 3 países del África subsahariana, Uganda tampoco está entre las prioridades geográficas de la cooperación española, mientras Guinea Ecuatorial figura entre los países de atención especial. Sólo Mozambique, al igual que los 3 países de América Latina, Marruecos y Filipinas, el otro país de Asia que configura esta lista, son países prioritarios de la cooperación española.

52. Plan Director 2005 – 2008. Pág 100 a 102.

PRIORIDADES GEOGRÁFICAS DE LA COOPERACIÓN ESPAÑOLA 2005 - 2008	
Relación de áreas y países prioritarios	
Latinoamérica	Honduras , Nicaragua, El Salvador, Guatemala, Haití, República Dominicana Paraguay, Bolivia , Perú y Ecuador
Magreb, Oriente Medio y Próximo	Argelia, Marruecos , Mauritania, Túnez y Población Saharai, Territorios Palestinos
África Subsahariana	Mozambique , Angola, Namibia, Senegal y Cabo Verde
Asia y Pacífico	Filipinas y Vietnam
Relación de países con atención especial	
Latinoamérica	Cuba y Colombia
Oriente Medio	Irak, Líbano y Siria
África Subsahariana	Congo, Etiopía, Guinea Ecuatorial , Sudán, Guinea Bissau
Asia y Pacífico	Timor Oriental, Afganistán, Camboya. Países del Sureste Asiático que han padecido las consecuencias del maremoto de 2004.
Europa Central y Oriental	Bosnia y Herzegovina y Albania
Relación de países preferentes	
Latinoamérica	Costa Rica, Brasil, México, Chile, Venezuela, Panamá, Argentina y Uruguay
Oriente Medio	Egipto y Jordania
África Subsahariana	Santo Tomé y Príncipe, Sudáfrica
Asia y Pacífico	Bangladesh, y China
Europa Central y Oriental	Países de renta media-baja candidatos a la adhesión a la Unión Europea y países que pudieran precisar ayuda puntual en el marco del Pacto de Estabilidad para el Sudeste de Europa

Tabla 2.7. Prioridades Geográficas de la cooperación Española. Fuente: Plan Director 2005 – 2008 de la cooperación española

La conclusión más evidente es que los resultados obtenidos no responden ni a criterios de planificación estratégica, ni a criterios de pobreza, ni a vínculos históricos y sí a criterios comerciales. Estamos ante una de las consecuencias de la más que cuestionable utilización que la cooperación española hace de la ayuda reembolsable que, tal y como plantea la estrategia de salud de la cooperación española, no es un instrumento adecuado para utilizar en un ámbito tan sensible como la cooperación sanitaria.

Por otro lado, seguimos insistiendo en la necesidad de que la cooperación internacional en general, y la española en particular, reflexionen sobre la presencia de China entre los países de mayor recepción de ayuda sanitaria, cuando es un país que cuenta con una cooperación exterior importante, pero que, como ya dijimos al principio del capítulo, no asume los compromisos de París sobre eficacia de la ayuda.

Si analizamos la cooperación española y la comparamos con el comportamiento de la media de los países del CAD y de la UE, vemos que:

- Entre los 10 principales países receptores de AOD en salud de la cooperación del CAD y de la UE, no aparece ninguno de América Latina.
- India, país que no está entre los 10 países que más ayuda en salud han recibido de la cooperación española, es el principal país receptor de ayuda de los países del CAD y de la UE, quizás en parte como consecuencia de la contribución que realiza el Reino Unido.
- Las coincidencias de la cooperación española con el CAD y la UE, en cuanto a prioridades geográficas se refiere, se limitan a tres países con el CAD y a cuatro con la UE, dos de los cuales (Indonesia y Uganda) no están entre las prioridades de España y, en coherencia, no deberían estar entre los 10 que más AOD en salud reciben de nuestra cooperación.
- Entre los 10 principales países receptores de AOD en salud, el CAD y la UE comparten 8 países: India, Tanzania, Kenia, Indonesia, Mozambique, Uganda, Zambia y Bangladesh. En el caso del CAD completan el listado de los 10 países Iraq y Nigeria, mientras que en lo que se refiere a la UE son China y Ghana.
- Tanto la UE como el CAD cuentan con 6 países del África subsahariana dentro de los 10 mayores países receptores de ayuda sanitaria, además con un peso parecido: 22,7% y 21,1% respectivamente. Es lógico concluir que este dato sí responde a criterios de pobreza y, por consiguiente, a necesidades de salud.

PRINCIPALES PAÍSES RECEPTORES DE AOD BILATERAL BRUTA EN SALUD. 2000 -2006 (PORCENTAJE SOBRE EL TOTAL DE AOD EN SALUD)					
España		CAD		UE	
Indonesia	10,9	India	5,9	India	8,6
Mozambique	6,7	Iraq	4,1	Tanzania	4,4
Bolivia	6,5	Tanzania	3,8	Mozambique	4,1
Marruecos	4,4	Kenya	3,7	Kenya	3,9
China	4,4	Indonesia	3,7	Zambia	3,7
Filipinas	3,8	Mozambique	3,6	Bangladesh	3,6
Honduras	3,7	Uganda	3,5	Uganda	3,4
Uganda	3,5	Zambia	3,4	Indonesia	3,4
Perú	3,3	Nigeria	3,1	China	3,3
Guinea Ecuatorial	3,2	Bangladesh	2,9	Ghana	3,2

Tabla 2.8. Principales países receptores de AOD bilateral bruta en salud. 2000 -2006 (porcentaje sobre el total de AOD en salud). Fuente: Elaboración propia a partir de datos del CAD

5. INSTRUMENTACIÓN DE LA AYUDA

Existe el consenso generalizado de que la ayuda reembolsable no es eficaz ni adecuada en la cooperación en salud. De ahí la crítica constante que venimos realizando al uso que la cooperación española venía realizando de este instrumento. Justo es reconocer que en 2006 la ayuda reembolsable ha dejado de tener la importancia que tuvo en años anteriores en la cooperación española⁵³, aunque, como veremos en el siguiente capítulo, aún es pronto para saber si es un hecho coyuntural o estamos ante un cambio de tendencia. Como es lógico, en el análisis que realizamos en este capítulo, que abarca un periodo de varios años (2000 a 2006), no aparece reflejado este y otros hipotéticos cambios, de ahí que realicemos este comentario a modo de introducción antes de abordar el capítulo de la instrumentación de la ayuda.

Dicho esto, lo primero que observamos es que, de las cooperaciones analizadas, la española aparece como la que ha hecho un uso más importante de la ayuda reembolsable en el sector salud. En el periodo analizado, el 31,42% del total de la AOD destinada a salud lo ha sido vía ayuda reembolsable (lo que supone una bajada de 5.5 puntos menos con respecto al año pasado). Francia ha utilizado este instrumento residualmente, y en un sector, el de salud básica que apenas tiene peso en su cooperación en salud (lo que explica ese aparentemente elevado 22%), mientras que Suecia y Reino Unido no lo han utilizado en absoluto.

Por otro lado, aunque las cifras no son elevadas, vemos como la UE destina el doble a ayuda reembolsable que el CAD, un 4,92% frente a un 2,54% de su AOD sanitaria respectivamente. La ayuda reembolsable europea en salud ha disminuido en el periodo cerca de dos puntos con respecto al año pasado, lo que debe valorarse muy positivamente, ya que responde a una petición reiterada de las ONGD que elaboramos este informe. Por otro lado, es bastante probable que si España mantiene la tendencia actual de reducir este tipo de ayuda, los porcentajes de la Unión Europea y el CAD seguirán descendiendo hasta poder ser considerados residuales, ya que nuestro país es en buena parte responsable del mismo al ser de los pocos que utiliza este instrumento en salud.

En el caso de la cooperación española, más de la mitad de los fondos (el 56,74%) destinados, en el periodo analizado, al subsector Salud General, lo ha hecho mediante ayuda reembolsable, mientras que esta vía ha supuesto un 23,02% en Salud Básica y un 1,19% en Salud Sexual. Los capítulos “servicios médicos” e “infraestructuras sanitarias” absorben gran parte de esta ayuda.

53. “La salud en la cooperación al desarrollo y la acción humanitaria”. Informe 2007

PORCENTAJE DE AYUDA REEMBOLSABLE RESPECTO AL TOTAL DE AOD DE CADA SUBSECTOR CRS. 2000-2005.						
	España	CAD	UE	R. Unido	Suecia	Francia
Total Salud	31,42	2,54	4,92	0	0	2,08
S. General	56,74	5,56	6,61	0	0	0,94
S. Básica	23,02	3,43	6,44	0	0	22,09
S. Sexual	1,19	0,11	0,41	0	0	0,00

Tabla 2.9. Porcentaje de ayuda reembolsable respecto al total de AOD por subsectores 2000-2006. Fuente: Elaboración propia a partir de datos del CAD

Si realizamos el análisis tomando como variable principal el nivel de renta de los países receptores de ayuda, lo primero que llama la atención es que la cooperación española ha utilizado este tipo de ayuda con países encuadrados en todos los niveles, y destacan, por ello, negativamente los elevados porcentajes de esa ayuda reembolsable destinados a PMA (20,27%), a países de renta baja (43,82%) y media-baja (39,07%). Y decimos que destaca negativamente por entender que se ha utilizado este tipo de ayuda con países empobrecidos, oprimidos por su deuda externa y que albergan importantes carencias en el sector salud, con sistemas muy débiles y escasos recursos humanos y financieros.

Ya hemos comentado que la ayuda reembolsable de por sí no es un instrumento adecuado desde el punto de vista de la eficacia de la ayuda, pero su uso con este tipo de países hace que nos cuestionemos el concepto de ayuda ya que es indudable el impacto negativo que a medio plazo tiene para los países receptores de la misma. Es urgente que el conjunto de países donantes revise la ayuda y sus instrumentos, para evitar que se practique el reembolso, especialmente en sectores sensibles, como es el caso de los servicios sociales básicos o la ayuda humanitaria.

PORCENTAJE DE AYUDA REEMBOLSABLE RESPECTO AL TOTAL DE AOD EN SALUD SEGÚN NIVEL DE RENTA DE PAÍSES RECEPTORES 2000-2006						
	España	CAD	UE	R.Unido	Suecia	Francia
Total	31,42	2,54	4,92	0,00	0,00	2,08
Países Menos Adelantados	20,27	0,63	1,28	0,00	0,00	0,11
Otros Países de Ingreso Bajo	43,82	1,99	3,88	0,00	0,00	5,10
Países de Ingreso Medio/Bajo	39,07	9,70	21,05	0,00	0,00	5,54
Países de Ingreso Medio/Alto	45,19	4,72	8,52	0,00	0,00	2,41
Países No Especificados	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Tabla 2.10. Porcentaje de ayuda reembolsable respecto al total de AOD en salud según nivel de renta de países receptores 2000-2006. Fuente: Elaboración propia a partir de datos del CAD

Al analizar la ayuda reembolsable desde la óptica regional para el año 2007, observamos que la cooperación española diversifica notablemente este tipo de ayuda. Casi toda la ayuda destinada a los países de Europa del Este es reembolsable, si bien la AOD asignada a esta zona en su conjunto es prácticamente insignificante. Norte de África, Extremo Oriente y América Latina tienen prácticamente una tercera parte de su ayuda en salud reembolsable, y destaca positivamente el hecho de que este instrumento apenas se utilice en los países del África subsahariana.

Dentro de lo residual que es este tipo de ayuda en el resto de cooperaciones analizadas y en la media de los países del CAD y de la UE, debemos destacar que en el caso del CAD y la UE su uso se da principalmente con los países de Europa del Este, mientras que Francia la utiliza especialmente en Asia y Extremo Oriente.

PORCENTAJE DE AOD REEMBOLSABLE EN SALUD POR REGIONES RESPECTO AL AOD TOTAL 2000-2006						
	España	CAD	UE	R. Unido	Suecia	Francia
Norte de África	37,39	2,59	4,92	0	0	2,08
África Subsahariana	6,30	1,94	5,14	0	0	7,62
Norte y Centro América	29,71	1,06	2,11	0	0	0,56
Sur de América	27,88	4,02	10,37	0	0	4,64
Oriente Medio	16,74	6,49	12,79	0	0	0,18
Centro y Sur de Asia	12,71	0,64	4,46	0	0	36,17
Extremo Oriente	30,51	0,83	1,17	0	0	26,59
Europa	84,30	17,99	30,26	0	0	7,22
Oceanía	0,00	0,13	0,50	0	0	6,15
Regiones sin especificar	0,00	0,13	0,71	0	0	0,73

Tabla 2.11. Porcentaje de AOD reembolsable en salud por regiones respecto al AOD total 2000-2006. Fuente: Elaboración propia a partir de datos del CAD

Para finalizar el apartado de instrumentación de la ayuda, debemos hablar de la condicionalidad de la misma. No podemos obviar que un porcentaje de la ayuda en cooperación que se envía por el conjunto de donantes suele estar condicionada⁵⁴ a la firma de determinados acuerdos comerciales o compra de determinado material del país donante.

54. medicusmundi, Médicos del Mundo y Prosalus "La salud en la cooperación al desarrollo y la acción humanitaria" Informe 2007

6. FUTURO DE LA AYUDA INTERNACIONAL EN SALUD

El cumplimiento de los compromisos asumidos internacionalmente con AOD, a pesar de la actual crisis financiera, debería estar entre los logros que analicemos en el siguiente informe sobre la salud en la ayuda oficial al desarrollo. Esta sería, sin duda, una gran noticia para la humanidad.

Sin embargo, la experiencia de crisis financieras pasadas no es buena, como demuestra el hecho de que los países desarrollados redujeran en esos momentos notablemente la ayuda oficial al desarrollo. Brett House, uno de los economistas del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), afirmó recientemente⁵⁵ que "en los anteriores periodos de confusión y recesión del mercado, la ayuda mundial ha descendido hasta un 40 por ciento de las tendencias establecidas". Y ya hay analistas, como los de la agencia de noticias humanitarias de la ONU, IRIN, que pronostican "un impacto grave sobre los fondos humanitarios" previendo "recortes de más de un tercio en la Ayuda Oficial al Desarrollo"⁵⁶.

Un investigador del comité de expertos *Centro para el Desarrollo Global*, David Rodman, asegura que "desde 1970, después de cada crisis financiera que ha sufrido un país donante, la ayuda de ese país ha disminuido". Y pone ejemplos que son muy preocupantes: "la ayuda de Finlandia disminuyó un 62 por ciento durante su crisis económica a comienzos de la década de 1990, mientras la ayuda de Japón cayó un 44 por ciento durante la recesión que sufrió durante una década"

A pesar de estos antecedentes, hay noticias que animan a pensar que los países donantes cumplirán los compromisos adquiridos. Así, en su intervención en la ONU, el Presidente del gobierno español ha reiterado su compromiso de mantener la agenda del desarrollo y alcanzar el 0,7% en 2012. Por su parte, durante la campaña presidencial estadounidense, el presidente electo, Barack Obama, se comprometió a doblar la ayuda anual estadounidense hasta alcanzar los 50.000 millones de dólares.

Como es lógico, la ayuda oficial al desarrollo en salud no es ajena a este contexto. Se requerirá un esfuerzo importante para conservar la línea ascendente de la financiación en el ámbito sanitario, condición necesaria si queremos dar una oportunidad a los ODM relacionados con la salud y evitar lo que algunos autores afirman, que en los próximos años vaya a ser difícil que los países donantes mantengan los aumentos recientes

55. <http://www.economista.es/economia/noticias/847462/11/08/La-crisis-financiera-reducira-un-30-por-ciento-la-ayuda-al-desarrollo-mientras-crece-el-numero-de-pobres.html>

56. http://www.actionforglobalhealth.eu/media/home/espana/noticias/la_crisis_reducira_un_30_la_ayuda_al_desarrollo

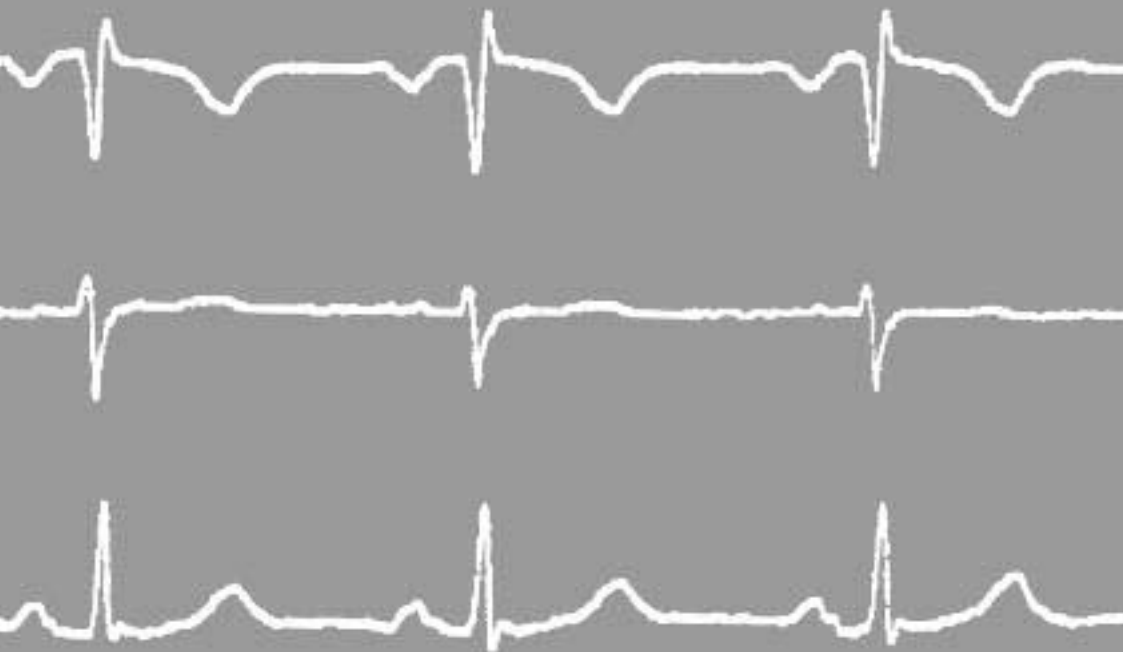
de ayuda en salud, y que habrá un cierto estancamiento en la ayuda sanitaria si se dan ciertos factores de riesgo, como la ausencia de resultados palpables⁵⁷.

Pero no debemos quedarnos únicamente con el aspecto financiero que, siendo importante, no es suficiente. Este puede ser un buen momento para revisar y resolver algunas cuestiones pendientes que afectan a la cooperación en salud. Nos referimos, por ejemplo, a la necesidad de mejorar la coordinación del cada vez mayor número de actores que intervienen en este sector, y evitar así la atomización de la ayuda; por no hablar de la necesidad de eliminar los condicionantes que los países donantes siguen imponiendo y que obliga, como consecuencia, a la existencia de países huérfanos de ayuda.

La salud como bien público global, el fortalecimiento de los sistemas públicos de salud y la integración de la estrategia de la Atención Primaria de Salud en las políticas sanitarias deben ser los ejes centrales y las prioridades horizontales de todas las iniciativas de cooperación en salud.

También se deben evaluar las acciones de los nuevos donantes de cooperación y las nuevas herramientas de cooperación para que demuestren su eficacia, impacto y sostenibilidad, y no solamente sus resultados a corto plazo; para ello, la gestión orientada a resultados es una buena herramienta. Pero en cooperación también es importante valorar los procesos que se generan, y que pueden determinar el impacto y la sostenibilidad de las acciones desarrolladas. El compromiso político parece que existe, ahora debe de plasmarse en una ayuda más coherente y de mayor calidad.

57. Robert Hecht and Raj Shah, "Recent Trends and Innovations in Development Assistance for Health." 2006. Disease Control Priorities in Developing Countries (2nd Edition), ed., 243-258. New York: Oxford University Press



1. PANORAMA GENERAL

La Ayuda Oficial al Desarrollo española sigue viviendo un momento dulce, de crecimiento, de reformas y reconocimiento interno y externo en un contexto global de reducción de la ayuda.

Durante 2007 se ha completado, en gran medida, el ciclo de planificación iniciado en 2005 y España ha sido sometida al "*Peer review o examen de pares*" del Comité de Ayuda al Desarrollo (CAD) cuyas conclusiones han sido presentadas en 2008. El "*peer review o examen de pares*" es preparado por un equipo de trabajo formado por representantes del Secretariado del CAD y oficiales de dos Estados miembros. En el caso del *peer review* a España los Estados implicados han sido Austria y Francia. El proceso de elaboración del examen consiste, en una primera fase, en la facilitación, por parte del país examinado, al equipo examinador de un memorando con los principales desarrollos de sus políticas y programas para su análisis. En una segunda fase, el comité examinador visita el país y se reúne con representantes gubernamentales, con parlamentarios, así como con la sociedad civil y representantes de ONG para ampliar la información y cotejarla con las diferentes fuentes. Finalmente se elabora un informe que recoge las principales conclusiones y recomendaciones del CAD y el informe del Secretariado.

Algunas de estas recomendaciones son la necesidad de incrementar y fortalecer los mecanismos de coordinación y coherencia entre los actores de la cooperación española y, de manera especial, los actores de la cooperación descentralizada; dar más utilidad a la experiencia de campo, y lograr mayor transparencia en las posiciones españolas en los debates de política internacional.

Además, en 2007 se firmó el **Pacto de Estado contra la Pobreza**, ratificado por todos los partidos políticos con representación en el Congreso de los Diputados y que ha sido replicado, hasta la fecha, en cuatro comunidades autónomas y varios municipios del Estado. A través de este Pacto, los firmantes se comprometen con una política de Estado en materia de lucha contra la pobreza, independiente del partido que gobierne,

que debe caracterizarse por no estar condicionada por intereses comerciales, políticos o económicos. En el Pacto se incluye también el objetivo de destinar a Ayuda Oficial al Desarrollo el 0,7% de la Renta Nacional Bruta antes del año 2012, con la especificación de que el incremento de la ayuda debe concentrarse en los instrumentos de ayuda no reembolsable, mientras que limita la ayuda reembolsable a un porcentaje inferior al 5%. Por último, se indica que el cumplimiento y desarrollo del Pacto será supervisado por una comisión de seguimiento que incluirá a las fuerzas políticas firmantes, la Coordinadora de ONGD de España y agentes sociales y económicos⁵⁸, comisión reunida por primera vez en noviembre de 2008.

En términos generales puede decirse que en el año 2007 se ha mantenido la tendencia de crecimiento de la AOD española, que ha alcanzado el 0,38% de la Renta Nacional Bruta, lo que supone un aumento respecto al 0,32% de 2006. Este dato sitúa a España entre los diez primeros donantes del CAD y de la Unión Europea. Como contraste negativo a ese importante avance hay que reseñar que, como ya sucedió en 2006, la ejecución presupuestaria en materia de AOD ha sido inferior a las previsiones, limitándose tan sólo al 87,4% de lo inicialmente presupuestado, y porcentualmente inferior también respecto a las ejecuciones de 2005 y 2006⁵⁹.

También se han producido algunos cambios en el sistema de cómputo de AOD, así pues este año se ha desagregado la ayuda multilateral en multilateral y multilateral o bilateral canalizada a través de OМУDES (Organismos Multilaterales de Desarrollo). En la actualidad la ayuda multilateral y la bilateral canalizada a través de OМУDES constituye la principal vía de canalización de AOD.

En 2007 y más en 2008, se cierra un ciclo clave para la cooperación española en cuanto a planificación y reflexión de prioridades sectoriales y geográficas.

2. LA SALUD EN EL PACI 2007

El objetivo general establecido en el Plan Anual de Cooperación Internacional 2007 era el de *"mejorar la eficacia de la ayuda a través de la armonización, incrementando la asignación para la cobertura de necesidades sociales"* en el marco de *"Priorizar las necesidades sociales reforzando la cohesión social"*.

En cuanto a la salud, el marco referencial es la estrategia de salud aprobada en 2007, que concibe la salud como derecho humano fundamental, y en los principios de Alma Ata, que tiene la Atención Primaria de Salud como núcleo de la solución para la mejora

de la salud y la reducción de la pobreza. Es en este contexto donde se incluyen como objetivos específicos el fortalecimiento y el desarrollo de los sistemas públicos de salud. Las líneas de actuación específicas de salud son:

- Facilitar el acceso a medicamentos esenciales y otros productos sanitarios, así como el fortalecimiento de los recursos humanos adscritos al sistema.
- Intervenciones dirigidas a reducir la mortalidad materna, la discriminación, la violencia de género y el pleno ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos.
- Mejora de la salud infantil.
- Lucha contra las enfermedades prevalentes (sida, malaria y tuberculosis)⁶⁰.

Respecto a los instrumentos, se indica que la AECID combinará el programa VITA, el enfoque sectorial, el apoyo presupuestario sectorial, el apoyo a fondos como el Fondo Global contra el sida, malaria y tuberculosis, la iniciativa GAVI, la ayuda canalizada a través de ONGD y las aportaciones a organismos multilaterales como son ONUSIDA; FNUAP, UNICEF, OMS/OPS entre otros.

Por su parte, las directrices sectoriales del PACI 2007 recomiendan incrementar las contribuciones en los siguientes ámbitos: dotación de sistemas de abastecimiento de agua potable, salud y derechos sexuales y reproductivos y habitabilidad básica. Estos tres ámbitos son componentes de la Atención Primaria de Salud, aunque solo se computa como AOD en salud el referido a "salud y derechos sexuales y reproductivos".

Una de las recomendaciones generales del PACI es "profundizar la colaboración de España con los organismos multilaterales más comprometidos con el logro de los ODM, la reducción de la pobreza y el desarrollo humano" y para ello el incremento de la ayuda multilateral se dirigirá a estos organismos. En esa línea es en la que se ha producido la incorporación de una nueva partida de 528 millones de euros destinada al Fondo España-Naciones Unidas, aunque en el PACI no se especificaban los instrumentos de cooperación no reembolsables por los que se iban a canalizar.

Como se ha comentado anteriormente, se mantiene el crecimiento de la ayuda en términos generales, y aunque se ha registrado un aumento en términos absolutos de 5 millones de euros para el sector salud, es llamativo el descenso del peso relativo de la cooperación en este sector, pasando de 8,55% a 7,95%, de acuerdo a los datos obtenidos la AECID⁶¹, especialmente por producirse en un contexto global de crecimiento de la ayuda y en el que parece otorgarse a la salud un papel fundamental.

58. Pacto de Estado contra la Pobreza, firmado por los grupos políticos a propuesta de la Coordinadora de ONG de Desarrollo-España. Noviembre 2007.

59. Seguimiento del PACI 2007. SECI-DGPOLDE, septiembre 2008.

60. Plan Anual de Cooperación Internacional 2007. SECI-DGPOLDE

61. Según el volcado de datos de la DGPOLDE, la propia AECID habría gestionado en 2007 658.662.475 €, de los cuales 58.049.961€ corresponden al sector salud, esto es, el 8,81% de su presupuesto, lo que sitúa a esta Agencia con un porcentaje para salud algo mayor que para el conjunto de la cooperación española.

EVOLUCIÓN DE LA AOD TOTAL BRUTA EN SALUD 2004-2007								
	2004		2005		2006		2007	
	TOTAL	%	TOTAL	%	TOTAL	%	TOTAL	%
AOD multilateral	65.756.312	41,47	58.501.219	32,63	105.875.559	40,72	128.286.501	41,21
AOD bilateral bruta	92.823.903	58,53	120.800.795	67,37	154.135.759	59,28	183.040.199	58,79
canalizada vía OMUDES	0	0,00	18.012.977	14,91	60.975.742	39,56	53.433.584	29,19
otros mecanismos AOD bilateral	92.823.903	100,00	102.787.817	85,09	93.160.017	60,44	129.606.615	70,81
AOD bilateral reembolsable (% respecto a otros mecs. bil)	22.187.031	23,90	24.760.448	24,09	5.327.695	5,72	22.721.390	17,53
Total AOD salud	158.580.215	100,00	179.302.014	100,00	260.011.318	100,00	311.326.700	100,00
Total AOD	1.985.010.000		2.428.360.000		3.038.350.000		3.914.619.524	
% salud respecto al total AOD	7,98%		7,38%		8,55%		7,95%	

Tabla 3.1. Evolución de la AOD total bruta en salud 2004-2007⁶². Fuente: elaboración propia a partir de datos DGPOLDE 2007

Es necesario señalar en este punto del informe que hasta un total de 46.255.441€ destinados a organismos internacionales, véase tabla 3.7, no se han registrado o computado como AOD en salud, sino como ayuda no especificada. No obstante, las organizaciones que elaboramos este informe hemos considerado oportuno contabilizarlas en salud por tratarse de contribuciones a ONUSIDA, UNITAID y OMS, instituciones las tres específicas de salud. Estos fondos no llevan adjunta la codificación propia del CAD para la salud, y ser su señalización responsabilidad de la administración. Por lo tanto, los análisis sectoriales o aquellos fundamentados en el reparto sectorial de la AOD no tomarán en cuenta estos fondos.

En términos generales la tendencia es la misma que la iniciada en 2006, es decir, un elevado peso de la ayuda canalizada a través de organismos internacionales, sea vía multilateral o a través del nuevo sistema identificado y denominado multilateral. No obstante, también se aprecia un repunte en la ayuda bilateral en términos absolutos, aunque porcentualmente desciende algo menos de un punto respecto a 2006.

Además del incremento de la ayuda en salud en 51.315.382€ respecto a 2006, hay un dato que destaca negativamente y es el aumento de la ayuda reembolsable, que se multiplica por 4,6, pasando de suponer el 5,72% de la ayuda bilateral en 2006 al 17,53% en 2007 para el sector salud.

Precisamente es destacable, a su vez, el repunte de la ayuda bilateral, sobre todo la no canalizada a través de OMUDES ya que si el enfoque es la Atención Primaria de Salud, la implicación de diferentes actores, sobre todo la participación de la sociedad civil organizada, y la diversidad que permite este tipo de ayuda es clave para alcanzar las metas previstas.

62. No se contabilizan los 46.255.441€ computados como ayuda a sectores no especificados.

EVOLUCIÓN DE LA AOD EN SALUD SEGÚN CÓDIGOS CAD 2004-2007								
CÓDIGO	2004		2005		2006		2007	
	TOTAL	%	TOTAL	%	TOTAL	%	TOTAL	%
120 Salud	122.411.298	77,19	149.433.747	83,34	198.075.176	76,18	178.404.101	67,30
130 Programas / políticas de población y salud reproductiva	36.168.917	22,81	29.868.267	16,66	61.936.141	23,82	86.667.158	32,70
TOTAL	158.580.215	100,00	179.302.014	100,00	260.011.317	100,00	265.071.259	100,00

Tabla 3.2. Evolución de la AOD en salud según códigos CAD 2004-2007⁶³.

Fuente: elaboración propia a partir de datos DGPOLDE 2007.

En cuanto a la distribución general de la AOD en salud según los códigos CAD, se aprecia el incremento sostenido de los fondos destinados a salud sexual y reproductiva, aunque como se puede ver en la tabla 3.5 este incremento es debido a la aportación de 44.639.400€ al Fondo Global contra el Sida Malaria y Tuberculosis y a los 11.435.000€ del Fondo de Población de Naciones Unidas (FNUAP). En este punto se enfatiza en la idea señalada en el párrafo anterior respecto al valor añadido de la ayuda bilateral. Es probable que si se tuvieran en cuenta los datos no contabilizados, las diferencias variarían.

DISTRIBUCIÓN DE LA AOD TOTAL BRUTA SEGÚN TIPO DE AYUDA, 2007								
CÓDIGO	multilateral		bilateral OMUDES		bilateral		total	
	TOTAL	%	TOTAL	%	TOTAL	%	TOTAL	%
120 Salud	37.391.660	20,96	38.555.521	21,61	102.456.920	57,43	178.404.101	100,00
130 Programas / políticas de población y salud reproductiva	44.639.400	51,51	14.878.063	17,17	27.149.695	31,33	86.667.158	100,00
TOTAL	82.031.060	30,95	53.433.584	20,16	129.606.615	48,90	265.071.259	100,00

Tabla 3.3. Distribución de la AOD total bruta según tipo de ayuda, 2007⁶³.

Fuente: elaboración propia a partir de datos DGPOLDE 2007.

En lo que respecta al sector salud (código 120) sucede lo contrario, es la ayuda bilateral la que aumenta y la que canaliza la mayor parte de los fondos aunque si incluyéramos los fondos destinados a OMS y UNITAID la distribución variaría a favor de la ayuda multilateral/multilateral.

63. Íbidem.

2.1. LA AYUDA MULTILATERAL

Como ya se ha indicado en la introducción de este capítulo, en el ejercicio 2007 se ha modificado el cómputo de la ayuda canalizada a través de organismos multilaterales diferenciando aquella que se dirige a programas específicos, de las contribuciones generales al presupuesto de estos organismos y sobre la que España no tiene control más allá de la rendición general de cuentas.

EXTRACTO DE LA TABLA 3.1. EVOLUCIÓN DE LA AOD TOTAL BRUTA EN SALUD 2004-2007								
	2004		2005		2006		2007	
	TOTAL	%	TOTAL	%	TOTAL	%	TOTAL	%
AOD multilateral	65.756.312	41,47	58.501.219	32,63	105.875.559	40,72	128.286.501	41,21
AOD bilateral bruta	92.823.903	58,53	120.800.795	67,37	154.135.759	59,28	183.040.199	58,79
Total AOD salud	158.580.215	100,00	179.302.014	100,00	260.011.318	100,00	311.326.700	100,00

Extracto de la tabla 3.1. Evolución de la AOD total bruta en salud 2004-2007⁶⁴

Fuente: elaboración propia a partir de datos DGPOLDE 2007.

Se puede apreciar que se mantiene en 2007 la tendencia iniciada en 2006 de que la ayuda multilateral sea el principal canal de la AOD en salud, ya que si sumamos la ayuda multilateral y la multilateral (bilateral canalizada vía OМУDES) el porcentaje asciende al 58,37%, inferior a 2006 en 5,8 puntos. Al sumar la ayuda multilateral y multilateral (tabla 3.4) se observa que estos tipos de ayuda canalizan el 58,37% de los fondos y la bilateral el 41,63%, prácticamente los mismos datos que se dan en la tabla 3.1, pero invertidos.

% DE AOD MULTILATERAL+BILATERAL CANALIZADA VÍA OМУDES RESPECTO AL TOTAL 2004-2007								
	2004		2005		2006		2007	
	TOTAL	%	TOTAL	%	TOTAL	%	TOTAL	%
AOD multilateral+bilateral OМУDES	158.580.215	100,00	76.514.196	42,67	166.851.301	64,17	181.720.085	58,37
otros mecanismos AOD bilateral			102.787.817	57,33	93.160.017	35,83	129.606.615	41,63
Total AOD salud	158.580.215	100,00	179.302.013	100,00	260.011.318	100,00	311.326.700	100,00

Tabla 3.4. % de AOD multilateral+bilateral canalizada vía OМУDES respecto al total 2004-2007

Fuente: elaboración propia a partir de datos DGPOLDE 2007.

El Fondo Global contra sida, malaria y tuberculosis es el primer receptor de ayuda multilateral en salud, acaparando el 85,25% del total de este tipo de ayuda. En segundo lugar se encuentra la iniciativa GAVI que recibe el 11,1% de la ayuda multilateral y

64. Se han incluido los aportes a organismos internacionales no contabilizados en salud por la DGPOLDE.

que sumado a los fondos destinados al Fondo Global concentran más del 96% del total de la ayuda multilateral española en salud. Este hecho es más sorprendente aún si se toma en consideración que ninguno de los dos organismos forma parte del sistema multilateral de ayuda dentro de las agencias de Naciones Unidas, sino que se trata de partenariados público-privados.

DISTRIBUCIÓN DE LA AOD MULTILATERAL SEGÚN ORGANISMO RECEPTOR EN 2007			
ORGANISMO	AGENTE	MONTO €	% SOBRE TOTAL AOD MULTILATERAL EN SALUD
Partenariado europeo sobre ensayos clínicos	Ministerio Sanidad y Consumo	1.000.000	1,22
GAVI-IFFIM	Ministerio AAEE y Cooperación	9.096.000	11,09
OPS	MAEC-AECID	2.000.000	2,44
Fondo Global contra sida, malaria y tuberculosis	MAEC	44.639.400	54,42
Fondo Global contra sida, malaria y tuberculosis	MAEC	10.415.860	12,70
Fondo Global contra sida, malaria y tuberculosis	MAEC	14.879.800	18,14
Total		82.031.060	100,00

Tabla 3.5. Distribución de la AOD multilateral según organismo receptor en 2007.

Fuente: elaboración propia a partir de datos DGPOLDE 2007.

En cambio, los OМУDES receptores de la ayuda bilateral son mayoritariamente agencias de Naciones Unidas, salvo la Iniciativa sobre medicamentos para enfermedades olvidadas, Eurohealthnet, el Fondo Global contra sida, malaria y tuberculosis y el Tribunal Penal Internacional para Rwanda. El primer receptor de estos organismos es el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), concretamente el Fondo ODM, en el marco del fondo específico España-Naciones Unidas aprobado en 2006 e iniciado en 2007 con un compromiso de 528 millones de euros, tal y como se indica en el PACI. Dentro de este Fondo ODM se ha abierto una "ventana de seguridad alimentaria" a la que se han destinado 26.030.796 € en concepto de nutrición básica.

En segundo lugar aparece el Fondo de Población de Naciones Unidas (FNUAP) que recibe 11.435.000 €, en buena parte destinados a cuestiones relacionadas con la salud sexual y reproductiva, incluyendo temas como la mutilación genital femenina, especialmente el tratamiento de la fístula, y al suministro de insumos esenciales para salud sexual y reproductiva en África, capítulo que recibe un total de 5 millones de euros. Estos insumos incluyen desde anticonceptivos hasta pruebas de diagnóstico de VIH.

DISTRIBUCIÓN DE LA AOD MULTILATERAL EN SALUD SEGÚN ORGANISMO RECEPTOR	
ORGANISMO	MONTO
UN Hábitat	2.178.045
Iniciativa sobre medicamentos enfermedades olvidadas (DNDi)	2.500.000
Eurohealthnet	10.000
ACNUR	384.000
FNUAP	11.435.000
OMS	4.506.674
ONU	15.450
Organización Internacional para la Energía Atómica	20.000
ONUSIDA	257.368
PNUD	26.036.796
UNESCO	15.450
UNICEF	3.877.441
UNRWA	419.360
Fondo Mundial contra sida, malaria y tuberculosis	1.410.000
OCDE	18.000
OPS	300.000
Tribunal Penal Internacional para Rwanda	50.000
TOTAL	53.433.584

Tabla 3.6. Distribución de la ayuda bilateral canalizada a través de OMUDES según organismo receptor, 2007. Fuente: elaboración propia a partir de datos DGPOLDE 2007.

Como ya se ha indicado en el capítulo, sin que haya podido conocerse el motivo, se han dejado de contabilizar como AOD en salud aportaciones a organismos internacionales (tabla 3.7) por valor de 46.255.441€. Al no especificarse el concepto, sino solo recogerse el aporte, y como ya hemos hecho referencia, no se han incluido en ninguna de las dos tablas anteriores respecto a los organismos de destino de la ayuda multilateral y multilateral.

No obstante, es destacable la contribución a ONUSIDA, máxime cuando la principal entidad beneficiaria de la ayuda multilateral española es el Fondo Global, una entidad con finalidad recaudatoria, que no forma parte de las agencias de Naciones Unidas. ONUSIDA, sin embargo, como agencia específica de Naciones Unidas para la lucha contra el sida y en la que participan 9 agencias de Naciones Unidas⁶⁵, es la que promueve políticas, líneas de actuación, análisis epidemiológicos globales, etc. que contribuyen a mejorar la lucha contra el VIH/sida y en la que la participación de todos los Estados miembros de Naciones Unidas, sean donantes o receptores, se realiza, al menos *a priori*, en igualdad de condiciones, lo que no sucede en el caso del Fondo Global. Los partenariados público-privados como el Fondo Global, UNITAID o

65. ONUSIDA está formada por nueve agencias de la ONU (ACNUR, UNICEF, PMA, PNUD, FNUAP, ONUDD, OIT, UNESCO, OMS) y el Banco Mundial.

GAVI no se rigen por los principios de participación que rigen los organismos multilaterales tradicionales, y su papel en cuanto al apoyo de políticas públicas está siendo revisado por los mismos promotores.

A la espera de que se haga pública la estrategia de cooperación multilateral, y analizar su contenido, la conclusión que podemos extraer es que la cooperación española necesita una reflexión a fondo sobre los criterios de apoyo a organismos internacionales y multilaterales.

DISTRIBUCIÓN DE AOD MULTILATERAL DESTINADA A ORGANISMOS VINCULADOS AL SECTOR SALUD PERO NO COMPUTADA COMO AOD EN SALUD, 2007		
ORGANISMO	CÓDIGO CRS	MONTO
UNITAID	99810	15.000.000
OMS	99810	11.755.441
ONUSIDA	99810	19.500.000
TOTAL		46.255.441

Tabla 3.7. Distribución de AOD multilateral destinada a organismos vinculados al sector salud pero no computada como AOD en salud, 2007. Fuente: elaboración propia a partir de datos DGPOLDE 2007.

Incluyendo los organismos de la tabla 3.7, podemos establecer el siguiente panel de organismos receptores de ayuda multilateral y multilateral española ordenados por las cantidades que reciben:

PRINCIPALES ORGANISMOS RECEPTORES DE AYUDA MULTILATERAL Y MULTILATERAL, 2007	
ORGANISMO	MONTO
Fondo Mundial	71.345.060
PNUD	26.036.796
ONUSIDA	19.757.368
OMS	16.262.115
UNITAID	15.000.000
FNUAP	11.435.000
TOTAL	159.836.339

Tabla 3.8 Principales organismos receptores de ayuda multilateral y multilateral, 2007. Fuente: elaboración propia a partir de datos DGPOLDE 2007

2.2. LA AYUDA BILATERAL

El Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación (MAEC) es el principal agente de la cooperación en salud y, dentro de éste, la AECID gestiona el 58% de los fondos destinados a este sector. Pese a mantenerse el MAEC como principal gestor de la AOD española, es muy significativo el descenso que se ha producido en cuanto al volumen gestionado por este Ministerio respecto al año 2006, y que tiene su explicación en el aumento de la ayuda canalizada a través el Ministerio de Industria, Comercio y Turismo que pasa de un 5,11% al 18,35% de la AOD gestionada por la Administración General del Estado, aunque este porcentaje sigue siendo inferior al de ayuda que canalizaba en años anteriores. Si bien es cierto que el compromiso recogido en el Pacto de Estado contra la pobreza de que este tipo de ayuda no supere el 5% es para el conjunto de la AOD, no parece lógico que sea el sector salud el que registre semejante incremento de ayuda reembolsable que asciende al 17,53% del total de ayuda bilateral no canalizada a través de OМУDES.

Por su parte, y después de la disminución experimentada en 2006, el Ministerio de Sanidad recupera ligeramente sus cifras aumentando un poco menos del 2% hasta el 3,53%.

Por último, y también dentro de la Administración General del Estado (AGE), hay que señalar el importante descenso de la ayuda de “otras entidades públicas” entre las que, tal y como se apuntaba en el informe 2007, se contabilizaban algunos programas de RTVE.

DISTRIBUCIÓN DE LA AOD BILATERAL BRUTA ⁶⁶ SEGÚN LOS AGENTES								
Agente	2004	%	2005	%	2006 (PACI2007)	%	2007	%
1. Administración General del Estado	52.910.391	57,01	71.416.289	60,97	104.169.283	68,95	124.370.899	67,95
Min. Asuntos Exteriores y de Cooperación	26.417.526	49,93	37.936.985	53,12	94.842.214	91,05	96.630.007	77,70
AECI	26.597.526	100,68	37.936.985	100,00	50.667.214	53,42	56.049.961	58,00
Min. Defensa	978.445	1,85	4.353.892	6,10	132.751	0,13	164.651	0,13
Min. Industria, Comercio y Turismo	22.271.819	42,09	24.760.448	34,67	5.327.695	5,11	22.821.384	18,35
Min. Sanidad y Consumo	3.062.601	5,79	2.388.963	3,35	1.716.213	1,65	4.388.025	3,53
Min. Trabajo y Asuntos Sociales	0	0,00	0	0,00	37.000	0,04	99.503	0,08
Min. Vivienda	0	0,00	0	0,00	137.410	0,13	140.000	0,11
Otras entidades públicas	0	0,00	1.976.000	2,77	1.976.000	1,90	127.329	0,10
2. Comunidades Autónomas	28.260.484	30,45	33.049.208	28,21	34.444.799	22,80	47.274.867	25,83
3. Entidades Locales	11.636.349	12,54	12.671.791	10,82	11.779.255	7,80	11.145.918	6,09
4. Universidades	0	0,00	0	0,00	679.737	0,45	248.514	0,14
TOTAL	92.807.224	100,00	117.137.288	100,00	151.073.074	100,00	183.040.198	100,00

Tabla 3.9. Distribución de la AOD bilateral bruta⁶⁷ según los agentes
Fuente: elaboración propia a partir de datos DGPOLDE 2007.

66. Incluida la AOD bilateral canalizada a través de OМУDES

67. Incluida la AOD bilateral canalizada a través de OМУDES

Fuera de los agentes de la AGE, la situación se mantiene, en líneas generales, con respecto al ejercicio 2006, con un aumento de las aportaciones de las comunidades autónomas y descensos en las entidades locales y la universidad.

En esta edición del informe se ha optado por diferenciar los datos específicos de la AGE del resto de agentes y facilitar así la comparativa con la actividad de las comunidades autónomas.

2.3. DISTRIBUCIÓN POR SECTORES CRS

La “salud básica” es el principal sector receptor de fondos de la cooperación en salud, pero, como se viene haciendo en anteriores informes, es necesario recordar que salud básica no equivale a Atención Primaria de Salud, por lo que de una cifra elevada en el sector 122 no se puede concluir que se está trabajando de manera proporcional en APS.

Como ya sucedió en el pasado, con la salvedad de 2006, el principal destino son las infraestructuras, en buena parte como consecuencia del incremento de la ayuda reembolsable. En 2006 sucedió otro tanto, pero en el sector de los servicios médicos (tabla 3.11) por ser en éste a donde se destinaron los fondos reembolsables. En segundo lugar, encontramos en 2007 la “nutrición básica” como resultado de los fondos aportados a la ventana de seguridad alimentaria del Fondo España-Naciones Unidas y que, en el caso de la AOD realizada por la AGE, es el primer destino de la ayuda en salud. Algo similar sucede con la “atención a la salud reproductiva” que se sitúa como cuarto sector de destino por las contribuciones al FNUAP.

Si comparamos la ayuda canalizada por la AGE con la canalizada por otros agentes, observamos algunas diferencias y cuestiones llamativas como las siguientes.

La lucha contra ETS, incluido el VIH/sida, es el tercer destino de la ayuda de comunidades autónomas, entidades locales y universidades, que son quienes canalizan la mayor parte de los fondos bilaterales destinados a este sector; y lo mismo sucede con la planificación familiar, donde también son el resto de agentes los que destinan el mayor porcentaje de ayuda.

Si se comparan los datos de 2007 con los de 2006, se identifican dos nuevos códigos específicos para el control de la malaria y la tuberculosis. También se aprecian incrementos significativos en “formación de personal sanitario” y en “investigación médica”, que en 2006 fue especialmente baja, y descensos en “servicios médicos” y “educación sanitaria”. En el caso de los “servicios médicos” se puede suponer que el descenso se deba al regreso de la ayuda reembolsable al sector de infraestructuras.

Es oportuno insistir en el espectacular incremento de la AOD destinada a infraestructuras, sobre todo vinculado a ayuda reembolsable. Constituye, sin duda, el incremento más llamativo al observar la tabla comparativa 3.11. Este dato esperamos que no suponga una tendencia y que en ejercicios futuros se retome el camino iniciado en 2006.

DISTRIBUCIÓN DE LA AOD BILATERAL BRUTA EN SALUD SEGÚN SECTORES CRS, 2007 (INCLUIDA LA AOD CANALIZADA VÍA OМУDES)							
Cód.	DISTRIBUCIÓN DE LA AYUDA POR SUBSECTORES	AGE	% (respecto al total del sector)	RESTO AGENTES	% (respecto al total del sector)	2006	% (respecto al total del sector)
121	Salud general	12.392.379	54,65	10.283.977	45,35	22.676.356	12,39
12110	Política sanitaria y gestión administrativa	6.683.485	74,05	2.342.092	25,95	9.025.577	4,93
12181	Enseñanza/formación médicas	1.248.400	53,84	1.070.505	46,16	2.318.905	1,27
12182	Investigación médica	2.200.799	68,62	1.006.347	31,38	3.207.146	1,75
12191	Servicios médicos	2.259.695	27,81	5.865.033	72,19	8.124.728	4,44
122	Salud básica	82.422.294	69,65	35.913.791	30,35	118.336.085	64,65
12220	Atención sanitaria básica	13.747.940	53,72	11.842.563	46,28	25.590.503	13,98
12230	Infraestructura sanitaria básica	26.837.299	64,09	15.038.525	35,91	41.875.824	22,88
12240	Nutrición básica	28.698.311	91,16	2.783.896	8,84	31.482.207	17,20
12250	Control de enfermedades infecciosas	8.433.088	83,60	1.653.843	16,40	10.086.931	5,51
12261	Educación sanitaria	954.360	50,29	943.446	49,71	1.897.806	1,04
12262	Control de la Malaria	1.227.751	64,53	674.975	35,47	1.902.726	1,04
12263	Control de la Tuberculosis	16.326	4,23	369.562	95,77	385.888	0,21
12281	Formación personal sanitario	2.507.219	49,02	2.606.981	50,98	5.114.200	2,79
130	Programas/políticas de Población y salud reproductiva	29.556.225	70,33	12.471.533	29,67	42.027.758	22,96
13010	Política sobre población y gestión administrativa	7.140.000	98,45	112.427	1,55	7.252.427	3,96
13020	Atención salud reproductiva	16.306.315	80,58	3.930.111	19,42	20.236.426	11,06
13030	Planificación familiar	346.129	45,40	416.215	54,60	762.344	0,42
13040	Lucha contra ETS incluido. Sida	5.534.603	41,41	7.830.011	58,59	13.364.614	7,30
13081	Formación de personal para población y salud reproductiva	229.178	55,63	182.769	44,37	411.947	0,23
TOTAL		124.370.898	67,95	58.669.301	32,05	183.040.199	100,00

Tabla 3.10. Distribución de la AOD bilateral bruta en salud según sectores CRS, 2007. (incluida la AOD canalizada vía OМУDES). Fuente: elaboración propia a partir de datos DGPOLDE 2007.

EVOLUCIÓN DE LA AOD BILATERAL POR SECTORES CRS 2003-2007						
Cód.	Distribución de la ayuda por subsectores	2003	2004	2005	2006	2007
120	Salud	83.950.462	82.284.085	93.850.705	83.791.943	102.456.920
121	Salud general	17.151.985	20.682.327	17.833.503	25.429.654	20.800.192
12110	Política sanitaria y gestión administrativa	4.821.732	9.851.402	729.691	9.856.995	8.571.577
12181	Enseñanza/formación médicas	1.309.554	2.460.495	4.070.505	2.325.145	2.318.905
12182	Investigación médica	846.855	1.311.937	0	31.665	2.104.982
12191	Servicios médicos	10.173.844	7.058.493	6.543.308	13.215.849	7.804.728
122	Salud básica	66.798.477	61.601.758	76.017.202	58.362.289	81.656.728
12220	Atención sanitaria básica	14.051.538	14.577.334	24.182.883	20.365.527	23.270.641
12230	Infraestructura sanitaria básica	38.884.632	32.616.484	33.244.767	9.274.019	41.875.824
12240	Nutrición básica	3.550.712	2.427.074	2.858.059	4.335.982	3.956.222
12250	Control de enfermedades infecciosas	5.385.343	5.609.900	7.055.091	18.051.662	4.306.131
12261	Educación sanitaria	1.609.520	2.416.392	4.362.157	3.052.164	1.817.806
12262	Control de la Malaria					1.140.016
12263	Control de la Tuberculosis					175.888
12281	Formación personal sanitario	3.316.732	3.954.575	4.314.245	3.282.935	5114200
130	Programas/pol. Población y salud reproductiva	9.476.023	10.523.139	23.286.581	32.581.131	27.149.695
13010	Política sobre población y gestión administrativa	127.311	67.172	111.644	395.420	74.382
13020	Atención salud reproductiva	4.579.391	4.206.353	9.284.995	14.362.843	13.976.426
13030	Planificación familiar	0	7.601	340.103	121.210	567.344
13040	Lucha contra ETS incl. sida	4.736.750	6.075.646	13.069.082	17.321.822	12.119.596
13081	Formación de personal para población y salud reproductiva	32.571	166.367	480.757	379.836	411.947
TOTAL		93.426.485	92.807.224	117.137.286	116.373.074	129.606.615

Tabla 3.11. Evolución de la AOD bilateral por sectores CRS 2004-2007 (Nota: no se ha incluido la AOD bilateral canalizada vía OМУDES para poder comparar entre años en igualdad de términos.).

Fuente: elaboración propia a partir de datos DGPOLDE 2007.

En cuanto a la ayuda bilateral canalizada a través de OМУDES, tiene como sector más beneficiado el de “nutrición básica” por el ya mencionado aporte a la ventana de seguridad alimentaria dentro del Fondo España-Naciones Unidas; los siguientes sectores son el de “política sobre población y gestión administrativa” y el de “atención a la salud reproductiva”, por el convenio que también tiene el gobierno español en este caso con el FNUAP.

DISTRIBUCIÓN DE LA AYUDA BILATERAL CANALIZADA A TRAVÉS DE OМУDES SEGÚN SECTORES CRS, 2007				
Cód.	Distribución de la ayuda por subsectores	OMUDES	TOTAL	% del total
121	Salud general	1.876.164	22.676.356	8,27
12110	Política sanitaria y gestión administrativa	454.000	9.025.577	5,03
12181	Enseñanza/formación médicas	0	2.318.905	0,00
12182	Investigación médica	1.102.164	3.207.146	34,37
12191	Servicios médicos	320.000	8.124.728	3,94
122	Salud básica	36.679.357	118.336.085	31,00
12220	Atención sanitaria básica	2.319.862	25.590.503	9,07
12230	Infraestructura sanitaria básica	0	41.875.824	0,00
12240	Nutrición básica	27.525.985	31.482.207	87,43
12250	Control de enfermedades infecciosas	5.780.800	10.086.931	57,31
12261	Educación sanitaria	80.000	1.897.806	4,22
12262	Control de la Malaria	762.710	1.902.726	40,09
12263	Control de la Tuberculosis	210.000	385.888	54,42
12281	Formación personal sanitario	0	5.114.200	0,00
130	Programas/políticas de población y salud reproductiva	14.878.063	42.027.758	35,40
13010	Política sobre población y gestión administrativa	7.178.045	7.252.427	98,97
13020	Atención salud reproductiva	6.260.000	20.236.426	30,93
13030	Planificación familiar	195.000	762.344	25,58
13040	Lucha contra ETS incluido. Sida	1.245.018	13.364.614	9,32
13081	Formación de personal para población y salud reproductiva.	0	411.947	0,00
TOTAL		53.433.584	183.040.199	29,19

Tabla 3.12 Distribución de la ayuda bilateral canalizada a través de OМУDES según sectores CRS, 2007
Fuente: elaboración propia a partir de datos DGPOLDE 2007.

2.3.1. Distribución geográfica

África subsahariana es la primera región receptora de AOD en salud seguida de América del Sur, al igual que en 2006. En la asignación geográfica de 2007, y como dato novedoso, hay que indicar que aparece por primera vez Asia Central, debido a los fondos destinados a Afganistán.

Al analizar el desagregado por países, es conveniente señalar el papel que desempeñan las comunidades autónomas y otros actores como universidades en cuanto a los conocidos como *países huérfanos*. Así, por ejemplo, si se toma el caso de Ruanda, son comunidades autónomas –concretamente País Vasco, Navarra, Extremadura y Baleares–

quienes mantienen su compromiso. Los agentes donantes de la cooperación descentralizada, realizada sobre todo a través de ONGD, son los responsables de que países necesitados de ayuda pero no incluidos entre las prioridades de la cooperación española reciban fondos de la cooperación española.

En cuanto al aumento de la ayuda a África subsahariana, hay que recordar que es debido también a la implementación del Plan África. Este Plan África 2006-2008⁶⁸ se articula en torno a siete grandes objetivos que se desglosan al mismo tiempo en líneas de actuación. Conviene recordar sus objetivos:

- Afianzamiento de la democracia, respeto de los derechos humanos, contribución a la paz.
- Lucha contra la pobreza y contribución a la agenda de desarrollo de África.
- Cooperación para regular adecuadamente los flujos migratorios.
- Participación en el desarrollo de la estrategia de la Unión Europea para África.
- Refuerzo y diversificación de los intercambios económicos y fomento de las inversiones.
- Cooperación cultural.
- Incremento de la proyección política y presencia institucional de España en la región.

El Plan, por su parte, incluye tres categorías de países: “interés prioritario”, “interés especial” y “especial seguimiento”. Es oportuno señalar que no hay coincidencia entre la prioridad otorgada en el Plan Director y la del Plan África. Así por ejemplo Kenia, principal receptor de la AOD española en salud, es un país de interés prioritario en el Plan África, pero no aparece en ninguna de las tres categorías de priorización del Plan Director (“país prioritario”, “de atención especial” o “de atención preferente”). En la actualidad se está trabajando sobre el segundo Plan África 2009-2012.

Es llamativo que al mismo tiempo que se está promoviendo la concentración geográfica, el aprovechamiento del valor añadido, de la experiencia y trayectoria de los países donantes, sin embargo España esté ampliando su lista de países receptores de ayuda, incorporando algunos en los que, además no hay una trayectoria de trabajo de la cooperación española. En este sentido en la edición 2006 de este informe se incluyó un recuadro sobre este aspecto.

68. <http://www.maec.es/SiteCollectionDocuments/Home/planafrica.pdf>

DISTRIBUCIÓN DE LA AYUDA BILATERAL CANALIZADA POR LA AGE SEGÚN ÁREAS GEOGRÁFICA, 2007								
Región	Salud general		Salud básica		Prog. Pol. Población		Total	% del total AOD salud
	Total euros	%	Total euros	%	Total euros	%		
África no especificado	20.000	0,36	490.000	8,89	5.000.000	90,74	5.510.000	4,43
África del Norte	772.682	15,76	1.103.108	22,50	3.027.596	61,75	4.903.386	3,94
África subsahariana	5.348.882	11,96	32.283.459	72,19	7.089.546	15,85	44.721.887	35,96
América Central	3.111.586	35,25	1.339.733	15,18	4.375.930	49,57	8.827.249	7,10
América Latina no espec.					4.260.314	100,00	4.260.314	3,43
América del Sur	943.703	6,57	11.834.843	82,36	1.591.443	11,07	14.369.989	11,55
Asia del Sur			317.300	54,35	266.496	45,65	583.796	0,47
Asia Oriental	80.392	1,63	3.956.389	80,14	900.000	18,23	4.936.781	3,97
Asia Central			200.000	100,00			200.000	0,16
Oriente Medio	458.970	24,40	1.421.770	75,60			1.880.740	1,51
PVD no espec.	1.656.164	4,94	28.826.991	85,98	3.044.900	9,08	33.528.055	26,96
Europa			648.702	100,00			648.702	0,52
Total	12.392.379	100,87	82.422.295	697,18	29.556.225	401,95	124.370.899	100,00

Tabla 3.13. Distribución de la ayuda bilateral canalizada por la AGE según áreas geográficas, 2007
Fuente: elaboración propia a partir de datos DGPOLDE 2007.

África subsahariana se confirma como primer destino de la AOD en salud tanto en el caso de la AGE, como del resto de donantes de la cooperación española. Destaca también que el resto de la cooperación presenta un porcentaje reducido de destinos sin especificar, un 3,30%, muy inferior frente al abultado 26,96 de la AGE. Este porcentaje es probable que pueda deberse a programas regionales que no se asignan a países concretos.

DISTRIBUCIÓN DE LA AOD BILATERAL ESPAÑOLA EN SALUD SEGÚN EL NIVEL DE RENTA DE LOS PAÍSES RECEPTORES				
Región	Salud general	Salud básica	Prog. Pol. Población	% del total AOD salud
	%	%	%	
África no especificado		100,00		0,02
África del Norte	7,41	85,59	7,00	11,37
África subsahariana	21,86	43,50	34,64	33,65
América Central	20,19	64,57	15,24	21,09
América Latina no especificada.	71,25	28,75		0,32
América del Sur	14,47	72,67	12,86	25,53
Asia del Sur	1,73	83,11	15,16	0,96
Asia Oriental		94,31	5,69	0,46
Asia Central	79,61		20,39	0,19
Oriente Medio	25,59	60,99	13,42	3,07
PVD no especificada.	4,59	44,24	51,17	3,30
Europa	100,00			0,04

Tabla 3.14. Distribución de la AOD bilateral según región geográfica y sectores canalizada por el resto de agentes, 2007. Fuente: elaboración propia a partir de datos DGPOLDE 2007.

Atendiendo el nivel de renta de los países receptores, la cooperación española mantiene su tendencia a trabajar con países de renta media baja. La mayoría de los países de este grupo, fundamentalmente en América Latina, presentan una situación económica de crecimiento y esto ha hecho que algunas agencias donantes de otros países hayan abandonado o estén abandonando la región. Sin embargo, es necesario insistir en la enorme desigualdad existente en la región sobre todo en áreas rurales, que son las más beneficiadas por la cooperación española. El segundo grupo de países que concentra mayor cantidad de AOD es el de los Países Menos Adelantados. También es reseñable el significativo porcentaje de ayuda a países de renta media alta, que es fruto en 2007 de los 8.005.081€ destinados a Argentina, 7.226.840€ en forma de créditos.

DISTRIBUCIÓN DE LA AYUDA BILATERAL CANALIZADA POR LA AGE SEGÚN NIVEL DE RENTA DE PAÍSES RECEPTORES, 2007								
Nivel de renta	Salud general		Salud básica		Prog. Pol. Población		Total	% del total AOD salud
	Total euros	%	Total euros	%	Total euros	%		
Países de renta media alta	43.317	0,54	7.722.448	96,15	265.615	3,31	8.031.380	6,46
Países de renta media baja	2.919.264	12,58	12.589.819	54,26	7.694.270	33,16	23.203.353	18,66
Países de renta baja	2.249.012	12,31	14.498.002	79,35	1.523.549	8,34	18.270.563	14,69
Países Menos Adelantados	5.304.622	19,03	15.804.077	56,70	6.764.514	24,27	27.873.213	22,41
Sin especificar	1.876.164	3,99	31.807.949	67,69	13.308.277	28,32	46.992.390	37,78
TOTAL	12.392.379	48,45	82.422.295	354,15	29.556.225	97,40	124.370.899	100,00

Tabla 3.15. Distribución de la ayuda bilateral canalizada por la AGE según nivel de renta de países receptores, 2007. Fuente: elaboración propia a partir de datos DGPOLDE 2007.

También en cuanto a niveles de renta se observa que la AGE tiene un elevado 37,78% destinado a países sin especificar, un porcentaje mayor que el del primer destino identificado de la ayuda. Esta cifra desciende hasta el 7,93% para el resto de agentes de la cooperación española (comunidades autónomas, entidades locales y universidades) que, por su parte, destinan el 26,34% de la ayuda a PMA a los que la AGE destina el 18,66%.

DISTRIBUCIÓN DE LA AYUDA BILATERAL CANALIZADA POR OTROS AGENTES SEGÚN NIVEL DE RENTA DE PAÍSES RECEPTORES, 2007				
Nivel de renta	Salud general	Salud básica	Prog. Pol. Población	% del total AOD salud
	%	%	%	
Países de renta media alta	13,83	75,66	10,51	4,39
Países de renta media baja	15,58	71,38	13,04	49,87
Países de renta baja	17,68	59,26	23,06	11,46
Países Menos Adelantados	18,02	44,47	37,50	26,34
Sin especificar	30,00	47,68	22,32	7,93

Tabla 3.16. Distribución de la ayuda bilateral canalizada por otros agentes según nivel de renta de países receptores, 2007. Fuente: elaboración propia a partir de datos DGPOLDE 2007.

En cuanto al análisis de cumplimiento de destinos, el PACI preveía que el 70% de la AOD se destinaría a países prioritarios, pero se observa que en el sector salud el porcentaje se queda en tan solo el 27,50% en el caso de la AGE y alcanza 65,21% para el resto de agentes.

DISTRIBUCIÓN DE LA AYUDA BILATERAL CANALIZADA POR LA AGE SEGÚN CATEGORÍA DE PAÍSES RECEPTORES, 2007								
Categoría	Salud general		Salud básica		Prog. Pol. Población		Total	% del total AOD salud
	Total euros	%	Total euros	%	Total euros	%		
País prioritario	8.023.673	23,46	12.744.813	37,27	13.428.991	39,27	34.197.477	27,50
País de Atención Especial	1.869.030	8,35	19.305.927	86,29	1.198.325	5,36	22.373.282	17,99
Países Preferentes	31.317	0,71	3.816.703	87,14	532.112	12,15	4.380.132	3,52
Otros	592.194	3,44	14.746.902	85,68	1.871.854	10,88	17.210.950	13,84
No especificados	1.876.164	4,06	31.807.949	68,83	12.524.944	27,10	46.209.057	37,15
TOTAL	12.392.378	9,96	82.422.294	66,27	29.556.226	23,76	124.370.898	100,00

Tabla 3.17. Distribución de la ayuda bilateral canalizada por la AGE según categoría de países receptores, 2007. Fuente: elaboración propia a partir de datos DGPOLDE 2007.

DISTRIBUCIÓN DE LA AYUDA BILATERAL CANALIZADA POR OTROS AGENTES SEGÚN NIVEL DE RENTA DE PAÍSES RECEPTORES, 2007				
Categoría	Salud general	Salud básica	Prog. Pol. Población	% del total AOD salud
	%	%	%	
País prioritario	15,21	68,05	16,74	65,21
País de Atención Especial	28,03	51,73	20,24	11,99
Países Preferentes	13,65	69,53	16,81	4,20
Otros	14,89	4,41	41,01	13,47
No especificados	32,56	34,61	32,83	5,14

Tabla 3.18. Distribución de la ayuda bilateral canalizada a través de otros agentes, 2007. Fuente: elaboración propia a partir de datos DGPOLDE 2007.

Por primera vez 9 de los 10 principales receptores de AOD en salud son países prioritarios y, excepto en el caso de Kenia, todos con ayuda no reembolsable. Kenia es el primer beneficiado gracias a la concesión de créditos para la adquisición de suministros y equipos médicos, como se detalla en la tabla 3.12.

Respecto a 2006 desaparecen de la lista Guinea Ecuatorial, Territorios Palestinos, El Salvador, República Democrática del Congo y Etiopía y se incorporan Ecuador, Nicaragua, Honduras y Guatemala además de Kenia.

Kenia se convierte en el primer receptor de AOD en salud lo que, como ya se ha comentado anteriormente, llama la atención porque no está incluido en ninguna de las categorías de priorización contempladas en el Plan Director. Al analizar la tabla 3.20, correspondiente a los principales receptores de ayuda canalizada por la AGE, se suman a la lista los beneficiarios de la ayuda reembolsable, Argentina y China.

PRINCIPALES PAÍSES RECEPTORES DE LA AOD EN SALUD, 2007			
PAÍS	NIVEL DE RENTA	CATEGORÍA	MONTO
Kenia	PRB	OTROS	12.115.503
Mozambique	PMA	PPR	8.567.204
Marruecos	PRMB	PPR	7.902.002
Perú	PRMB	PPR	6.323.758
Bolivia	PRMB	PPR	6.166.801
Nicaragua	PRB	PPR	6.087.594
Ecuador	PRMB	PPR	5.003.041
Angola	PMA	PPR	4.987.218
Honduras	PRMB	PPR	4.086.541
Guatemala	PRMB	PPR	3.279.070

Tabla 3.19. Principales países receptores de la AOD en salud, 2007. Fuente: elaboración propia a partir de datos DGPOLDE 2007.

PRINCIPALES PAÍSES RECEPTORES DE AOD EN SALUD CANALIZADA POR AL AGE, 2007				
PAÍS	NIVEL DE RENTA	CATEGORÍA	MONTO	% REEMBOLSABLE
Kenia	PRB	OTROS	11.136.770	97,39
Argentina	PRMA	PAE	7.619.956	94,84
Mozambique	PMA	PPR	4.740.504	0,00
Guinea Ecuatorial	PMA	PAE	4.465.471	0,00
Angola	PMA	PPR	3.802.609	0,00
Nicaragua	PRB	PPR	3.557.286	0,00
Marruecos	PRMB	PPR	3.150.701	0,00
China	PRMB	PCF	2.946.704	100,00
Bolivia	PRMB	PPR	2.467.347	0,00
RD Congo	PRB	PAE	1.740.377	0,00

Tabla 3.20. Principales países receptores de AOD en salud canalizada por al AGE, 2007. Fuente: elaboración propia a partir de datos DGPOLDE 2007.

2.3.2. Instrumentación de la ayuda

DISTRIBUCIÓN DE LA AYUDA REEMBOLSABLE, 2007					
PAÍS	CATEGORÍA	NIVEL DE RENTA	CÓDIGO	EUROS	PROYECTO
Argentina	PAE	PRMA	12230	3.835.673	Remodelación y equipamiento del hospital G. Rawson.
Argentina	PAE	PRMA	12230	3.391.167	Equipamiento hospital Dr H Quintana (Jujuy)
China	PCF	PRMB	12230	7.312	Equipamiento hospital Jioazuo e Inst. Kaifeng(Henan)Tuberc
China	PCF	PRMB	12230	928.361	Equipamiento médico del hospital de Tongling, prov. de Anhui
China	PCF	PRMB	12230	1.266.835	Equipamiento médico hospital de Lanzhou (Gansu)
China	PCF	PRMB	12230	59.171	Equipamiento médico para el hospital de Kuitun en Xinjiang
China	PCF	PRMB	12230	16.919	Equipamiento médico para el hospital de Yijinhuoluo en Mongolia int
China	PCF	PRMB	12230	47.500	Suministro equipamiento médico hospital de Tiandong (Guangxi)
China	PCF	PRMB	12230	620.605	Suministro Liaocheng Guangming Ophthalmological Hospital
El Salvador	PPR	PRMB	12230	202.058	Línea apoyo en equipamiento a la red hospitalaria
Ghana	Otros	PRB	12230	1.500.000	Equipamiento hospitalario para la Red Nacional de Hospitales
Kenia	Otros	PRB	12230	10.845.789	Equipos médicos para el Kenyatta National Hospital
TOTAL				22.721.390	

Tabla 3.21. Distribución de la ayuda reembolsable, 2007. Fuente: elaboración propia a partir de datos DGPOLDE 2007.

La ayuda reembolsable concentra el 18,26% del total de ayuda bilateral de la Administración General del Estado. Este aumento de la ayuda reembolsable es, junto con el reajuste ayuda multilateral-ayuda bilateral, la primera o más rápida conclusión al comparar los datos de 2007 con los de 2006. Casi se duplica el monto de los créditos a China, 1.641.928€ en 2006 y 2.946.703€ en 2007 o los ya citados 7.226.840€ de Argentina.

Se trata sin duda de un retroceso importante no solo por el monto, cuatro veces el de 2006, sino también por el incumplimiento del compromiso de reducción de la ayuda reembolsable, al menos en tanto que se aprueba la Ley de Reforma del FAD.

3. PRIMERA VALORACIÓN SOBRE EL PLAN DIRECTOR 2009 – 2012

El proceso de elaboración del III Plan Director de la Cooperación Española, que orientará las políticas públicas en este ámbito durante el cuatrienio 2009-2012, ha finalizado con su aprobación formal por parte del Consejo de Ministros el día 13 de febrero de 2009. Ha sido un proceso largo y participativo que se inició con una primera fase de trabajo interno de la Administración General del Estado que, bajo el liderazgo y coordinación de la Dirección General de Planificación y Evaluación de Políticas de Desarrollo (DGPOLDE) y con la participación de los principales Ministerios implicados, elaboró un primer borrador que fue públicamente presentado el 20 de octubre de 2008 en el Salón de Actos de la Escuela Diplomática.

A continuación se realizaron un conjunto de sesiones temáticas de trabajo (hasta 21) con representantes de los diferentes agentes de la cooperación en las que se analizaron las diferentes partes y aspectos del borrador del Plan. En paralelo, todos los agentes de la cooperación fueron invitados a hacer sus propuestas para enriquecer ese primer borrador. Según la propia DGPOLDE, se recibieron más de 120 documentos de aportaciones, y a partir de un arduo trabajo de negociación y de armonización, se produjo un segundo borrador que fue enviado a todos los agentes representados en el Consejo de Cooperación el 12 de diciembre de 2008 y fue además presentado y comentado por la Secretaria de Estado de Cooperación en reunión del Consejo de Cooperación antes de Navidad, abriéndose un nuevo plazo para análisis y aportaciones hasta el 9 de enero. Con más de 60 nuevos documentos de aportaciones, la DGPOLDE realizó el trabajo de ajuste del proyecto final de Plan Director. Entre aquel primer borrador y el documento final se han producido mejoras muy notables.

Es difícil hacer una síntesis de los principales elementos de un documento de planificación que, sumando el texto principal y los anexos, tiene casi 400 páginas. En un documento de planificación que está orientado a consolidar las reformas y avances del período anterior en el que ya se hizo un ingente esfuerzo de planificación estratégica tanto a nivel geográfico como sectorial, cabría esperar que hubiera tenido la capacidad de concentrar más la atención en las grandes líneas sin necesidad de un despliegue discursivo tan amplio. Con todo, a nivel general podemos destacar los siguientes aspectos:

- El III Plan Director se propone hacer un avance importante para ir pasando de una política de cooperación a una política de desarrollo que esté sólidamente alineada con los principales acuerdos internacionales, con los grandes consensos y especialmente con la agenda de eficacia de la ayuda, incorporando con decisión los principios de la Declaración de París y de la Agenda de Acción de Accra. La coherencia de políticas aparece como un ámbito estratégico para este período.

- A pesar del contexto de crisis económica, el Plan reitera el compromiso de alcanzar el 0'7% del PIB para AOD en 2012, con el paso intermedio del 0'56 % en 2010. Esta positiva apuesta en el compromiso español por la lucha contra la pobreza habría ganado en solidez y credibilidad si el Plan hubiera estado acompañado de unas previsiones presupuestarias. Como ha señalado el Consejo de Cooperación en su informe, *"la inclusión de los recursos y previsiones presupuestarias hubiera permitido dotar a la Cooperación Española de una mayor previsibilidad en sus desembolsos, concretando la secuencia que pretende seguir el gobierno para alcanzar el 0,7%... evidenciando más claramente, aunque fuera con carácter orientativo, el peso relativo de las diferentes modalidades e instrumentos de ayuda y reforzando la credibilidad del conjunto del Plan."*
- Se ha hecho un esfuerzo de dotar al plan de una estructura bien definida. En este sentido, se han identificado 7 ámbitos prioritarios a través de los cuales se muestra de forma muy gráfica cómo se visualiza el funcionamiento de la cooperación española. El cruce de estos ámbitos con las prioridades horizontales, sectoriales, multisectoriales y geográficas nos daría un gráfico "multidimensional" de nuestro sistema, que en algún caso resulta excesivamente complejo. Cada uno de estos ámbitos estratégicos va acompañado de un marco de resultados dirigido a orientar el trabajo y facilitar su evaluación.
- Dentro de estos ámbitos estratégicos, junto a la eficacia de la ayuda y a la coherencia de políticas, es destacable la apuesta por el desarrollo de capacidades dentro del propio sistema español de cooperación al desarrollo.
- Se produce un avance en la definición de las prioridades geográficas, explicitando los criterios de selección de países y ordenándolos en tres categorías: (A) asociación amplia, (B) asociación focalizada y (C) asociación para la consolidación de logros de desarrollo. Sin embargo, no en todos los casos queda suficientemente clara la aplicación de dichos criterios (indicadores de desarrollo, presencia y capacidad institucional de la Cooperación Española en el país...), como por ejemplo en los casos de Etiopía y Níger, que aparecen en el listado de países de asociación amplia, y en los que cabría preguntarse si la Cooperación Española tiene presencia, trayectoria y capacidad suficiente.
- Además, se plantea también un esfuerzo de concentración geográfica de la ayuda española, con la meta de que el 85 % de la AOD geográficamente especificable esté concentrada en los dos primeros grupos (A y B), es decir, en 37 países.
- En cuanto al capítulo de Instrumentos, resulta muy positivo disponer de una enumeración que permita conocer la gama completa de instrumentos de los que va a disponer la Cooperación Española. Sin embargo, se describen en el Plan Director sin especificar de forma clara cuál es la apuesta del gobierno: qué instrumentos quieren potenciar, cuáles crecerán, cuáles se congelarán, cuáles se extinguirán a medio plazo al no encajar con la agenda internacional de desarrollo. Como ha señalado el Consejo de Cooperación, *"instrumentos nuevos y tradicionales coexisten sin una claridad sobre el punto*

de llegada al que se aspira para 2012. Nos parece que habría sido muy conveniente que el Plan fuera más explícito acerca de la estrategia de instrumentación a medio plazo de la Cooperación Española". El tratamiento y desarrollo que reciben los diferentes instrumentos es desigual, con algunos muy explicados y otros someramente tratados. Llama la atención, por ejemplo, que, respecto a los programas, ni se explicitan las principales lecciones aprendidas de los ejercicios de evaluación de programas realizados, ni siquiera se citan qué programas están en marcha y cuáles tendrán continuidad. El programa VITA de salud para África, que ha tenido la peculiaridad de haber aglutinado la participación de muchas administraciones públicas, ni siquiera se cita en todo el Plan.

En resumen, con todas las salvedades que se quieran hacer, podemos decir que este III Plan Director es mejor que el anterior, avanza en su enfoque y en sus planteamientos, está bien orientado y fundamentado y, aún siendo perfectible como hemos señalado, es un documento de mayor calidad que su antecesor. En su paso por el Consejo de Cooperación, con las matizaciones que se hicieron, obtuvo un respaldo unánime del conjunto de agentes allí representados, indicio del consenso construido y de la apropiación del documento. El propio Consejo de Cooperación así lo ha señalado en su informe, al decir que *"consideramos que el Plan Director 2009-2012 es una propuesta que emana de la participación activa del conjunto de actores de la Cooperación Española, fundamentada en un amplio consenso con el objetivo de erradicar la pobreza y promover el desarrollo a escala internacional"*. Se trata de un plan ambicioso frente al que cabe preguntarse si la Cooperación Española va a poder dotarse de los recursos y estructura necesarios para llevarlo adelante. El hecho de las partidas destinadas a personal tanto de la DGPOLDE como de la AECID hayan quedado congeladas en los Presupuestos Generales del Estado para 2009 no es un buen primer paso.

3.1. EL SECTOR SALUD EN EL PLAN DIRECTOR DE LA COOPERACIÓN ESPAÑOLA 2009-2012

El Plan Director de la cooperación española 2009-2012 presenta claros avances en cuanto al enfoque ideológico desde el que se afronta la cooperación en el sector salud, resultado en buena medida del proceso de elaboración de la estrategia sectorial de la cooperación española en salud publicada en 2008. Así pues, si bien en el PD 2005-2008 se partía de la concepción de la salud como un "derecho fundamental del ser humano", en el Plan recientemente aprobado se va más allá afirmando que se trata de un bien público y una responsabilidad pública. Se mantiene la Atención Primaria de Salud como marco teórico de referencia incorporando los determinantes de salud como parte de un enfoque multisectorial de la salud.

Sin embargo, los objetivos específicos para el sector salud se concentran en aspectos netamente sanitarios dando la sensación de cierta disociación entre el discurso político y las acciones a priorizar.

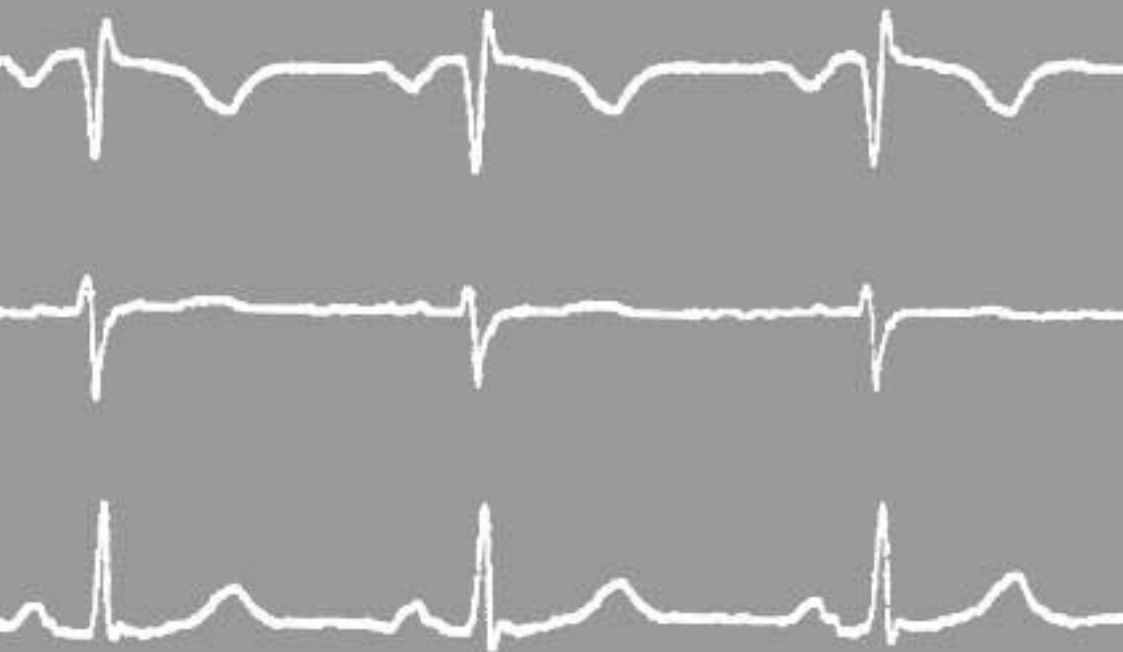
La diferencia más notoria respecto a planes anteriores es el desarrollo del marco de la cooperación multilateral y con las iniciativas internacionales en general. La cooperación a través de organismos internacionales se ha convertido los últimos años en el principal canal para la AOD española en salud y por ello, las organizaciones que elaboramos este informe, hemos pedido reiteradamente la definición de unos criterios claros que orienten la colaboración con este tipo de organizaciones. El nuevo Plan Director es claro en este tema y enumera una serie de criterios que coinciden con sus principios ideológicos y sus prioridades horizontales en cuanto a apoyo a los sistemas públicos, participación de la sociedad civil y enfoque de derechos humanos. Será clave, por tanto, hacer seguimiento de cómo se van incorporando estas cuestiones en los marcos internacionales en los que participa la cooperación española y de qué manera se incide para que sean adoptados.

Al igual que en la estrategia sectorial, el Plan Director no recoge, al menos en lo que respecta a salud, el valor añadido de la cooperación española, el valor diferencial que la cooperación española puede aportar a los grandes lineamientos internacionales en materia de salud, fortalecimiento de los sistemas públicos o acceso universal, más allá del enfoque ya señalado de Atención Primaria de Salud y del reconocimiento de la salud como derecho fundamental. Tampoco existen previsiones presupuestarias que visibilicen el compromiso real con las líneas marcadas en el plan Director, que grado de interés suscitan las diferentes prioridades sanitarias en la cooperación española, y permita una evaluación futura de estas prioridades.

Otro aspecto clave de la cooperación española en este Plan Director es la coordinación de actores, que aparece como un ámbito estratégico. Avanzar en calidad y eficacia de la ayuda requiere mejorar los mecanismos de coordinación interna y garantizar la participación efectiva de las diferentes administraciones del Estado. Evaluar experiencias recientes, en vez de obviar su existencia, como es el caso del programa VITA de salud para África (iniciado en 2004), en el que han participado, junto a la AECID, 16 Comunidades Autónomas, puede ayudar a mejorar uno de nuestros activos más valiosos: la cooperación descentralizada.

Este plan director debe ser el de la consecución del 0,7% y el que integre la cooperación descentralizada y estatal en una verdadera política de cooperación de estado. La proliferación normativa, cuyo propósito es ordenar la cooperación, puede acentuar los riesgos de fragmentación y dispersión. En lo que al 0,7% se refiere, el reto es que no se trate de un 0,7% como fin en sí mismo, sino de un 0,7% claramente orientado a resultados, a calidad y a una mejora eficaz de la salud de las poblaciones en mayor situación de pobreza y vulnerabilidad como reza el objetivo general para el sector salud.

CAPÍTULO IV. LA COOPERACIÓN DESCENTRALIZADA EN SALUD



La importancia de la AOD descentralizada en España es una de las singularidades más significativas de la cooperación española, no solamente por el peso que tiene dentro del conjunto de la cooperación, sino por la implicación de nuevos actores que obligan a generar procesos de coordinación. La tendencia de esta cooperación descentralizada en los últimos años a incrementar sus presupuestos y a conceder mayor relevancia a las políticas de cooperación dentro de las acciones de gobierno que desarrollan, en el marco del proceso de descentralización del Estado que les ha permitido una mayor autonomía en las decisiones de elección de sus prioridades, le ha dado a la cooperación descentralizada un papel cada vez más relevante.

Los dos agentes principales que aglutinan esta AOD son las Comunidades Autónomas (CC.AA.) y las Entidades Locales (EE.LL.). Éstas últimas reúnen a Ayuntamientos, Mancomunidades, Diputaciones Provinciales y Fondos de Cooperación, un conjunto tan variado de agentes que hace difícil, más allá de la agregación cuantitativa, someterla a un análisis dentro un marco conjunto de acción. Muestra de esa variedad de agentes es que, en 2007, la DGPOLDE ha contabilizado más de 260 Entidades Locales que han presupuestado algún tipo de acción en el área de cooperación. Hablamos de más de 4.100 acciones en las que las EELL han participado en ese año, desembolsando muy distintas cantidades de dinero en cada una de ellas, desde 250 euros hasta 450.000.

1. MARCO REGULADOR

Han pasado 6 años desde que incorporamos por primera vez el estudio de estos agentes al análisis global de la cooperación española en salud y consideramos que es momento de añadir, junto al análisis de su evolución en cuanto a las cantidades destinadas a cooperación, una visión general de su evolución respecto a los marcos reguladores de

los que se ha dotado la cooperación descentralizada. Nos vamos a centrar en el análisis específico de las Comunidades Autónomas, por la dificultad comentada de realizar un análisis conjunto de las EE.LL., dada su dispersión y diversidad.

Cuando empezamos el análisis de la cooperación descentralizada en 2003, 9 Comunidades Autónomas tenían aprobadas leyes específicas de cooperación. Actualmente 16 de las 17 CC.AA. tienen una Ley de Cooperación autonómica; todas salvo Canarias y esta autonomía ya cuenta con un borrador de ley. Esto significa que, en estos 6 años el avance en el aspecto regulador de la cooperación autonómica ha sido muy significativo, y consecuente con la importancia que ya está teniendo la Cooperación dentro de todos los presupuestos autonómicos.

El avance en el terreno legislativo también se plasma en las formulaciones de Planes Directores que identifican las prioridades de los agentes autonómicos. En 2003 había solamente 4 CC.AA. que tenían un Plan Director, y 2 más lo tenían previsto. En 2008, 10 CC.AA. tienen Plan Director, y 3 un borrador, por lo que solamente 4 no tienen previsto a corto plazo contar con esta herramienta de planificación. Cabe decir que, de las que carecen de Plan Director, 3 autonomías son las que menos presupuesto destinan a cooperación. Esta información está sujeta a cambios debido a los procesos abiertos de elaboración de planes directores de cooperación, como sucede en el caso de Castilla y León.

En un segundo nivel de planificación, encontramos que hay 9 CC.AA. que tienen un Plan anual de cooperación, que permite determinar con más precisión las prioridades de estos agentes.

Sólo algunas CC.AA., las menos, llegan a mostrar el grado de compromiso que quieren alcanzar en cooperación a través de la definición de un porcentaje de su presupuesto para este fin, aunque no existe consenso ni en la cifra ni en el momento de alcanzar dicho compromiso. No hay ninguna que se comprometa en los próximos años a alcanzar el 0'7%, aunque tenemos varios ejemplos de una tendencia hacia ese objetivo, una tendencia que se muestra heterogénea tanto por la cifra propuesta, como por la fecha para la que se fija: Cataluña aspira a llegar al 0'66% en 2010, Andalucía 0'62% en el 2011 y Aragón 0'3% en 2012.

En cuanto a transparencia, hemos podido constatar que once CC.AA. tienen informes públicos, lo que permite conocer exactamente qué tipo de acciones y prioridades tienen las CC.AA., pero dichos informes no evitan la dificultad que supone intentar conocer exactamente cómo se han tomado las decisiones para asignar las partidas. Que aún seis CC.AA. no tengan estos informes públicos y que la calidad de la información que suministran las de las autonomías que los tienen sea manifiestamente mejorable, nos indica que la cooperación autonómica aún debe avanzar y profundizar en este aspecto.

También se han creado espacios participativos de carácter consultivo, son las Comisiones de Cooperación, donde la sociedad civil y los agentes que trabajan en el sector pueden hacer oír su voz en la definición de las prioridades autonómicas. Estas Comisiones nos parecen órganos importantes que pueden ayudar a la toma de decisiones, y un buen lugar desde donde la sociedad civil y los agentes implicados tendrían que hacer presión para unificar los criterios de la cooperación descentralizada.

Por otra parte, y para terminar este apartado, podemos observar cómo desde 2004 se ha incrementado la ayuda autonómica en el sector de la cooperación en salud en casi 19 millones de euros, pero, sin embargo, este incremento presupuestario no ha llevado aparejado un trabajo que consideramos imprescindible, y es que no se ha realizado el mismo esfuerzo por dotarse de herramientas de planificación adecuadas para poder mejorar la eficacia de esta ayuda y visibilizar las prioridades en el sector. La salud como prioridad viene detallada en distintos documentos, tanto en las Leyes de Cooperación como en los diferentes Planes Directores, aunque existe mucha variabilidad en el detalle al definir prioridades, incluso compromisos para este sector. Existe un cierto consenso en todas las CCAA en encuadrar la salud dentro de necesidades sociales básicas, y es allí donde se suele detallar, con más o menos precisión, donde se va a centrar las prioridades para este sector. Bien es verdad que prácticamente todas las CCAA se apoyan en iniciativas internacionales de mayor calado, como la consecución de los ODM, y algunas, como la Comunidad de Madrid, asumen la estrategia de salud de la cooperación española como su documento de referencia. Cataluña es la CCAA que con más detalle define sus prioridades en salud y establece en su Plan Director y su Plan anual el porcentaje del presupuesto que debe destinar a este sector; así, por ejemplo, en su plan anual de 2008 fija que entre el 17 y el 20% de su presupuesto debe destinarse al Objetivo 1: cooperación en salud y agua.

Desde el principio de nuestros informes hemos apostado por la importancia de la cooperación descentralizada en el sector de la salud y sus valores añadidos, como, por ejemplo, el apoyo que realiza a algunos países "huérfanos" de ayuda sanitaria. Este apoyo permite a la cooperación descentralizada contar con una experiencia que es necesario aprovechar por todos los actores para mejorar la cobertura, eficacia e impacto de la ayuda en salud. Pero también se demuestra que la heterogeneidad de este actor dificulta el aprovechamiento de sus recursos de forma efectiva. Por ello, para evitar atomizar la ayuda sanitaria, sin perder la propia idiosincrasia de la ayuda autonómica, apostamos por que se genere un consenso entre todos los actores que trabajan en salud en el estado español. La estrategia de salud de la cooperación española puede ser un buen punto de partida para consensuar una política común de cooperación en salud que sea asumida por todos los actores mediante su participación real en la definición de las prioridades, tanto geográficas como sectoriales.

LA POLÍTICA DE COOPERACIÓN AL DESARROLLO EN LAS CCAA				
Comunidad Autónoma	Ley cooperación	Plan director	Plan anual	Informes públicos
Andalucía	Sí	Sí	Sí	Sí
Aragón	Sí	Sí	Sí	Sí
Asturias	Sí	Borrador	No	Sí
Baleares	Sí	Borrador	No	Sí
País Vasco	Sí	Sí		Sí
Canarias	Borrador	No	No	No
Cantabria	Sí	No	No	No
Castilla-La Mancha	Sí	Borrador		Sí
Castilla y León	Sí	En proceso		No
Cataluña	Sí	Sí	Sí	Sí
Extremadura	Sí	Sí	Sí	No
Galicia	Sí	Sí	Sí	Sí
Madrid	Sí	Sí	Sí	Sí
Región de Murcia	Sí	No		No
Navarra	Sí	Sí	Sí	Sí
La Rioja	Sí	Sí	Sí	Sí
Comunidad Valenciana	Sí	Sí	Sí*	

* En el Plan Director

TABLA 4.1. La política de cooperación al desarrollo en las CCAA. Fuente: elaboración propia

2. MARCO INSTITUCIONAL

Ha habido grandes avances en el desarrollo del marco institucional autonómico de la cooperación al desarrollo. En estos años, se han creado varias Agencias de Cooperación autonómicas, desde donde se diseñan los diferentes planes de acción en la materia, como Planes Directores y planes anuales. Y se han desarrollado en algunas CCAA diversos Fondos de Cooperación, que permiten unificar los pequeños esfuerzos de distintas EE.LL. Sin embargo, el desarrollo de estas herramientas de cooperación ha sido bastante desigual dependiendo del interés de las instituciones de cada CC.AA. en cooperación.

Tampoco hay homogeneidad con respecto a dónde han inscrito las CC.AA. los distintos Departamentos y Agencias de Cooperación dentro de sus organigramas. Algunos se inscriben en las Consejerías de Servicios Sociales, otras en Presidencia, algunas tienen Consejerías propias de Inmigración y Cooperación. No sabemos con certeza cuál es el motivo por el cual se adscriben a una u otra Consejería, pero sería interesante que se discutieran las ventajas e inconvenientes que tiene el pertenecer a un servicio u otro, y homogeneizar también los distintos procesos administrativos.

Como hemos podido comprobar, la cooperación autonómica ha mostrado una evolución positiva muy importante en los últimos años, y aunque han reducido en parte las

brechas que les separaban, siguen siendo muy heterogéneas en el desarrollo de sus políticas de cooperación, de sus marcos reguladores y de su forma de entender la cooperación, específicamente la referida al sector de la salud. No obstante, cada vez más, la cooperación descentralizada y la cooperación local se están dotando de las suficientes herramientas para poder realizar de una forma más eficaz las acciones de cooperación, y tienen cada vez más en cuenta las iniciativas de la cooperación estatal y de la comunidad internacional para definir sus prioridades.

Sin embargo, queda mucho por hacer en el ámbito de la coordinación de las políticas de cooperación, y aunque ya se han dado algunas iniciativas en este sentido, la coordinación de las acciones y la búsqueda de procesos debería ser una prioridad para mejorar su impacto, efectividad y eficacia. La Comisión Interterritorial, como órgano de "coordinación, concertación y colaboración" entre las diversas Administraciones públicas y donde participan la Administración central, las Comunidades Autónomas y representantes de las corporaciones locales, podría ser el lugar idóneo donde tratar estos asuntos.

3. LAS CIFRAS DE LA COOPERACIÓN DESCENTRALIZADA EN ESPAÑA EN 2007

Si observamos la evolución del conjunto de la AOD descentralizada, compuesta por la suma las aportaciones de las Comunidades Autónomas y de las Entidades Locales, vemos un crecimiento de sus cifras absolutas en unos 65 millones de euros en 2007 con respecto a 2006, hasta alcanzar los 511 millones de euros. Si comparamos este dato con el del primer año del que tuvimos datos disponibles, 2002, vemos que la cantidad destinada a cooperación por los agentes de la cooperación descentralizada prácticamente se ha duplicado en estos 6 años. Desde 1994, primer año en que la cooperación descentralizada destino unas cantidades mercedoras de considerar a las autonomías un agente de cooperación, la cooperación descentralizada ha aumentado en 479 millones de euros, lo que significa un incremento en 14 años de casi un 1.600% -con años de aumentos muy diferentes, pero que arrojan un aumento anual de 100%-, lo que da idea del compromiso cada vez más importante que los agentes de la cooperación descentralizada tienen con estas políticas.

Pero, aunque su peso porcentual dentro del conjunto de la AOD española también ha crecido, no lo ha hecho con la misma intensidad que cuando observamos las cifras absolutas. Esto se debe a que la cooperación estatal ha crecido aún más en los mismos años, lo que empuja en su dimensión relativa el crecimiento de la cooperación descentralizada. Así se explica que, pese al importante incremento de las cifras de la cooperación descentralizada de 2006 a 2007, el porcentaje que representa en el conjun-

to de la AOD haya bajado de 14'7% a 13'6%, descenso que ocurre por segundo año consecutivo, y que sitúa la aportación de la cooperación descentralizada, porcentualmente, en niveles inferiores a los de 1999.

EVOLUCIÓN DE LA AOD DESCENTRALIZADA EN ESPAÑA. 1994-2007

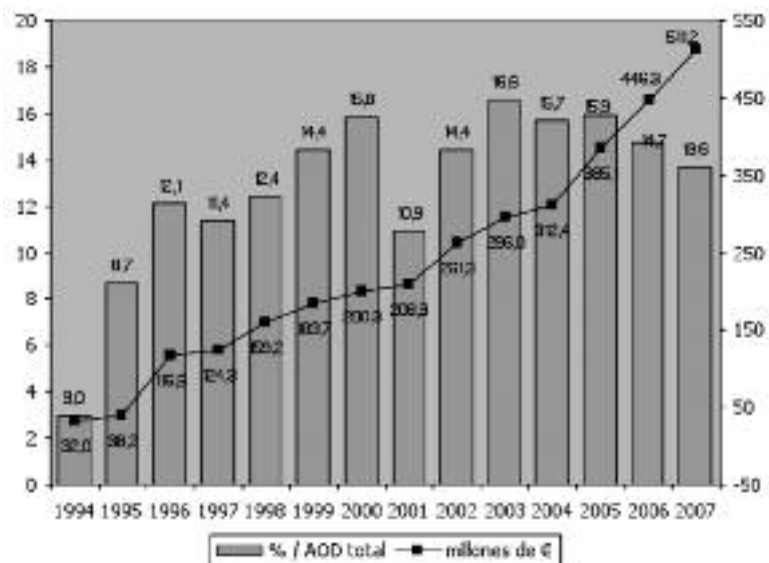


Gráfico 4.1. Evolución de la AOD descentralizada en España. 1994-2007

Fuente: elaboración propia a partir de datos de los Seguimientos de los PACI 2003, 2004, 2005, 2006 y 2007

Las CC.AA. siguen siendo el principal agente de cooperación descentralizada y, en realidad, el único causante del incremento anteriormente citado entre 2006 y 2007. Las Entidades Locales, por su parte, se mantienen estables con respecto a 2006, con un ligero retroceso de un 0'69%. Pero también aquí, debido al incremento de los fondos autonómicos, se observa que el peso de las EE.LL. en la cooperación descentralizada está disminuyendo. Si en 2005 suponía casi del 31% de toda la AOD descentralizada, en 2007 retrocede al 23%. Estos datos nos hacen sospechar que, en un ambiente generalizado de incremento en las cifras destinadas a cooperación, las EE.LL. han alcanzado un cierto techo presupuestario. No obstante, aún es pronto para sacar estas conclusiones y deberemos observar su evolución en próximos años para confirmar o no esta tendencia.

AOD DESCENTRALIZADA EN ESPAÑA SEGÚN ORIGEN DE LOS FONDOS, 2005-2007				
Valores desembolsados				
Origen	2005	2006	2007	Dif. 06-07
CC.AA.	266.264.451	323.908.212	389.753.319	20,33%
EE.LL.	118.862.523	122.348.405	121.499.227 ⁶⁹	-0,69%
TOTAL	385.126.974	446.256.617	511.252.546	14,56%

Tabla 4.2. AOD descentralizada en España según origen de los fondos, 2005-2007

Fuente: Seguimiento del PACI 2007

En otro orden de cosas, hay que señalar, como elemento negativo, que existen grandes diferencias entre los presupuestos comprometidos por las CC.AA. y sus desembolsos reales, diferencias que alcanzan la importante cifra de los 90 millones de euros. De hecho, hay 10 CC.AA. que tiene unos compromisos sensiblemente mayores a lo realmente desembolsados, y del resto, 2 no tenían compromisos explícitos, y por eso sus cifras coinciden con lo desembolsado. Debido a esta gran variación en las cifras y al hecho de que los compromisos pueden llegar a cumplirse o no, hemos decidido realizar el análisis de este capítulo basándonos solamente sobre la cantidad desembolsada por las CCAA.

En la siguiente tabla observamos como todas las CC.AA. han aumentado las cantidades desembolsadas en cooperación, salvo la Comunidad de Madrid, que después del gran incremento del año pasado, ha disminuido su aportación en un 6'6%. Las 3 CC.AA. que el año pasado tuvieron un retroceso en sus presupuestos (Galicia, Extremadura y País Vasco), sin embargo, los han incrementado este año. Hay varias explicaciones para observar esta tendencia presupuestaria de "dientes de sierra" y las diferencias que se observan y hemos comentado entre lo presupuestado y lo desembolsado. Así, Madrid, por ejemplo, tenía un compromiso de desembolso de 33.782.532 euros que, de haberse cumplido, hubiera supuesto un incremento de 600.000 euros frente a lo desembolsado en 2006, y por lo tanto, al haber aumentado, el resultado del análisis hubiera sido otro muy distinto. Al centrar el análisis sobre los desembolsos realizados, puede darse el caso de que haya compromisos que puedan cumplirse en varios años, por lo que un año puede gastarse gran parte de este presupuesto plurianual y aumentar así la cantidad desembolsada y al siguiente pueden disminuir, o viceversa. Pero estas tendencias a no cumplir lo comprometido también pueden deberse a un incumplimiento de promesas o a déficit de gestión en los organismos que deben planificar y gestionar la ayuda. Dada la heterogeneidad existente entre las CC.AA. puede que todas estas explicaciones sean válidas según la CC.AA. que analicemos.

69. Esta cifra, conseguida analizando los datos brutos proporcionados por la DGPOLDE difieren en 818.849 euros en los que aparecen señalados en el PACI 2008

En el análisis de las cifras absolutas de la AOD autonómica podemos observar que 6 CC.AA. suman el 68'5% de toda la AOD autonómica: Andalucía, Cataluña, Castilla la Mancha, Madrid, Comunidad Valenciana y País Vasco, todas ellas con cifras al menos cercanas a los 30 millones de euros. Este dato también supone que, por el contrario, 11 CC.AA. gestionan solamente el 31'5% de esta AOD. Andalucía, que por si sola supone una quinta parte de toda la AOD autonómica, con casi 82 millones de euros, destaca en el análisis de variación de los presupuestos de AOD entre 2006 y 2007, al haber realizado un incremento espectacular, con más de 28'5 millones de incremento de su presupuesto respecto a 2006, lo que supone un 54% más, y que, además, es la explicación a casi la mitad del incremento conjunto de todas las CC.AA. en 2007.

Fijándonos en los porcentajes, podemos destacar el importante incremento de 3 comunidades. Canarias ha incrementado en más del doble su presupuesto desembolsado para AOD de 2006, con un 122% y ha pasado de ser la undécima CC.AA. en desembolso de AOD en 2006 a la octava en 2007. Otras dos comunidades han tenido un aumento de más del 60% han sido Extremadura y Galicia con un 60% y un 82% respectivamente.

DISTRIBUCIÓN DE LA AOD DESEMBOLSADA DE LAS CC.AA. 2005-2007								
CCAA	2005		2006		2007		Variación 07-06	
	euros	%	euros	%	euros	%	euros	%
Andalucía	37.937.899	14,2	53.034.861	16,4	81.798.541	21,0	28.763.680	54,2
Aragón	5.724.384	2,1	6.132.286	1,9	8.008.170	2,1	1.875.884	30,6
Asturias	8.723.940	3,3	11.477.261	3,5	12.938.623	3,3	1.461.362	12,7
Baleares	11.652.875	4,4	14.047.932	4,3	16.414.377	4,2	2.366.445	16,8
Canarias	4.874.651	1,8	7.999.941	2,5	17.778.637	4,6	9.778.696	122,2
Cantabria	4.805.103	1,8	5.115.660	1,6	5.469.245	1,4	353.585	6,9
Cataluña	44.102.616	16,6	56.921.600	17,6	57.768.931	14,8	847.331	1,5
Castilla-La Mancha	30.597.848	11,5	34.817.513	10,7	36.218.580	9,3	1.401.067	4,0
Castilla y León	8.931.840	3,4	11.691.192	3,6	13.114.683	3,4	1.423.491	12,2
Extremadura	6.050.774	2,3	5.868.839	1,8	9.897.984	2,5	4.029.145	68,7
Galicia	6.597.546	2,5	5.875.976	1,8	10.703.097	2,7	4.827.121	82,2
La Rioja	2.436.504	0,9	2.914.337	0,9	4.436.818	1,1	1.522.481	52,2
Madrid	21.627.261	8,1	33.150.446	10,2	30.973.098	7,9	-2.177.348	-6,6
Murcia	2.793.299	1,0	4.230.278	1,3	5.121.307	1,3	891.029	21,1
Navarra	16.643.187	6,3	16.540.843	5,1	19.017.170	4,9	2.476.327	15,0
País Vasco	31.038.371	11,7	28.626.952	8,8	29.379.900	7,5	752.948	2,6
C. Valenciana	21.641.553	8,1	25.462.295	7,9	30.629.358	7,9	5.167.063	20,3
Melilla	84.800	0,0	0	0,0	84.800	0,0	84.800	100,0
TOTALES	266.264.451	100,0	323.908.212	100,0	389.753.319	100,0	65.845.107	20,3

Tabla 4.3. Distribución de la AOD desembolsada de las CC.AA. 2005-2007.
Fuente: elaboración propia a partir de datos del Seguimiento del PACI 2006 y 2007

Pero las cifras absolutas pueden enmascarar el esfuerzo real de las cooperaciones autonómicas, ya que no tienen en cuenta variables como población o presupuesto gestionado. En la siguiente tabla analizamos el compromiso autonómico en relación a las variables de presupuesto, esfuerzo por habitante y otras dos variables que nos parecen importantes para conocer la orientación de la AOD que se gestiona desde las CC.AA.: el peso de servicios sociales básicos (SSB) y el porcentaje destinado a los Países Menos Avanzados (PMA).

ESFUERZO RELATIVO QUE SUPONE LA AOD DE LAS CC.AA. 2005-2007. AOD DESEMBOLSADA												
CCAA	2005				2006				2007			
	%AOD/ presupuesto	AOD € capita	% SSB/AOD distribuible	% PMA	%AOD/ presupuesto	AOD € capita	% SSB/AOD distribuible	% PMA	%AOD/ presupuesto	AOD € capita	% SSB/AOD distribuible	% PMA
Andalucía	0,16	4,83	20,88	11,38	0,19	6,76	19,70	8,60	0,28	10,33	30,92	10,68
Aragón	0,14	4,51	39,00	15,37	0,13	4,83	39,40	10,60	0,16	6,28	37,68	16,99
Asturias	0,26	8,10	34,47	11,62	0,31	10,66	36,60	16,60	0,33	12,23	32,40	17,19
Baleares	0,44	11,85	24,08	9,15	0,52	14,29	50,70	5,60	0,57	16,18	39,63	8,27
Canarias	0,09	2,48	41,84	61,73	0,13	4,06	22,80	54,60	0,26	8,90	25,55	37,70
Cantabria	0,26	8,55	59,68	7,44	0,25	9,10	32,40	10,70	0,25	9,70	35,69	5,77
Cataluña	0,20	6,30	19,13	16,71	0,23	8,14	15,90	29,30	0,21	8,15	23,98	22,51
C-La Mancha	0,45	16,15	25,92	23,71	0,47	18,38	45,70	19,30	0,44	18,77	44,77	14,92
Castilla y León	0,10	3,56	41,25	10,71	0,13	4,66	41,50	19,80	0,14	5,28	42,64	15,13
Extremadura	0,15	5,58	47,82	17,56	0,13	5,41	33,70	16,60	0,20	9,21	39,10	26,63
Galicia	0,07	2,39	18,94	12,13	0,06	2,13	24,00	18,70	0,10	3,93	17,24	19,34
La Rioja	0,25	8,09	37,86	13,38	0,26	9,68	50,20	6,50	0,36	14,49	20,67	6,82
Madrid	0,14	3,63	30,04	10,75	0,20	5,56	27,00	10,30	0,17	5,12	31,04	11,27
Murcia	0,08	2,09	38,69	10,74	0,12	3,17	38,90	8,30	0,12	3,74	22,03	7,43
Navarra	0,53	28,04	40,37	25,38	0,49	27,87	34,30	22,30	0,49	31,90	35,47	19,79
País Vasco	0,44	14,61	20,03	15,04	0,37	13,47	15,70	9,00	0,34	13,83	15,07	16,93
C. Valenciana	0,20	4,61	45,15	18,36	0,21	5,43	22,60	10,70	0,23	6,44	23,81	13,57
Melilla									0,00	1,26	-	-

Tabla 4.4: esfuerzo relativo que supone la AOD de las CC.AA. 2005-2007. AOD desembolsada.
Fuente: elaboración propia a partir de datos del Seguimiento del PACI 2006 y 2007

En cuanto al porcentaje del presupuesto que se destina a AOD, en 2007, sigue sin haber ninguna CC.AA. que alcance el 0,7%. Baleares es la única que supera el 0'5%, con un 0'57%, y Navarra y Castilla la Mancha llegan al 0'49% y el 0'44% respectivamente. En el otro extremo están Galicia, Murcia y Castilla y León que son las que menos esfuerzo realizan, no superando el 0'15%. Este año 4 CC.AA. han disminuido su porcentaje presupuestario destinado a AOD: Cataluña, Castilla la Mancha, Madrid y País Vasco; aunque no son descensos acusados si son llamativos, al ser comunidades que tienen un peso importante en el conjunto de la cooperación autonómica; en este sentido destaca la disminución del País Vasco, que ha desembolsando en 2007 un 0'1% menos

que en 2005. En sentido contrario, la Rioja, Andalucía, Canarias y Extremadura son las 4 CC.AA. que más incrementan este porcentaje entre los años 2006 y 2007.

Navarra sigue liderando con diferencia el esfuerzo en AOD per cápita, con 31 euros por habitante, a mucha distancia de las siguientes comunidades que son Castilla La Mancha, con 18'31 euros/persona, y Baleares con 16'18 euros/persona. Las 3 comunidades que menos dinero destinan por habitante son Murcia, Galicia y Madrid. Esta última comunidad es la única que ha disminuido su AOD por habitante entre 2006 y 2007, concretamente 0'44 euros por persona. Entre 2006 y 2007 3 CC.AA. han aumentado en más de 4 euros por habitante su AOD: Canarias, La Rioja y Navarra (4'84, 4'81 y 4'02 euros/habitante respectivamente).

También se ha mejorado en el compromiso de destinar, al menos, el 20% de la AOD a servicios sociales básicos, porcentaje que cumplen en 2007 15 de las 17 CC.AA. Desde 2006 solamente el País Vasco se mantiene por debajo de, con un 15'07%, porcentaje incluso más bajo que en 2006. Galicia es la otra Comunidad que ha descendido de forma importante en su porcentaje en SSB, pasando de 24% a 17'24%, disminución que puede encontrar una explicación en que su aumento en AOD no se haya destinado en la cantidad suficiente a SSB.

En cuanto al esfuerzo que se deben dedicar a los PMA, las cifras son aceptables y en su conjunto alcanzan un 16%, aunque solamente 3 comunidades superan el 20%. Canarias se mantiene en el primer lugar con un 37'7% de toda su ayuda destinan a estos países y Extremadura y Cataluña alcanzan los 26'63% y 22'51% respectivamente. En sentido contrario, el esfuerzo que realizan las Comunidades de Baleares, Cantabria, La Rioja y Murcia hacia los PMA sigue siendo insuficiente, situándose por debajo del 10% del total de su AOD.

Otro hecho que podemos destacar este año es la implicación cada vez más frecuente de la cooperación descentralizada con organismos multilaterales, como algunas agencias de Naciones Unidas (PNUD; FNUAP; UNIFEM), la Organización de Estados Americanos, o el Fondo Global contra el sida, malaria y tuberculosis, entre otros. En 2007, 8 CC.AA., Aragón, Cantabria, Castilla y León, Castilla la Mancha, Cataluña, Extremadura, Madrid, País Vasco y Valencia han financiado 118 acciones, por un total de más de 8.800.000 euros, a estas iniciativas, aunque son sobre todo País Vasco y Cataluña quienes subvencionan acciones de organismos multilaterales. Este tipo de colaboraciones las consideramos en principio positivas, pero deben estar basadas en unos criterios que las CC.AA. deben explicitar en los procesos de planificación de su cooperación, ya que la inclusión de este tipo de iniciativas, al igual que la cooperación directa, no deberían hacer disminuir los presupuestos destinados a AOD bilateral, que, como ya hemos comentado en varios informes anteriores, suele estar bastante bien orientada.

Un aspecto también interesante, y en cierto modo novedoso, es el del empleo de la cooperación directa como herramienta de cooperación en el ámbito descentralizado,

porque si bien aún no tiene una gran importancia en la cooperación descentralizada en su conjunto, en algunos actores locales puede llegar a tener un peso significativo. Así, en 2007 se realizaron acciones directas por parte de la cooperación descentralizada por valor de 32.325.522 de euros, un 6'3% del total, de los que 23 millones fueron administrados por la cooperación autonómica.

4. LA SALUD EN LA COOPERACIÓN AUTONÓMICA

El sector de la salud en la cooperación de las CC.AA también muestra la heterogeneidad que aparece en la AOD autonómica global. La salud se mantiene como un sector prioritario dentro de la cooperación autonómica, como nos muestran los datos de la siguiente tabla. En su conjunto, la ayuda sanitaria sigue creciendo de forma considerable, superando los 47 millones de euros en 2007. 12.830.000 euros más que suponen un incremento del 37% con respecto a la cantidad destinada el año anterior, y más del doble de la cifra que se dedicó a salud autonómica en 2002, el primer año que analizamos las CC.AA.

Este importante incremento de la AOD sanitaria se ve reflejado en el peso porcentual que tiene la salud en el conjunto de la AOD autonómica, que pasa de un 10'63 en 2006 a 12'13% en 2007, acercándose a las cifras que se tenían en 2005.

Pero si la cooperación autonómica quiere contribuir como agente de cooperación al cumplimiento de los compromisos internacionales del sector de la salud, se debe mantener en el tiempo esta tendencia positiva, que se vio rota en 2006, de incremento porcentual de la ayuda en salud hasta alcanzar el 20%. Ninguna CCAA alcanza este año esta cifra, si bien Extremadura y Navarra se acercan bastante, con 19'84% y 19'37% respectivamente.

Como en años anteriores, la diferencia entre las CC.AA. en cuanto al presupuesto que destinan a salud es muy importante. Las 6 CC.AA. que más presupuesto destinan a este sector, Andalucía, Cataluña, Castilla La Mancha, Madrid, Navarra y Comunidad Valenciana, suponen un 68'5% de toda la AOD en salud. Y solamente los desembolsos de Andalucía y Cataluña suponen más del 35% de toda la ayuda en salud.

Como aspecto positivo podemos destacar que existe una tendencia generalizada a incrementar los presupuestos de cooperación en salud en prácticamente todas las CCAA. Solamente Castilla y León y País Vasco disminuyen sus presupuestos para AOD en salud con respecto al año pasado. En este sentido cabe destacar el incremento tan importante que han tenido Cataluña, con casi 2.939,926 euros más en 2007 que en 2006, Andalucía con cerca de 1.500.000 euros y Canarias, con un incremento cercano a 1.400.000 euros. Aunque no ha alcanzado las cifras absolutas anteriores, queremos mencionar el esfuerzo de Murcia en el sector, que le permite dejar de ser la Comunidad que menos presupuesto le dedica a la salud.

DISTRIBUCIÓN DE LA AOD EN SALUD DE LAS CC.AA. 2006-2007				
CC.AA.	2006	2007	%	% / AOD 2007
Andalucía	6.864.762	8.346.774	17,66	10,20
Aragón	880.229	1.309.722	2,77	16,35
Asturias	1.374.554	1.938.653	4,10	14,98
Baleares	859.346	1.706.446	3,61	10,40
Canarias	957.025	2.356.703	4,99	13,26
Cantabria	517.646	543.470	1,15	9,94
Cataluña	5.389.426	8.329.352	17,62	14,42
Castilla-La Mancha	3.108.029	5.109.522	10,81	14,11
Castilla y León	2.560.442	1.113.746	2,36	8,49
Extremadura	895.440	1.964.053	4,15	19,84
Galicia	708.573	1.133.726	2,40	10,59
La Rioja	469.885	493.000	1,04	11,11
Madrid	1.064.989	3.069.842	6,49	9,91
Murcia	412.751	714.888	1,51	13,96
Navarra	3.252.616	3.684.119	7,79	19,37
País Vasco	1.709.525	1.592.359	3,37	5,42
C. Valenciana	3.419.558	3.868.491	8,18	12,63
TOTALES	34.444.796	47.274.866	100,00	12,13

Tabla 4.5. Distribución de la AOD en salud de las CC.AA. 2006-2007. Fuente: elaboración propia a partir de datos del Seguimiento del PACI 2007.

Sin embargo, debemos ser conscientes de que estos esfuerzos que se están realizando en la AOD sanitaria autonómica deben ser acompañados de procesos de planificación adecuados que, sin hacer perder su idiosincrasia de la cooperación autonómica, les permita mejorar la predictibilidad y la coherencia de su ayuda, aspectos fundamentales que aparecen en los compromisos de París. Para ello, es fundamental que se trabajen estrategias de salud, sobre todo en las CC.AA. que más recursos destinan, que se establezcan marcos más ajustados en las prioridades de trabajo en el sector, que se presenten unas previsiones presupuestarias en las prioridades de salud y se cumplan con los compromisos adquiridos.

En este apartado queremos, por último, mencionar que el uso de cooperación directa en salud aún no tiene mucha relevancia en la conjunto de la cooperación descentralizada sanitaria, ya que en 2007 se destinaron 1.436.447 euros por esta vía, lo que supone sólo un 3% del total destinado a salud. Este dato, visto en perspectiva, además, significa que se ha reducido en más de un tercio el empleo de esta herramienta de cooperación con respecto a 2006 y es Cataluña la Comunidad autónoma que más la utiliza, seguidas de Aragón, Canarias, La Rioja y Murcia que lo hacen en menor medida.

5. COMPOSICIÓN SECTORIAL DE LA AYUDA AUTONÓMICA EN SALUD

Al desglosar la salud en los 3 sectores básicos que promueve el CAD, comprobamos la gran importancia que tiene el subsector de salud básica en el conjunto de la AOD sanitaria, con un 61'5% de toda la AOD en salud que destinan las CC.AA., y que supone la mayor parte de todo el incremento del sector salud, con 12.480.000 euros más que en 2007. Esta cifra rompe con la tendencia a disminuir la importancia de este sector que encontrábamos en los últimos años y se superan los niveles que había en 2004.

Esta apuesta por la salud básica se ve reflejada en una disminución clara de los porcentajes en los otros dos sectores. Así, mientras que el subsector de la salud general sigue manteniendo su línea de disminución de los últimos años, la salud reproductiva cambia en 2007 su tendencia positiva y disminuye de forma muy importante hasta situarse en el 21%, 8 puntos menos que el año pasado. Pero los porcentajes de estos dos subsectores no descienden de la misma forma. Mientras las cifras absolutas de salud general aumentan, las de salud reproductiva disminuyen. Esto supone que la disminución del sector de salud general es debida a que su crecimiento se ve enmascarado por el incremento tan importante que tiene la salud básica, mientras que la disminución de la salud reproductiva nos indica un cambio de tendencia y un menor interés por este sector durante 2007.

Sin llegar a ser los datos presentados directamente negativos, sí permiten hacer una llamada de atención en el sentido de que la distribución sectorial debería ser algo más equilibrada entre los 3 sectores, y, máxime cuando la reducción pueda ser acusada para el subsector de la salud sexual y reproductiva, como sector responsable de al menos el 18% de la carga de enfermedad mundial

DISTRIBUCIÓN SECTORIAL DE LA AOD EN SALUD DE LAS CC.AA. 2004-2007

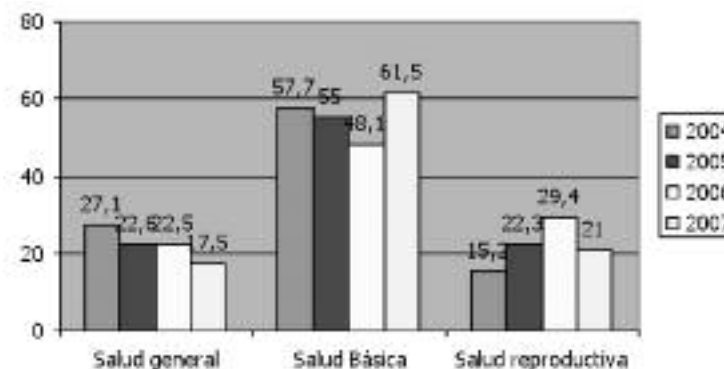


Tabla 4.6: Distribución sectorial de la AOD en salud de las CC.AA. 2004-2007. Fuente: elaboración propia a partir de datos del Seguimiento del PACI 2004, 2005, 2006 y 2007

La explicación al aumento en la salud básica, la tenemos en el análisis de los subsectores CRS. En salud básica podemos observar un incremento espectacular de las infraestructuras sanitarias básicas, que ha alcanzado la cifra de 12.679.000 de euros, un 161% más que en 2006, y siendo el subsector que más peso tiene en el conjunto de la salud. Otro incremento importante se da en Atención Sanitaria Básica, que ha superado los 9'3 millones de euros. La Formación Sanitaria y la Nutrición Básica también aumentan, y aunque no en la misma cantidad, sí en porcentajes significativos. Sin embargo, la Educación Sanitaria, elemento clave de la Atención Primaria de Salud, disminuye en un 25%, y mantiene su tendencia en "dientes de sierra". Este año se han incorporado dos códigos más: control de malaria y control de tuberculosis que no aparecían en años anteriores. La suma de la AOD de estos subsectores más el de control de enfermedades infecciosas no evita que la cantidad/porcentaje sea menor ha disminuido con respecto al año anterior.

Por otra parte, se mantiene la prioridad en los servicios médicos, que absorben más de la mitad del presupuesto del sector de salud general, y debemos destacar como elemento negativo que disminuye a la mitad el apoyo a políticas sanitarias y gestión, que es un elemento fundamental para el fortalecimiento de los sistemas de salud en los países en desarrollo. Como aspecto positivo y significativo podemos comentar que aparecen por primera vez unas partidas para investigación médica, que sin tener aún un peso importante, suponen un cambio considerable de la tendencia de años anteriores, donde o bien directamente no había partidas para este subsector o se le destinaban unos montos insignificantes.

En cuanto al sector de políticas de población y salud reproductiva, la lucha contra ETS es el subsector más importante con 6.639.000 de euros, y aunque aumenta de forma significativa la cifra con respecto al año pasado, su porcentaje respecto del total de la AOD sanitaria disminuye debido al incremento antes mencionado de la salud básica. Otro subsector que también tiene importancia en 2007 es la atención en salud reproductiva, con 2.675.000 euros. Pero la planificación familiar, la formación de personal en salud reproductiva y, sobre todo, el apoyo a las políticas de población, tienen un interés residual para la cooperación autonómica.

En conclusión, podemos afirmar que existe una gran concentración sectorial de la AOD en salud autonómica. Los 4 subsectores CRS que más peso tienen, infraestructuras, atención sanitaria, lucha contra ETS y servicios médicos, suponen el 70% de todo el gasto en salud. Esta concentración en los subsectores más asistenciales ya se daba en años anteriores, aunque no con tanta intensidad, y no parece fruto de una planificación detallada por parte de la cooperación autonómica ya que no cuentan con una estrategia de salud definida.

Estos cuatro subsectores son importantes dentro de la cooperación en salud, pero debemos tener en cuenta que para hacer una cooperación sanitaria de calidad deberíamos diversificar más sus asignaciones entre el resto de los sectores, especialmente atendiendo a aquellos menos asistenciales y que fortalecen los sistemas de salud y la Atención Primaria de Salud; es decir, incidir más en el apoyo a políticas sanitarias, la formación, la educación sanitaria, la investigación o la planificación familiar.

Al comparar el trabajo de la cooperación autonómica sectorial con la bilateral del Estado, podemos observar que no hay excesivas diferencias en el peso que se le da a los 3 sectores de salud, y que, incluso la coincidencia se produce en el interés por los mismos subsectores.

DISTRIBUCIÓN DE LA AOD DESEMBOLSADA DE LAS CC.AA. 2005-2007									
Cód.		2005		2005		2006		2007	
		miles €	%	miles €	%	miles €	%	miles €	%
121	Salud General	7.722	27,1	7.478	22,6	7.740	22,5	8.285	17,5
12110	Política sanitaria y gestión administrativa	4.331	15,2	2.050	7,2	2.953	8,6	2.044	4,3
12181	Enseñanza / formación médicas	738	2,6	947	3,3	853	2,5	922	2,0
12182	Investigación médica	165	0,6	0	0,0	0	0,0	867	1,8
12191	Servicios médicos	2.488	8,7	4.481	15,7	3.934	11,4	4.451	9,4
122	Salud básica	16.480	57,7	18.191	63,7	16.570	48,1	29.052	61,5
12220	Atención sanitaria básica	7.037	24,7	6.590	23,1	5.790	16,8	9.327	19,7
12230	Infraestructura sanitaria básica	5.302	18,6	4.557	16,0	4.851	14,1	12.679	26,8
12240	Nutrición básica	1.118	3,9	1.325	4,6	1.188	3,4	2.067	4,4
12250	Control enfermedades infecciosas	1.247	4,4	2.611	9,1	2.511	7,3	1.547	3,3
12261	Educación sanitaria	796	2,8	1.431	5,0	954	2,8	733	1,6
12262	Control de la malaria							473	1,0
12263	Control de la tuberculosis							228	0,5
12281	Formación personal sanitario	980	3,4	1.677	5,9	1.276	3,7	1.997	4,2
130	Población y salud reproductiva	4.341	15,2	7.381	25,9	10.135	29,4	9.938	21,0
13010	Política sobre población y gestión administrativa	48	0,2	42	0,1	3.717	10,8	79	0,2
13020	Atención salud reproductiva	1.206	4,2	1.635	5,7	0	0,0	2.675	5,7
13030	Planificación familiar	5	0,0	35	0,1	0	0,0	416	0,9
13040	Lucha contra ETS, incluida SIDA	2.964	10,4	5.399	18,9	6.306	18,3	6.639	14,0
13081	Formación personal para población. Y Salud Reproductiva	118	0,4	270	0,9	112	0,3	129	0,3
	TOTAL	28.543	100,0	33.050	115,8	34.445	100,0	47.275	100,0

Tabla 4.7. Distribución de la AOD en salud de las CC.AA. Por sectores y subsectores 2004-2007
Fuente: elaboración propia a partir de datos del Seguimiento del PACI 2004, 2005, 2006 y 2007

6. DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA DE LA AYUDA EN SALUD

Como en 2006, África subsahariana es el área geográfica que más ayuda recibe en salud, un 33'48% del total de este sector, hasta llegar a los 15.828.337 euros. América Central sigue disminuyendo su porcentaje dentro de la distribución regional y en 2007 deja de ser el segundo lugar receptor, puesto que ahora ocupa América del Sur, que recibe 11.907.345 euros. Este cambio en la prelación geográfica obedece a que a esta región se han destinado más de 4 millones de euros con respecto a 2006, lo que supone el mayor incremento entre todas las regiones. No obstante a ese cambio, se mantiene el equilibrio al analizar las distribuciones totales para los continentes de África y América, ya que ambos reciben más de un 45%; Asia es el destino algo menos del 5%. El resto de la ayuda aparece como destinada a zonas "no especificadas", que ha pasado del 2'61 de 2006 al 4'07. Este último dato consideramos que no es positivo y, como al resto de actores, solicitamos que se computen adecuadamente, tanto de forma sectorial como en cuanto a su distribución regional, pues aunque aún no alcanzan una cifra importante, es posible que en el futuro puedan ser un factor de confusión en el análisis de la cooperación autonómica, falseando de alguna forma las prioridades, tanto sectoriales como geográficas de la cooperación autonómica.

DISTRIBUCIÓN REGIONAL DE LA AOD EN SALUD DE LAS CC.AA. 2007 (%)

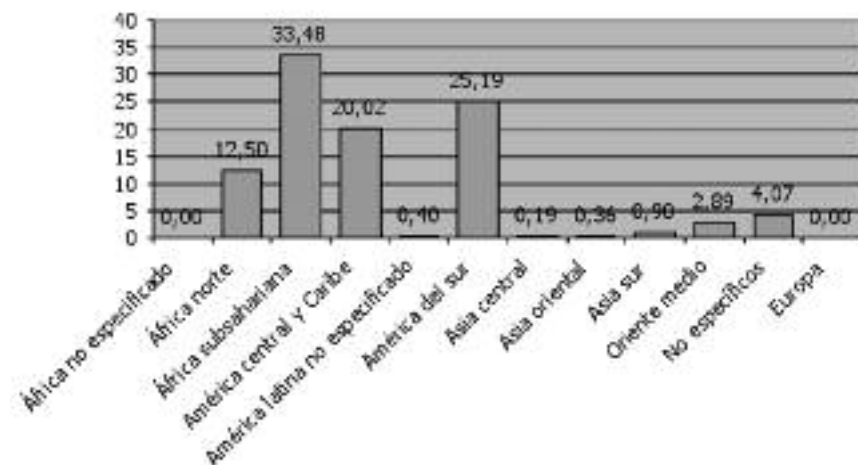


Tabla 4.8: Distribución regional de la AOD en salud de las CC.AA. 2007 (%)
Fuente: elaboración propia a partir de datos del Seguimiento del PACI 2007

Cuando se desglosa la distribución regional por sectores de salud, aparecen algunos datos que merece la pena comentar. Para empezar, en términos generales, se mantiene más o menos la misma distribución que había en 2006, solamente alterada por el ya mencionado importante incremento en salud básica.

La salud básica es el sector más utilizado, con diferencia, en todas las regiones, salvo cuando hablamos de países no especificados. Este dato es consecuente con el incremento comentado de la salud básica en 2007, y aunque consideramos positivo este incremento, ya hemos comentado con anterioridad que no lo es tanto el que se centre prioritariamente en acciones asistenciales y priorice en menor medida los demás subsectores que inciden directamente en el fortalecimiento de los sistemas de salud y la APS.

La salud reproductiva aumenta sus fondos ligeramente en África subsahariana respecto a 2006, aunque porcentualmente retroceda. Este incremento de las cifras absolutas es un dato positivo, ya que es la región con mayores problemas en este sector. Sin embargo, la cooperación descentralizada muestra un interés residual en Asia para este subsector, de manera que dentro de las escasas cantidades que se destinan a este continente, son muy escasas las que se orientan a salud reproductiva en la otra región con mayores problemas de mortalidad materna, uno de los aspectos más relevantes de la salud reproductiva.

En América Latina y Oriente Medio la salud general es el segundo sector que más ayuda recibe, aunque relativamente cerca de la salud reproductiva. También en Oriente Medio la salud general es el segundo sector, aunque aquí la distancia con la salud reproductiva es porcentualmente mucho mayor.

África del Norte tiene casi toda su AOD en salud básica, el 87%. Prácticamente los otros dos sectores comparten cifras en 2007, alrededor de 350.000 euros para cada uno. No obstante, hay un descenso, si lo comparamos con las cifras de 2006, y este descenso es más acusado en salud general, mientras que la cantidad que destina a salud reproductiva es ligeramente superior a la del año anterior.

Si centramos el análisis en determinar a qué regiones se destina la mayor parte de cada sector de salud, podemos ver que la salud básica está mucho más compartida que los otros dos sectores.

Tanto la salud reproductiva como la salud general priorizan a África subsahariana como al ser la región que más fondos recibe para este concepto, muy por encima del resto de regiones, hasta el punto de que la salud reproductiva en África subsahariana supone el 54% de toda la salud reproductiva, mientras que el porcentaje que supone esta región en el conjunto de la salud general se limita al 46%. La salud básica destina su mayor porcentaje a América del Sur, con un 30%, seguido de África subsahariana con un 23%. Tampoco este año parece que los países no especificados puedan variar de forma significativa los resultados.

DISTRIBUCIÓN DE LA AOD EN SALUD DE LAS CC.AA. POR SECTORES 2007 AOD desembolsada							
	SALUD GENERAL		SALUD BÁSICA		SALUD REPRODUCTIVA		TOTALES
	Euros	%	Euros	%	Euros	%	
África no especificado	0		0		0		0
África norte	346.084	5,9	5.177.916	87,6	384.721	6,5	5.908.722
África subsahariana	3.825.739	24,2	6.637.881	41,9	5.364.717	33,9	15.828.337
América central y Caribe	1.794.579	19,0	6.091.147	64,3	1.580.971	16,7	9.466.697
América latina no especificado	133.800	71,2	54.000	28,8	0	0,0	187.800
América del sur	1.542.761	13,0	8.844.218	74,3	1.520.366	12,8	11.907.345
Asia central	90.000	100,0	0	0,0	0	0,0	90.000
Asia oriental	0	0,0	153.607	90,9	15.450	9,1	169.057
Asia sur	9.000	2,1	357.091	83,8	60.000	14,1	426.091
Oriente medio	460.799	33,7	882.664	64,6	22.078	1,6	1.365.540
No especificados	82.200	4,3	853.537	44,3	989.542	51,4	1.925.279
Europa	0		0		0		0
TOTALES	8.284.962	17,5	29.052.060	61,5	9.937.845	21,0	47.274.868

Tabla 4.9. Distribución de la AOD en salud de las CC.AA. por sectores 2007
Fuente: elaboración propia a partir de datos del Seguimiento del PACI 2007

El estudio del destino, agrupado según el nivel de renta, la cooperación autónoma en salud se realiza para observar si las prioridades geográficas se encaminan hacia los países que más necesidades en salud tienen, países que coinciden, generalmente, con los PMA y de rentas bajas.

En este sentido, el análisis de las rentas bajas y los PMA nos muestra que, aunque prácticamente no se incrementa el porcentaje destinado a los PMA, con un 26'1%, el destinado a los países de renta baja disminuye en un 2'5%, y el conjunto alcanza el 36'6%. Esto supone una disminución porcentual de este conjunto de países, algo muy similar a la que sucedió entre 2006 y 2005. Desde 2004 el porcentaje destinado a este conjunto de países ha disminuido más de 7 puntos de forma progresiva y esto demuestra que se consolida una tendencia, la de la disminución, de forma progresiva, las cantidades destinadas a los países más empobrecidos, y por lo tanto el interés de la cooperación autónoma sanitaria hacia ellos, a pesar de sus graves problemas en el sector.

Las rentas medias-bajas son con mucha diferencia las que reciben más AOD sanitaria, un 50'6%, aunque también disminuyen en un 4'4%. Solamente las rentas medio-altas, precisamente aquellos países que tienen una mayor capacidad para poder solucionar por sí mismos los problemas de salud sin ayuda exterior, aumentan su porcentaje en un 1'5%. Para concluir, hay que señalar que prácticamente toda la variación que se da con respecto al año pasado se explica por el incremento hasta el 8'3% de los países no especificados, y en este análisis sí que puede ser un factor de confusión que determine las conclusiones.

Por lo tanto estamos viendo que la orientación geográfica de la cooperación autónoma está empeorando, y esta tendencia que se está dando desde hace varios años debe revertirse. Aunque se cumple con creces el compromiso de destinar el 20% de la AOD en salud a los PMA, no puede explicarse a través de prioridades en salud el incremento en rentas medio altas y el descenso de las rentas bajas. Es obvio que el interés de la cooperación autónoma se centra en las rentas medias desde hace ya varios años, y eso explica el elevado porcentaje destinado a América Latina. Esta región, aunque no es la más pobre, es la que más inequidades en salud presenta, por la gran brecha existente entre la población rica y la más pobre. Es necesario que se generen en las ayudas en salud en países de rentas medias mecanismos de control que aseguren que estas ayudas van a solucionar los problemas de salud de las bolsas de pobreza que existen en estos países, y que no ayuden a generar una mayor inequidad entre la población de estos países.

Al igual que pasa en la distribución sectorial, no se ven grandes diferencias con respecto a la distribución geográfica regional en el sector salud entre la cooperación estatal y la descentralizada. No obstante, los datos nos muestran que existe un mayor peso de África subsahariana en la cooperación estatal, lo cual es positivo, como debería serlo el que se destine a Asia un porcentaje también mayor, si no fuera por el tipo de instrumento de cooperación que se utiliza para este sector y continente, como ya se ha comentado.

DISTRIBUCIÓN DE LA AOD EN SALUD DE LAS CC.AA. POR NIVEL DE RENTA DE LOS PAÍSES BENEFICIARIOS. 2004 - 2007 (%)

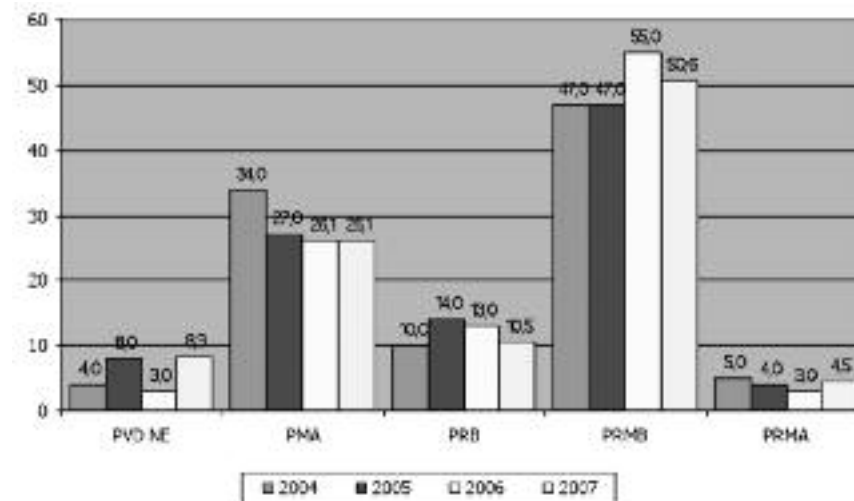


Tabla 4.10. Distribución de la AOD en salud de las CC.AA. por nivel de renta de los países beneficiarios. 2004 - 2007 (%). Fuente: elaboración propia a partir de datos del Seguimiento del PACI 2004, 2005, 2006 y 2007

La estabilidad porcentual de la AOD destinada a los PMA se convierte en crecimiento cuando hablamos de las cifras absolutas de la cooperación autonómica, al aumentar en 2007 en más de 3 millones de euros.

Si observamos el comportamiento de cada Comunidad Autónoma, sin embargo, otra vez podemos observar unas grandes diferencias entre los porcentajes que destinan en 2006 y 2007 a los PMA, hasta el punto de que solamente 6 tienen mínimas variaciones⁷⁰. En cifras absolutas, Canarias, Cataluña, Castilla la Mancha y Comunidad Valenciana destinan más de un millón de euros de su AOD en salud a los PMA. La Rioja, que no destinó en 2007, al igual que en 2006, ningún presupuesto a este tipo de países, Cantabria y Baleares son las que menos aportaciones a los PMA hicieron de sus presupuestos de cooperación sanitaria. Sin embargo Murcia, que junto con los anteriores son de las que menos dedica al conjunto de los PMA, destina más de la mitad de su presupuesto a salud.

11 comunidades destinan más del 20% de su AOD en salud hacia los PMA, destacando Canarias con un 64,6% y Comunidad Valenciana con un 51%. Andalucía, que como ya hemos mencionado ha realizado un incremento muy importante en su AOD en salud, destina, sin embargo, solamente un 6,8% de su cooperación sanitaria a los PMA. Estas diferencias, que se mantiene en cierta medida en el tiempo, parecen indicar que hay una distinta priorización geográfica entre las CC.AA., de manera que algunas Comunidades Autónomas apenas tienen en cuenta en el sector sanitario las necesidades de los PMA, mientras que otras, por el contrario, son especialmente sensibles a ellas.

Si lo que analizamos es la importancia que tiene la salud dentro de los presupuestos que las CC.AA. destinan a los PMA, 3 superan el 50%: Aragón, Navarra y Comunidad Valenciana. Cataluña es, este aspecto, la cuarta con un 42%.

AOD EN SALUD DIRIGIDA A PMA POR LAS CC.AA. 2007 AOD DESEMBOLSADA					
CC.AA.	AOD en salud dirigida a PMA 2007		% AOD en salud para PMA/ total dirigido a PMA	% AOD salud dirigida a PMA 2006 sobre total AOD salud	Total AOD dirigida a PMA 2007
	Euros	% sobre AOD sanitaria			
Andalucía	569.044	6,8	7,9	6,8	7.213.406
Aragón	522.264	39,9	51,9	27,4	1.006.844
Asturias	496.000	25,6	25,8	34,7	1.921.000
Baleares	89.823	5,3	12,9	0,0	694.971
Canarias	1.522.703	64,6	29,2	64,4	5.214.066
Cantabria	40.000	7,4	16,7	6,0	239.247
Cataluña	2.958.792	35,5	42,4	49,1	6.971.257
Castilla-La Mancha	1.221.162	23,9	24,2	32,3	5.055.445
Castilla y León	502.248	45,1	29,7	53,6	1.688.300
Extremadura	475.910	24,2	25,4	26,4	1.874.553
Galicia	262.721	23,2	17,0	26,6	1.547.490
La Rioja	0	0,0	0,0	0,0	94.000
Madrid	571.111	18,6	19,5	20,3	2.933.271
Murcia	199.039	27,8	57,3	0,0	347.582
Navarra	518.569	14,1	28,4	24,2	1.826.730
País Vasco	428.397	26,9	13,6	11,9	3.154.208
C. Valenciana	1.972.957	51,0	64,7	15,3	3.049.881
TOTAL	12.350.741	26,1	27,5	26,1	44.882.252

Tabla 4.11 AOD en salud dirigida a PMA por las CC.AA. 2007 AOD desembolsada
Fuente: elaboración propia a partir de datos del Seguimiento del PACI 2007

En cuanto a los 10 países más favorecidos en salud en 2007 por la cooperación autonómica, solamente hay un país diferente con respecto a la relación de 2006, y otro con respecto a la de 2005, lo que nos indica una cierta tendencia a priorizar estos países para el sector autonómico de salud.

Otro aspecto positivo a destacar es que el conjunto de estos países supera el 56% de toda la AOD sanitaria autonómica, lo que indica una concentración geográfica de los esfuerzos de este tipo de ayuda, tendencia que se sigue dando desde hace varios años.

Sin embargo, y como ya hemos visto con anterioridad, solamente hay un PMA y dos países de renta baja entre los 10 primeros, siendo el resto países de renta media baja, lo que confirma la apuesta por los países de este nivel de renta que tienen las CC.AA. A pesar de la disminución global que ha tenido la cooperación sanitaria en América central, resulta curioso que 3 países de esta área geográfica estén dentro de los 10 primeros, lo que nos indica una fuerte concentración de la ayuda en salud en esta región.

6 de los 10 países más beneficiados por la cooperación sanitaria descentralizada en 2007 lo son también de la estatal, lo que supone, además, una cierta concentración de la ayuda sanitaria española que debería de tener unos mecanismos de coordinación eficaces para conseguir el mayor impacto posible.

70. No computamos a la Rioja por no destinar dinero a los PMA en el sector salud

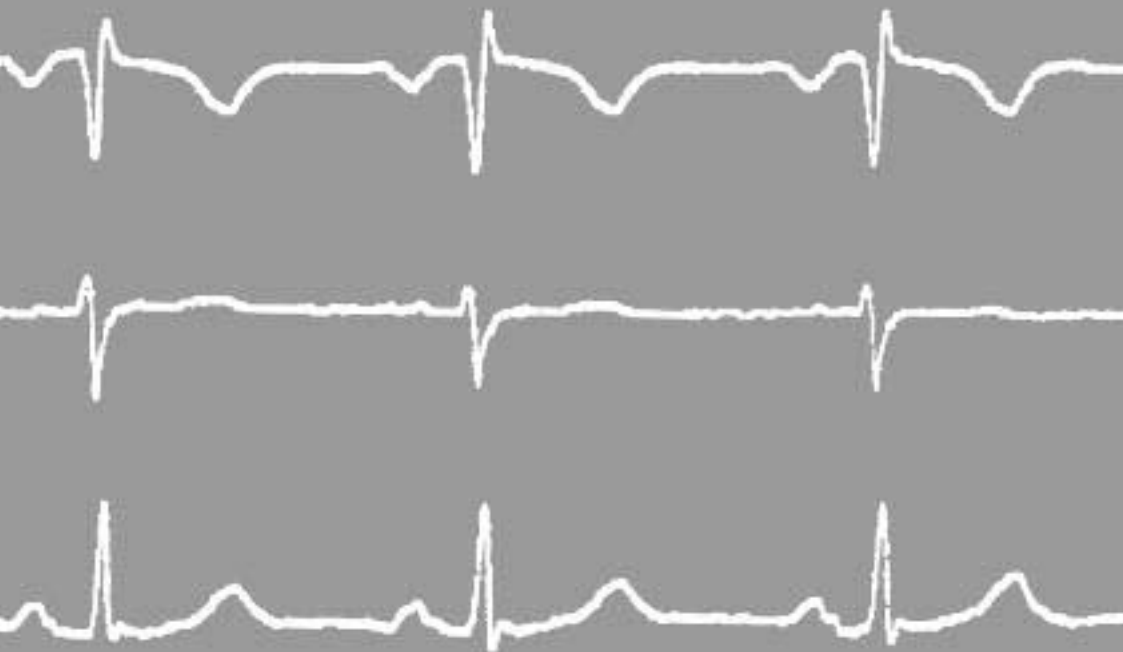
PRINCIPALES 10 PAÍSES BENEFICIARIOS DE LA AOD EN SALUD DE LAS CC.AA. DURANTE 2007			
País	Nivel de renta	Total euros	%
MARRUECOS	PRMB	4.661.270	9,86
PERÚ	PRMB	3.837.096	8,12
MOZAMBIQUE	PMA	3.380.117	7,15
BOLIVIA	PRMB	3.060.990	6,47
ECUADOR	PRMB	2.695.865	5,70
HONDURAS	PRMB	2.290.263	4,84
GUATEMALA	PRMB	2.172.503	4,60
NICARAGUA	PRB	1.649.078	3,49
CONGO, REP. DEM.	PRB	1.437.008	3,04
TERRITORIOS PALESTINOS	PRMB	1.349.850	2,86
Total 10		26.534.040	56,13
TOTAL AOD SALUD		47.274.868	

Tabla 4.12. Principales 10 países beneficiarios de la AOD en salud de las CC.AA. durante 2007.
Fuente: elaboración propia a partir de datos del Seguimiento del PACI 2007

En resumen, hemos podido comprobar grandes avances normativos y presupuestarios en la AOD autonómica en los últimos años, así como en su orientación tanto sectorial como geográfica. Pero si se quiere realizar una ayuda coherente, eficaz y de impacto, aún hay elementos que esta cooperación descentralizada debe mejorar.

La concreción de Planes Directores donde aún no existen, la búsqueda de un consenso entre actores en las prioridades y compromisos, la mejora de la coordinación interinstitucional (incluyendo en la misma a las EE.LL.), la mayor previsibilidad de la ayuda o la mejora en la orientación geográfica son aspectos que se deben trabajar para que este actor pueda optimizar los recursos que destina como AOD, y específicamente como AOD sanitaria.

CAPÍTULO V. LA ACCIÓN HUMANITARIA DE LA COOPERACIÓN ESPAÑOLA



1. ALGUNOS AVANCES DESTACADOS A NIVEL INTERNACIONAL

La comunidad internacional debe felicitarse porque durante el año 2007 no se hayan producido crisis humanitarias agudas de envergadura que, como en años anteriores, hayan assolado alguna región del planeta. Pero eso no significa que la ayuda humanitaria no haya sido necesaria, sobre todo como consecuencia de múltiples desastres naturales provocados por fenómenos climatológicos adversos que han causado importantes víctimas y daños a nivel local en comunidades que, debido a su escaso nivel de desarrollo, permanecen en situación de vulnerabilidad.

A estas crisis causadas por fenómenos meteorológicos adversos debemos sumar las crisis permanentes cuyo origen está en conflictos de carácter bélico y que se conocen como “conflictos bélicos de baja intensidad”. Este tipo de conflictos continúan alimentando crisis permanentes en países como Sudan, Somalia, República Democrática del Congo, Palestina, Colombia o Sri Lanka. A esta lista hay que añadir los conflictos más mediáticos, como Irak y Afganistán, y aquellos realmente olvidados, como el que afecta al pueblo saharai y que siguen causando enorme sufrimiento a sus poblaciones.

La respuesta internacional a la situación humanitaria de millones de damnificados, desplazados y refugiados ha estado marcada por una disminución de los fondos destinados a paliar el impacto sobre estas poblaciones.

Las reflexiones, debates, negociaciones sobre la necesidad de reformar el sistema internacional de respuesta humanitaria, celebradas en el seno de las NNUU, concluyeron

en marzo de 2006 con la creación del *Fondo Central de Respuesta a Emergencias*⁷¹ (CERF). La finalidad del CERF es la de complementar la financiación humanitaria existente ofreciendo una respuesta rápida y más equitativa a las crisis.

Durante la Conferencia de Alto Nivel celebrada en diciembre de 2006 en Nueva York, los donantes expresaron su satisfacción con el funcionamiento del CERF (asignó 259,3 millones de dólares a crisis) y confirmaron su compromiso con el mismo, destinando 342 millones de dólares en 2007, cuya ejecución es la recogida en la gráfica 5.1. España ha contribuido a este fondo con 20 millones de euros en 2008 y ha comprometido 30 millones de euros para 2009, lo que le convertiría en el quinto país más contribuyente al fondo, sólo por detrás de Gran Bretaña, Holanda, Suecia y Noruega.

DISTRIBUCIÓN DE DONACIONES DEL CERF POR CONTINENTES. 2007



Gráfica 5.1. Distribución de donaciones del CERF por continentes en 2007. Fuente: OCHA

La adopción por parte de la UE del *Consenso Europeo sobre ayuda humanitaria*⁷² en junio de 2007 tiene como objetivo fomentar una acción concertada y coordinada en la Unión Europea y con los demás protagonistas, para mejorar la respuesta colectiva a las crisis humanitarias. La ayuda comunitaria administrada por la Comisión y la ayuda bilateral ofrecida por los Estados miembros hacen de la Unión Europea (UE) el principal do-

71. www.redhum.org/archivos/pdf/ID_471_Redhum-LAC-GUIa-Guia_del_CERF-OCHAROLAC-2007.pdf

72. <http://europa.eu/scadplus/leg/es/lvb/r13008.htm>

nante humanitario en el mundo. En 2007, la respuesta de la Comisión a las crisis humanitarias en más de 70 países se tradujo en 85 decisiones de financiación, por un importe total de 768,5 millones de euros⁷³. La distribución de los fondos asignados fue del 47 % en favor de las organizaciones no gubernamentales, del 42 % para las agencias de las Naciones Unidas y del 11 % en favor de otras organizaciones internacionales.

DECISIONES FINANCIERAS DE AYUDA HUMANITARIA, DE LA UE, POR ZONA GEOGRÁFICA (presupuesto 2007, en euros)	
Región en la que se intervino	Importe decidido en 2007
África, Caribe y Pacífico (total)	422.760.000
África	2.000.000
Cuerno de África	217.950.000
Grandes Lagos africanos	89.500.000
África Occidental	46.600.000
Caribe, Pacífico	16.310.000
África Austral, Océano Índico	50.400.000
Nuevos Estados independientes, Oriente Próximo y Mediterráneo (total)	124.897.000
Nuevos Estados independientes (Chechenia, Cáucaso, Tayikistán, etc.)	25.807.000
Oriente Próximo, Mediterráneo	99.090.000
Asia y América Latina (total)	157.366.000
Asia	117.301.000
América Latina	40.065.000
Financiación temática y subvenciones	28.900.000
Asistencia técnica (expertos y oficinas)	25.400.000
Otros gastos (auditorías, evaluación, información, etc.)	9.207.000
Total	768.530.000

Tabla 5.1. Decisiones financieras de ayuda humanitaria (presupuesto 2007) por zona geográfica. Fuente: UE. Informe General ayuda Humanitaria 2007

En octubre de 2008 y como respuesta al consenso europeo sobre ayuda humanitaria, la UE elaboró lo que deberían ser los principios de los Planes de Acción. El Plan de Acción⁷⁴ (PA) permitirá un seguimiento de la aplicación de las grandes disposiciones del Consenso, principalmente aquéllas relativas al respeto del Derecho Internacional Humanitario (DIH) y de los principios humanitarios.

73. <http://europa.eu/generalreport/es/2007/rg94.htm>

74. <http://www.urd.org/newsletter/spip.php?article31>

2. LA ACCIÓN HUMANITARIA DE LA COOPERACIÓN ESPAÑOLA

El compromiso financiero de la cooperación Española es destinar un 7% del total de la AOD bilateral a la acción humanitaria. En 2007, lo ejecutado en AH representó el 6,33 % del total de AOD y casi el 10 % de la AOD bilateral. Del total destinado a acción humanitaria –237 millones €– la AGE aportó el 78 %, las CCAA el 18,4 % y los EELL un 3,6 %. La ejecución total es algo inferior a la de 2006 (257,2 millones de euros) si bien entendemos que el dato responde a una cuestión coyuntural y no estructural. El compromiso presupuestario de la cooperación española con la ayuda humanitaria es sólido, a pesar del ligero retroceso de 2007, si bien deberemos estar atentos a aquellos indicadores que nos alertan de algunos cambios preocupantes en su ejecución. Nos referimos, concretamente, al incremento del componente bilateral en detrimento de la opción multilateral, más coherente con lo dispuesto en la **Estrategia Sectorial de Acción Humanitaria de la Cooperación Española**.

LA AOD NETA ESPAÑOLA POR INSTRUMENTOS Y MODALIDADES DE AYUDA (2005-2007)							
En millones de euros							
AGENTES	2005		2006		2007		2007/2006
	euros	%	euros	%	euros	%	
Total de ADO (neta)	2.428	100	3.039	100	3.747	100	23,3
Total de ADO Bilateral (neta)	1.499	61,7	1.667	54,8	2.460	65,6	47,6
Total de ADO Multilateral (neta)	929	38,3	1.372	45,1	1.288	34,4	-6,1
Total de A.H. (neta)	216	100	248	100	237	100	-4,4
Acción humanitaria bilateral	108	4,5	109	44,2	171	71,7	56,0
Acción humanitaria multilateral	108	4,4	138	55,8	66	27,8	-52,2

Tabla 5.2. La AOD neta española por instrumentos y modalidades de ayuda (2005-2006)⁷⁵
Fuente: datos del seguimiento del PACI 2007 (DGPOLDE)

En el plano conceptual, los avances en planificación y desarrollo organizativo de la AH española son evidentes. Así, destaca una apuesta por dotar a la Acción Humanitaria de un carácter propio, de manera que deje de ser un instrumento de la Cooperación Internacional para convertirse en un área específica. En ese sentido, se ha producido un desarrollo conceptual de la AH de acuerdo con las concepciones avanzadas admitidas en el plano internacional. Resulta clave, por ello, la adopción de los principios de la Good Humanitarian Donorship (GHD) que, a bien seguro, va a proporcionar una solidez de buenas prácticas a todos los aspectos de la AH. Mientras, seguimos a la espera de la elab-

boración del Plan de Acción que acabe por trasladar a la práctica el conjunto de normas que contiene. Otras iniciativas destacables son el compromiso con los Acuerdos de Oslo y la incorporación del enfoque de género.

Igualmente, hay que destacar el incremento de la participación en organismos internacionales de carácter humanitario, con una mayor presencia en el ámbito de NN.UU. y la UE. Esta línea debería complementarse con una estrategia de mayor actividad política en el ámbito de la prevención de conflictos, como causantes de crisis humanitarias

La adecuación a la nueva ley de Agencias Publicas del Estado ha convertido a la antigua AECI en la actual Agencia de Cooperación Internacional de Desarrollo (AECID). Esto, entre otras mejoras, supone ganar en autonomía y dotar al organismo de una mayor flexibilidad administrativa que va a permitir gestionar, con herramientas menos rígidas y más adecuadas, la Acción Humanitaria. La creación de la Oficina de Acción Humanitaria con una dirección que depende del Director de la Agencia va a garantizar la especificidad de la AH dentro del ámbito de la Cooperación Española.

Un aspecto destacado, y hace tiempo esperado, es la aprobación de la Estrategia Sectorial de la AH. Ha sido muy positivo el proceso participativo seguido para la elaboración del documento, con presencia de los diferentes actores implicados en la AH española y que ha servido para recoger gran parte de las sensibilidades de las organizaciones. Se trata de un documento que detalla lo que deben ser los objetivos estratégicos concernientes a la AH española y establece las prioridades de actuación de cada uno de ellos. En definitiva, la estrategia da cuerpo y coherencia al conjunto de los elementos de la Acción Humanitaria española. Esperamos que la aplicación de la estrategia sirva definitivamente para hacer operativo todo lo elaborado conceptualmente acerca de la AH, porque si bien se han experimentado notables avances en su implementación, aun se sigue basando en gran medida en respuestas reactivas a las emergencias.

2.1. AGENTES DE LA AH OFICIAL ESPAÑOLA

La Administración General del Estado, con un 78,1%, es el principal financiador de la AH de la cooperación española. El MAEC, con una gestión del 52,8%, es el principal actor de la administración, seguido del Ministerio de Economía y Hacienda a quien el PACI atribuye una gestión del 34,9%. Completan la participación en AH los ministerios de Industria, Turismo y Comercio, con un 6,3% y Defensa con un 6%. Estos datos parecen confirmar un hecho que las ONGD veníamos reivindicando desde hace algún tiempo y que es la necesidad de que el liderazgo en AH, por planificación y gestión, esté en el MAEC.

75. Fuente: datos del seguimiento del PACI 2007 (DGPOLDE)

DESEMBOLSOS DE AOD DESTINADOS A ACCION HUMANITARIA POR AGENTES (2007)						
Agentes	Acción Humanitaria Bilateral	% de Acción Humanitaria Bilateral	Acción Humanitaria Multilateral	% de Acción Humanitaria Multilateral	Total Acción Humanitaria	% de Total Acción Humanitaria
1. Administración General del Estado	118.664.839	69,51%	66.463.612	100,0%	185.128.451	78,1%
Mº de Asuntos Exteriores y Cooperación	95.801.114	80,73%	1.890.769	2,8%	97.691.883	52,8%
Del cual AECID	70.301.114	59,24%	0	0,0%	70.301.114	38,0%
Mº de Defensa	11.039.274	9,30%	0	0,0%	11.039.274	6,0%
Mº Economía y Hacienda	0	0,00%	64.572.843	97,2%	64.572.843	34,9%
Mº Industria, Turismo y Comercio	11.824.451	9,96%	0	0,0%	11.824.451	6,4%
2. Comunidades Autónomas	43.532.097	25,50%	0	0,0%	43.532.097	18,4%
Andalucía	19.311.381	44,36%	0	0,0%	19.311.381	44,4%
Aragón	692.585	1,59%	0	0,0%	692.585	1,6%
Asturias	2.269.565	5,21%	0	0,0%	2.269.565	5,2%
Illes Balears	509.524	1,17%	0	0,0%	509.524	1,2%
Canarias	952.678	2,19%	0	0,0%	952.678	2,2%
Cantabria	133.500	0,31%	0	0,0%	133.500	0,3%
Castilla - La Mancha	4.470.487	10,27%	0	0,0%	4.470.487	10,3%
Castilla y León	2.867.029	6,59%	0	0,0%	2.867.029	6,6%
Catalunya	3.106.900	7,14%	0	0,0%	3.106.900	7,1%
Extremadura	584.368	1,34%	0	0,0%	584.368	1,3%
Galicia	623.000	1,43%	0	0,0%	623.000	1,4%
La Rioja	0	0,00%	0	0,0%	0	0,0%
Madrid	750.750	1,72%	0	0,0%	750.750	1,7%
Melilla	80.000	0,18%	0	0,0%	80.000	0,2%
Murcia	627.217	1,44%	0	0,0%	627.217	1,4%
Navarra	1.802.699	4,14%	0	0,0%	1.802.699	4,1%
País Vasco	3.039.679	6,98%	0	0,0%	3.039.679	7,0%
C. Valenciana	1.710.734	3,93%	0	0,0%	1.710.734	3,9%
3. Entidades Locales	8.455.950	4,95%	0	0,0%	8.455.950	3,6%
4. Universidades	67.579	0,04%	0	0,0%	67.579	0,0%
Total Acción Humanitaria (euros)	170.720.465	100,00%	66.463.612	100,0%	237.184.078	100,0%

Tabla 5.3. Desembolsos de AOD destinados a acción humanitaria por agentes (2007). Fuente: Datos del seguimiento PACI 2007 (DGPOLDE)

INFORME PEER REVIEW DEL CAD

Ricardo Angora

Vocal de Acción Humanitaria de la CONGDE

Durante el pasado año 2007 se llevó a cabo la Revisión de Pares que el CAD realiza a sus miembros. Dentro de la revisión de la Cooperación española se llevó a cabo una valoración de la Acción Humanitaria. Para ello, se analizaron diferentes áreas, como políticas y principios humanitarios; organización y gestión; volumen y distribución; coherencia de políticas y consideraciones futuras.

En el área de políticas y principios, el análisis del CAD destaca la inclusión del Principio de la responsabilidad de proteger, aunque llevar a cabo este principio es un verdadero reto. También destaca el reconocimiento del Plan Director de la Cooperación española al Derecho Humanitario Internacional como base jurídica para desarrollar la AH. Igualmente, reconoce la adhesión de España a los principios de la Buena Donación Humanitaria (GHD). El informe realiza un especial análisis de la estrategia de Acción Humanitaria, a la que considera un buen marco en el que basar el desarrollo de la AH española, si bien recomienda que, para hacerla operativa, se elabore un plan de acción que contenga objetivos claros, prioridades, indicadores de progreso, responsabilidades y calendario.

Respecto a la organización y la gestión de la AH, el informe hace referencia a la pequeña estructura operativa que la AECID destina a la Oficina de Acción Humanitaria, que ha crecido tímidamente y debería recibir un mayor impulso. Valora positivamente la implicación de las Oficinas Técnicas de Cooperación en la gestión sobre el terreno de la Acción Humanitaria, así como la vía de financiación de ONG locales. A pesar de la tendencia a incrementar los recursos, sin embargo, hace referencia al reducido personal con que cuentan estas oficinas que, por otra parte, carecen de expertos en temas humanitarios.

Sobre la financiación, la revisión es crítico al indicar la existencia de un gran número de Administraciones Públicas implicadas en la AH que actúan como donantes, considerando que el sistema de ayuda española está altamente fragmentado. Puntualiza el informe que, debido a la multiplicidad de donantes públicos, la coordinación de la AH española es un desafío pendiente de afrontar. Recomienda que, tanto las CCAA, como las Administraciones Locales, coordinen con la Administración General del Estado la identificación de necesidades y la respuesta humanitaria a éstas.

El informe es especialmente crítico con las intervenciones directas de la ACID, que incluye el desplazamiento al terreno de equipos de profesionales de la salud, por entender que contribuye a incrementar el número de actores operativos sobre el terreno, lo cual es contrario a los principios de la Buena Donación Humanitaria (GHD). Propone como mejora destinar los recursos a los actores locales y a las intervenciones multilaterales. Sobre estas últimas, destaca el singular incremento de partidas presupuestarias canalizadas a través de organismos internacionales de AH y, especialmente, de Agencias de NNUU.

Respecto a la coherencia de políticas, el informe del CAD hace referencia al liderazgo del Ministerio de Asuntos Exteriores y Cooperación en los temas de la Acción Humanitaria y la determinación de la coordinación civil en las intervenciones conjuntas cívico militares, pero, al mismo tiempo, señala la necesidad de atenerse en este campo a las Directrices de Oslo y OCHA.

En aspectos como la evaluación de la AH, hace referencia a la determinación de la DGPOLDE de llevar a cabo evaluaciones de las intervenciones en AH y la AECID trasfiere esta responsabilidad a la propia Oficina de Acción Humanitaria. Sin embargo, precisa que esta Oficina carece actualmente de la capacidad para hacer efectivo este cometido.

Finalmente, el informe establece una serie de futuras consideraciones en línea a mejorar la capacidad de respuesta de la Acción Humanitaria española, que pasan por la implementación de un Plan de Acción, la puesta en marcha de procedimientos de evaluación, y, especialmente, la realización de esfuerzos adicionales en la coordinación de los múltiples actores, poniendo énfasis en los donantes de la Acción Humanitaria española.

DESEMBOLSOS DE AOD DESTINADOS A ACCIÓN HUMANITARIA DENTRO DE LA ADMINISTRACIÓN CENTRAL (2007)						
AGENTES	Acción humanitaria multilateral		Acción humanitaria bilateral		Total acción humanitaria	
	euros	%	euros	%	euros	%
MAEC	1.890.769	2,8	95.801.114	80,73	97.691.883	52,8
Mº Economía y Hacienda	64.572.843	97,2	0	0,0	64.572.843	34,9
Mº Industria, Turismo y Comercio	0	0,0	11.824.451	9,96	11.824.451	6,3
Mº Defensa	0	0,0	11.039.274	9,31	11.039.274	6,0
Total Administración Central	66.463.612	100,00	118.664.839	100,00	185.128.451	100,00

Tabla 5.4. Ministerios de la administración española que participan en AH 2007
Fuente: datos del seguimiento del PACI 2007 (DGPOLDE)

Del total de AH distribuido por el MAEC, la AECID ha gestionado el 70% de los fondos, con un monto de 70,3 millones de euros, lo que supone un incremento del 38% respecto al año anterior. Este aumento cuantitativo supone una buena noticia de cara a una gestión más apropiada de las ayudas destinadas a AH por la cooperación española. Sin embargo este esfuerzo reconocido se ve empañado por la continuidad de una política de intervención directa y reactiva a las emergencias en los sectores de agua y saneamiento, proporción de alimentos e intervenciones sanitarias. Sería deseable que la AECID, siguiendo el ejemplo de otras Agencias de Cooperación de nuestro entorno, destacará más por liderar financieramente el campo de la Acción Humanitaria y no tanto por ser uno de los principales ejecutores directos de la misma.

Los fondos gestionados por el Ministerio de Economía y Hacienda, segundo organismo estatal en volumen de gestión, se corresponden con la contribución que en el marco de la AOD europea realiza España a ECHO (Oficina de Ayuda Humanitaria de la Unión Europea).

Una característica negativa que persiste, si bien disminuye, y que es atribuible al Ministerio de Industria, Turismo y Comercio, es la financiación, a través de créditos condicionados, de acciones de reconstrucción de zonas devastadas por desastres naturales. Persiste así la línea de los créditos FAD como instrumento de financiación de la AH, obviándose los criterios del CAD que establece que los fondos destinados a la AH deben ser no reembolsables y desvinculados.

Por último, hay que mencionar que se ha incrementado con respecto al año anterior la participación del Ministerio de Defensa en las intervenciones de Acción Humanitaria, con un volumen de 11 millones de euros que se corresponde a las actividades del ejército español en Líbano, en misión internacional de paz bajo mandato de NN.UU. Los recursos empleados por el ejército para reconstrucción de infraestructuras de servicios públicos en las localidades bajo el perímetro de acción de su intervención militar han computado como fondos de Acción Humanitaria. No parece lógica esta visión humani-

taria cuando, en realidad, lo que se pretende con este tipo de acciones, que forman parte de la estrategia militar -como así reconoce la OTAN-, es conseguir la aceptación de la población de la zona donde están desplegados los efectivos militares.

El gobierno debe contar con una política clara que evite la confusión entre las acciones militares y las humanitarias. Esta confusión esta desprestigiando la Acción Humanitaria que en muchos casos, como en Irak o Afganistán, ya no se percibe bajo los principios de imparcialidad e independencia clásicamente asignados a las Organizaciones Humanitarias. Unos principios necesarios para su credibilidad que, hasta no hace mucho tiempo, han servido de garantía a los cooperantes que realizaban la labor humanitaria en función de las necesidades de la población afectada.

Las organizaciones humanitarias no poseemos la exclusividad de la Acción Humanitaria, pero el actual interés de los ejércitos por intervenir en este ámbito debería seguir las Directrices de Oslo⁷⁶ sobre la utilización de recursos militares y de la defensa civil en apoyo de las actividades humanitarias de las NN.UU en situaciones de emergencias complejas. Desde esa óptica, deberían usar su capacidad militar de forma complementaria al apoyo de la ejecución de la Acción Humanitaria.

Por último, queremos señalar que sería deseable mayor claridad en cuanto a la asignación contable de las partidas presupuestarias de Acción Humanitaria de cara a evitar la confusión creada por la discrepancia de datos, según la fuente de la Administración que se consulte. Una mayor coordinación en este sentido entre los diferentes organismos de la Administración facilitaría una más fácil comprensión de los datos estadísticos.

2.2. LA ACCIÓN HUMANITARIA MULTILATERAL

De los 237,2 millones de euros destinados en 2007 a AH, 66,4 millones son atribuibles a la actuación de organizaciones e instituciones internacionales a las que la cooperación española efectuó contribuciones multilaterales. Los restantes 170,7 millones corresponden a contribuciones bilaterales, tanto a través de OMD (59,5 millones), como de otros agentes (111,2 millones).

Así, la cooperación española contribuye a los organismos internacionales especializados en AH de NN.UU. a través de las cuotas obligatorias y, de forma creciente, mediante aportaciones voluntarias, con algo más de 52 millones de euros, destacando las aportaciones al Fondo Mundial para la Alimentación (WFP) y el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).

76. Fuente: datos del seguimiento del PACI 2007 (DGPOLDE)

AYUDA MULTILATERAL 2007, DATOS MÁS DESTACADOS	
Agentes	Euros
WFP	15.000.000
PNUD	11.827.940
UNICEF	8.584.554
FAO	5.604.916
Agencia de Naciones Unidas para los Refugiados Palestina en Oriente Próximo	4.300.000
ACNUR	3.981.653
FNUAP	1.000.000
Oficina del Coordinador de Naciones Unidas para Asuntos Humanitarios	991.155
OMS	675.000
OPS	300.000
Otros	300.000

Tabla 5.5. Ayuda multilateral 2007, datos más destacados.
Fuente: datos del seguimiento del PACI 2007 (DGPOLDE)

Entre los retos más destacados en este plano subrayamos la anhelada participación de España en los Planes de Acción Humanitaria Común de la ONU⁷⁷ (UNCHAP). También se debería incrementar la exigua aportación a la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) ante las situaciones de drama humanitario de miles de personas en su desesperación de llegar a los países más avanzados. Estos inmigrantes atraviesan por situaciones de necesidad humanitaria, sin ser reconocidos como tales, y sin que sean puestas en marcha acciones internacionales para su socorro.

2.3. DISTRIBUCIÓN POR SECTORES

En el desglose presupuestario sectorial destaca, como es lógico, la partida presupuestaria para Ayuda de Emergencia que en 2007 supuso un 43,4% del total de la AH bilateral. Como en años anteriores, esta ayuda está centrada en emergencias sobrevenidas y se destina a los sectores de agua y saneamiento, proporción de alimentos e intervenciones sanitarias.

Este año, además, se aprecia una inversión de la tendencia a centrar los recursos en las crisis agudas y es visible el esfuerzo llevado a cabo en las crisis crónicas. Se refleja un incremento de las aportaciones a los llamamientos consolidados de NN.UU. mediante la canalización de fondos a través de las modalidades multilateral y multilateral. En el terreno negativo, se aprecia una disminución de las aportaciones al ACNUR, a pesar de que las personas refugiadas y desplazadas son las que sufren con mayor rigor las consecuencias de los conflictos y las que se encuentran en mayor situación de vulnerabilidad.

77. www.daraint.org/docs/GHD.pdf

DISTRIBUCIÓN DE LA AYUDA HUMANITARIA BILATERAL POR SECTORES 2003-2007										
SECTOR	2003		2004		2005		2006		2007	
	Euros	%	Euros	%	Euros	%	Euros	%	Euros	%
Ayuda alimentaria de emergencia	5.954.832	7,5	9.702.969	10	0,0	0	0	0	6.709.653	4,9
Otras ayudas en Situaciones de Emergencias y Catástrofes	42.961.294	54,5	29.768.961	30,6	69.700.000	59,5	76.400.000	69,7	59.436.914	43,4
Ayuda a refugiados (en el país beneficiario)	11.230.239	14,2	4.238.556	4,4	9.040.199	7,7	0	0	0	0
Ayuda a refugiados (en el país donante)	18.781.224	23,8	16.028.785	16,5	16.025.900	13,7			19.114.707	13,9
Ayuda a la Reconstrucción	0	0	37.672.001	38,7	22.400.000	19,1	27.900.000	25,5		
Prevención de Desastres					0,0	0	5.300.000	4,8	51.783.093	37,8
Total Ayuda de emergencia	78.927.589	100	97.411.272	100	117.166.099	100	109.600.000	100	137.044.367	100,0

Tabla 5.6. Distribución del peso de los sectores en el total de la AOD bilateral en ayuda de emergencia y reconstrucción, España 2003-2005. Fuente: datos del seguimiento del PACI 2006 (DGPOLDE)

En el epígrafe de ayuda a la reconstrucción no se diferencia entre rehabilitación inmediata y posconflicto, aunque sean aspectos diferenciados. Sería deseable, de cara al futuro, diferenciar ambos sectores para conocer el alcance de cada una de estas intervenciones.

Se mantiene, tras la incorporación en 2006, la partida destinada a prevención de desastres, en coherencia con las líneas estratégicas marcadas por la Cooperación Española si bien no tiene asignada una cantidad determinada. Entendemos que debería desglosarse y no ir conjuntamente con la partida de reconstrucción, para así conocer el monto de la misma. Sobre la ayuda destinada a la prevención de riesgos de desastres, también sería deseable establecer mecanismos de vinculación a las estrategias de cooperación al desarrollo, con el fin de que no aparezca tan solo una modalidad de la Acción Humanitaria.

Como recomendación queremos señalar que sería más apropiado establecer un sistema de contabilización por sectores más adecuado a las líneas de intervención, de manera que permitiera interpretar adecuadamente los datos de cara a una contabilidad analítica de la que obtener conclusiones para una valoración real de la financiación de las diferentes dimensiones de AH y de su eficacia.

2.4. DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA DE LA AH

DISTRIBUCIÓN DE LA AYUDA BILATERAL DE AH POR REGIONES				
REGIONES	2007		2008	
	EUROS	%	EUROS	%
América Latina	44.992.649	30,9	21.693.505	21,2
Mediterráneo	59.225.324	40,7	39.293.413	38,5
África subsahariana	24.953.911	17,1	22.151.772	21,7
Asia Central, Sur y Oriental- Pacífico	6.306.886	11,2	17.950.744	17,6
Europa	160.582	0,1	974.093	1
Total Ayuda de emergencia	145.639.352	100,0	102.063.527	100

Tabla 5.7. Distribución de la ayuda humanitaria bilateral por regiones. 2006 - 2007

Latinoamérica continúa siendo una región prioritaria en recepción de AH, con un 30% del total de la AH bilateral. En este caso, las catástrofes naturales habituales en la región, y excepcionales como el terremoto de Perú, el conflicto crónico de Colombia y el caso de Haití justifican la ayuda desembalsada

Sorprende que el área Mediterránea haya sido destino del 40% del total de la AH bilateral, cuando en esa zona no se ha detectado ninguna crisis humanitaria aguda ni crónica, al margen de la situación de los Territorios Palestinos y la Población Saharai que precisan una atención permanente. Este dato se observa con preocupación, pues parece indicar que en la orientaron de la Ayuda prevalecen otros criterios que no son los de las necesidades de las poblaciones afectadas por crisis humanitarias.

Por el contrario, dos regiones que albergan casi la totalidad de los países de renta baja, como son África Subsahariana y Asia Central y Sureste asiático, han recibido una muy reducida parte de la AH Española, el 17% y el 11% respectivamente, de la AH Bilateral. La baja contribución a estas regiones contrasta con una realidad donde los de-

INTERVENCIÓNES DE EMERGENCIA MÁS SIGNIFICATIVAS FINANCIADAS DURANTE EL 2007 y 2006			
2007		2006	
PAÍS	MONTO EN MILLONES DE EUROS	PAÍS	MONTO EN MILLONES DE EUROS
Palestina	8,7	Indonesia	0,70
Sudan	6,9	Filipinas	0,60
Argelia	5,2	Argelia	0,60
RDC	5,1	Líbano	0,30
Perú	4,8	Mauritania	0,30
Colombia	3,3	Irán	0,20
Guatemala	2	Afganistán	0,20
Bangla Desh	1,9	Mozambique	0,13
Bolivia	1,8		

Tabla 5.8 Intervenciones de emergencia más significativas financiadas durante 2007 (en millones de euros). Fuente AECID

sastres naturales tienen más impacto (emergencia Bangladesh) y donde se concentran la mayoría de los conflictos bélicos, razones sobradas para haber destinado un porcentaje mayor de AH.

Los países de rentas más bajas son sin duda los más vulnerables a las catástrofes, los conflictos y deberían ser priorizados para determinar el destino de los fondos. Se debe por tanto incrementar el destino de los fondos de AH a los países con menos recursos de África Subsahariana y el Sureste asiático.

2.5. INSTRUMENTOS DE FINANCIACIÓN

Se ha producido un cambio en la financiación de la AH canalizada a través de ONGD, de manera que parte de la misma se ha realizado mediante convenios, lo que permite una mejor planificación del destino de la AH a conflictos crónicos.

Por otro lado, se mantiene la vía de la Convocatoria Abierta y Permanente como instrumento para destinar fondos a la AH con un monto durante 2007 por encima de los 15 millones de euros. Esta vía de financiación no resulta adecuada para ser aplicada a intervenciones de AH en conflictos agudos o catástrofes naturales por el retraso, entre otras cuestiones, en la adjudicación de la misma.

Se precisan nuevos instrumentos adecuados a las características de la AH que pueda proporcionar una respuesta rápida. Instrumentos de financiación ágiles y flexibles y que cuenten, al mismo tiempo, con unas características operativas específicas para intervenciones humanitarias. Es deseable que, al igual que sucedió con la vía de financiación de la cooperación al desarrollo, se dote a la AH de una herramienta específica adecuada para este tipo de intervenciones.

3. LA ACCIÓN HUMANITARIA DESCENTRALIZADA

LA AYUDA HUMANITARIA DESCENTRALIZADA POR ACTORES (2007 - 2006)												
AGENTES	2007						2006					
	Acción humanitaria multilateral		Acción humanitaria bilateral		Total acción humanitaria		Acción humanitaria multilateral		Acción humanitaria bilateral		Total acción humanitaria	
	Euros	%	Euros	%	Euros	%	Euros	%	Euros	%	Euros	%
Total Administración Central	66.463.612	100,0	118.664.839	69,5	185.128.451	78,1	138.214.706	100,0	71.034.890	64,90	209.249.596	84,5
Comunidades Autónomas	0	0,0	43.532.097	25,5	43.532.097	18,4	0	0,0	29.726.516	7,90	29.726.516	12,0
Entidades Locales	0	0,0	8.455.950	5,0	8.455.950	3,6	0	0,0	8.627.516	7,90	8.627.516	3,5
Universidades	0	0,0	67.579	0,0	67.579	0,0	0	0,0	133.091	0,10	133.091	0,1
Total Acción Humanitaria	66.463.612	100,0	170.720.465	100,0	237.184.077	100,0	138.214.706	100,0	109.522.013	64,15	247.736.719	100,1

Tabla 5.9 Añadir columna de total descentralizada. Fuente: datos del seguimiento del PACI 2007 (DGPOLDE)

Durante 2007 continuó el incremento de fondos destinados por las CC.AA. a la AH, con un importante aumento del 46% respecto al año anterior, lo que ha permitido alcanzar los 43,5 millones de euros. Por lo que respecta a los restantes actores de la AH descentralizada, hay que indicar que se mantiene el total de fondos destinados por las corporaciones locales (con 8,4 millones de euros) y que disminuye, hasta casi ser testimonial, la contribución de las Universidades.

EVOLUCIÓN DE AH DESCENTRALIZADA CON RESPECTO A LA ADMINISTRACIÓN GENERAL DEL ESTADO				
2003	2004	2005	2006	2007
5,2%	8'7%	9'1%	15,5%	21,9%

Tabla 5.10. Evolución de AH descentralizada con respecto a la Administración General del Estado. Fuente: datos del seguimiento del PACI 2006 (DGPOLDE)

En conjunto se observa, por tanto, que se mantiene la tendencia de la AH descentralizada de un crecimiento constante respecto a la AH de la AGE. Ese crecimiento justifica que durante 2007 la AH descentralizada haya supuesto casi la cuarta parte del total de la AH Española.

DESEMBOLSOS DE AOD DESTINADOS A LA ACCIÓN HUMANITARIA (2006)				
Comunidades Autónomas	Total acción humanitaria 2007		Total acción humanitaria 2006	
	euros	%	euros	%
Andalucía	19.311.381	44,36	6.991.399	2,80
Aragón	692.585	1,59	354.799	0,10
Asturias	2.269.565	5,21	1.908.646	0,80
Baleares	509.524	1,17	480.946	0,20
Canarias	952.678	2,19	1.323.981	0,50
Cantabria	133.500	0,31	596.854	0,20
Castilla La Mancha	4.470.487	10,27	4.271.753	1,70
Castilla y León	2.867.029	6,59	1.472.109	0,60
Cataluña	3.106.900	7,14	4.520.265	1,80
Extremadura	584.368	1,34	1.104.152	0,40
Galicia	623.000	1,43	516.995	0,20
La Rioja	0	0,00	12.000	0,00
Madrid	750.750	1,72	954.363	0,40
Melilla	80.000	0,18		
Murcia	627.217	1,44	327.200	0,10
Navarra	1.802.699	4,14	462.438	0,20
País Vasco	3.039.679	6,98	3.105.523	1,30
C.Valenciana	1.710.734	3,93	1.323.053	0,50
Total	43.532.096	100,00	29.726.476	12,00

Tabla 5.11. Desembolsos de AOD destinados a la Acción Humanitaria por las CCAA (2007 - 2006). Fuente: datos del seguimiento del PACI 2007 (DGPOLDE)

Por sectores, hay que destacar que más de la mitad de estos fondos se destinan a la intervención de emergencia, y el resto para rehabilitación y reconstrucción.

En cuanto a la asignación geográfica, continúa siendo Latinoamérica el destino mayoritario de los fondos para esta AH, con más de la mitad de su total.

Si se analiza con detalle la AH descentralizada es posible observar importantes diferencias entre las diferentes CC.AA. Estas diferencias se presentan tanto en el volumen de los fondos que se destinan a la AH, como en los aspectos cualitativos de la misma. Así vemos como en 2007 Andalucía ha destinada casi la mitad del total aportado por las comunidades autónomas (44,36%), o que La Rioja no destinó nada en el mismo año. No obstante, es razonable destacar en lo positivo el esfuerzo que las comunidades autónomas vienen realizando tanto en el marco regulativo como a nivel operativo de cara a dotar de entidad propia a la AH. Ejemplo de estos avances son la creación de Comités de Emergencia que funcionan en más de la mitad de las CCAA en el momento actual o, en el terreno más operativo, la firma de convenios-marco con Organizaciones especializadas en Acción Humanitaria.

Queda para el debate, por desconocer si se ha producido una reflexión seria, el hecho de que algunas CC.AA realicen aportaciones multilaterales a Organismos Internacionales no Financieros, como algunas Agencias de NN.UU.

La AH descentralizada sigue presentando aspectos de mejora a nivel organizativos, aunque con déficit de expertos, de planificación y muestras de descoordinación, pese a la existencia de Comités Consultivos de Acción Humanitaria con la participación de ONG en algunas comunidades, lo que dificulta una mayor coordinación en las emergencias. En la AH existe un importante déficit en la coordinación de las diferentes administraciones en materia de AH, que ocasiona dispersión de las intervenciones y que acaban restando eficacia y eficiencia en la respuesta a las emergencias. En esta línea se deberían tener en cuenta los principios de la Declaración de París sobre eficacia de la Ayuda, que en lo referente a la Armonización establece que los donantes implementarán dispositivos comunes en los diferentes componentes de los flujos de la ayuda (indicador 9), al tiempo que señala que trabajarán de forma conjunta para evitar duplicidades en los análisis diagnósticos de necesidades (indicador 10). En lo referente a Complementariedad, la Declaración establece que la fragmentación excesiva disminuye la eficacia de la ayuda y aboga por un enfoque de división del trabajo, en función del valor añadido de cada donante según el tipo de intervenciones.

Las Administraciones locales continúan con una apuesta clara para la coordinación de la ayuda a través de los Fondos de Cooperación al Desarrollo. Sin duda es un instrumento útil para la coordinación de los entes locales y facilita los procedimientos para quienes solicitan financiación. Pero no parece tan adecuado, por sus características, para financiar intervenciones humanitarias, por lo que será preciso dotarlo de un procedimiento especial para las mismas.

4. LAS ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES DE LA COORDINADORA DE ONG DE DESARROLLO DE ESPAÑA (CONGDE)

En España existe un reducido número de organizaciones especializadas en acción humanitaria, la mayoría de ellas de implantación internacional y miembros de la CONGDE. Éstas canalizan la mayoría de las intervenciones que se llevan a cabo en el campo de la AH, y lo hacen en los diferentes sectores en los que están especializadas. A estas organizaciones especializadas, se añaden organizaciones clásicas de cooperación al desarrollo que, ante situaciones de catástrofes naturales o crisis por conflictos armados en regiones donde prestan ayuda, se incorporan a la ayuda humanitaria.

Los fondos gestionados por las organizaciones miembro de la CONGDE, que no agotan el número total de organizaciones que existen en España, a intervenciones de AH durante 2007 ascendieron a 49,53 millones de euros. Esta cifra supuso el 8% del total de fondos gestionados por las ONGD en materia de cooperación y supone una disminución del 21% respecto a los datos de 2006, año condicionado aún por la resaca del Tsunami en el Sudeste asiático.

Respecto a la procedencia de estos fondos, en el año 2007, el 54% lo fueron de fuentes públicas y el 46% de origen privado. Se aprecia así una inversión de la tendencia de años anteriores en los que la financiación privada superaba a la pública. El 22% de estos fondos provinieron de la Administración General del Estado, un 26% de la cooperación descentralizada, el 6,7% de donantes internacionales y el resto de otros donantes públicos.

Al realizar un análisis más exhaustivo, comprobamos que continua el descenso como en el año 2006 en las aportaciones privadas provenientes de donaciones y campañas de captación de recursos, compensado con un incremento del 33% de cuotas periódicas aportadas por particulares y empresas. Este descenso puede explicarse por la ausencia de grandes emergencias mediáticas durante 2007.

La coordinación de las intervenciones en las crisis humanitarias supone un gran reto para las organizaciones que intervienen; habiéndose logrado que una coordinación del 70% con ONG locales y de un 46% con las Instituciones Gubernamentales. En España, la coordinación con las Administraciones Públicas se sitúa en el 54%, y a nivel internacional con otras ONG ha llegado a ser del 49%.

Las organizaciones están comprometidas en avanzar en la calidad en sus distintos aspectos, y prueba de ello es la puesta en marcha de diferentes medidas. En la gestión mediante la adopción de instrumentos de consenso internacional como la Good Humanitarian Donorship; en la transparencia en la gestión de los fondos que reciben, mediante el sometimiento de sus cuentas anuales a una auditoría externa, algo que ya realizan el 82% de las organizaciones que gestionan fondos de AH; en la rendición de cuentas, mediante la formalización, por escrito, de una política general de rendición de cuentas, algo que ya realizan el 40% de las organizaciones.

Pero los avances alcanzados no evita que siga habiendo retos pendientes, como lo es la incorporación de sistemas de evaluación a la AH por parte de las ONG.

En resumen, cada año puede apreciarse la incorporación de mejoras respecto a las buenas prácticas en la gestión de la AH por parte de las ONG españolas, y aunque aún quedan muchos aspectos que incorporar, resulta alentador el compromiso y empeño que las organizaciones manifiestan en este sentido.

ESTRATEGIA SECTORIAL DE ACCIÓN HUMANITARIA

Ricardo Angora

Vocal de Acción Humanitaria de la Coordinadora de ONGD

Finalmente, y tras una larga espera, se elaboró el documento de Estrategia Sectorial de la Acción Humanitaria. Fue un proceso participativo amplio, que implicó a los diferentes actores de la acción humanitaria española. Se recogieron bastantes aportaciones a través de los borradores previos. Sin embargo, quedaron sin incorporar al documento final algunos aspectos que las ONG consideramos destacados.

El documento recoge acertadamente las concepciones teóricas y principios de la acción humanitaria y marca las líneas estratégicas de lo que debe ser la acción humanitaria española. Define así, seis grandes líneas: mejora de la capacidad de la cooperación española; mejora de la coordinación; compromisos en iniciativas internacionales; desarrollo de la dimensión de reducción de riesgos; articulación de la acción humanitaria en el conjunto de la Cooperación española y sensibilización.

Metodológicamente, se establecen prioridades estratégicas necesarias para que la acción humanitaria española acabe de despegar con los componentes necesarios para una buena trayectoria. En este sentido, hay que destacar los aspectos referentes a la financiación, que marca como objetivo llegar al 7% de la AOD bilateral. Fondos estos, que, según consta en el documento, serán proporcionales a las necesidades y no condicionados ni reembolsables. Sin embargo, en el apartado de marco instrumental incluye, en ocasiones, la posibilidad del uso de créditos FAD, especialmente en reconstrucción. Esta modalidad de financiación no es adecuada para la acción humanitaria y así lo recoge el CAD. Sobre el Fondo Plurianual, en el que, entre otras, se incluyen las contribuciones de empresas, habría que establecer algún criterio de aceptación, en función del origen de estos fondos con destino a la acción humanitaria.

El documento establece, igualmente, una aplicación de fondos proporcionada entre emergencias y AH en general, crisis crónicas, rehabilitación y prevención de riesgos. El desarrollo de este último componente de la acción humanitaria se establece como prioritario en sus concepciones de prevención de conflictos armados y desastres naturales, trabajando para evitar la vulnerabilidad de las poblaciones y estableciendo, en el marco instrumental, la puesta en marcha de financiación específica para la acción humanitaria, especialmente a través de ONG mediante convenios marco.

Por lo que se refiere al plano organizativo, la Estrategia Sectorial establece la línea de fortalecimiento de las áreas de gestión de la acción humanitaria, mediante una política de profesionalización y especialización de los recursos de la AECID y DGPOLPE. También se incluye la elaboración de protocolos de actuación que comprenden criterios de intervención y procesos de toma de decisiones. Sin embargo, consta en el documento que la Oficina de Ayuda Humanitaria de la AECID dispondrá de capacidades y recursos propios para ejecutar proyectos y actuaciones de forma directa e incluso se va más lejos, al contemplar la intervención de equipos profesionales de salud coordinados desde la Oficina de Ayuda Humanitaria. Más bien al contrario, la AECID debería seguir la práctica de la mayoría de las Agencias de Cooperación Internacional y actuar como

donante, centrando los esfuerzos de la Oficina en una mayor participación en iniciativas internacionales y en aspectos de coordinación del conjunto de las Administraciones españolas que intervienen en la acción humanitaria. Aunque la Estrategia establece la mejora de los dispositivos de coordinación entre la Comisión Interministerial, por un lado, y la Comisión Interterritorial por otro, a través del establecimiento de mecanismos operativos, es preciso analizar detenidamente cuál es la mejor forma para que esta coordinación sea eficaz. Estos aspectos, según el documento, se potenciarán con la incorporación de criterios de calidad, como son las normas internacionales en la materia (Proyecto esfera, Compas Qualite), instrumentos de evaluación (ALNAP) y mejora de la rendición de cuentas.

Se establece la articulación de la acción humanitaria en el conjunto de la Cooperación española como una concepción integral. Para ello, se establece la integración de las acciones dirigidas a las fases previas a los desastres o conflictos, con la respuesta a la emergencia y posteriores intervenciones tras el desastre. Se apuesta decididamente en el documento por la vinculación de la ayuda de emergencia con la rehabilitación y el desarrollo (VARD). Sin embargo, se debe ir más allá y las acciones de reducción de riesgos de desastres y conflictos deben estar integradas transversalmente en los programas de desarrollo, de forma que contribuyan a procesos de desarrollo más seguros y sostenibles. En línea, igualmente, con el resto de la Cooperación, se incorpora la perspectiva de género en la acción humanitaria como elemento transversal para la mejora de la calidad de la ayuda.

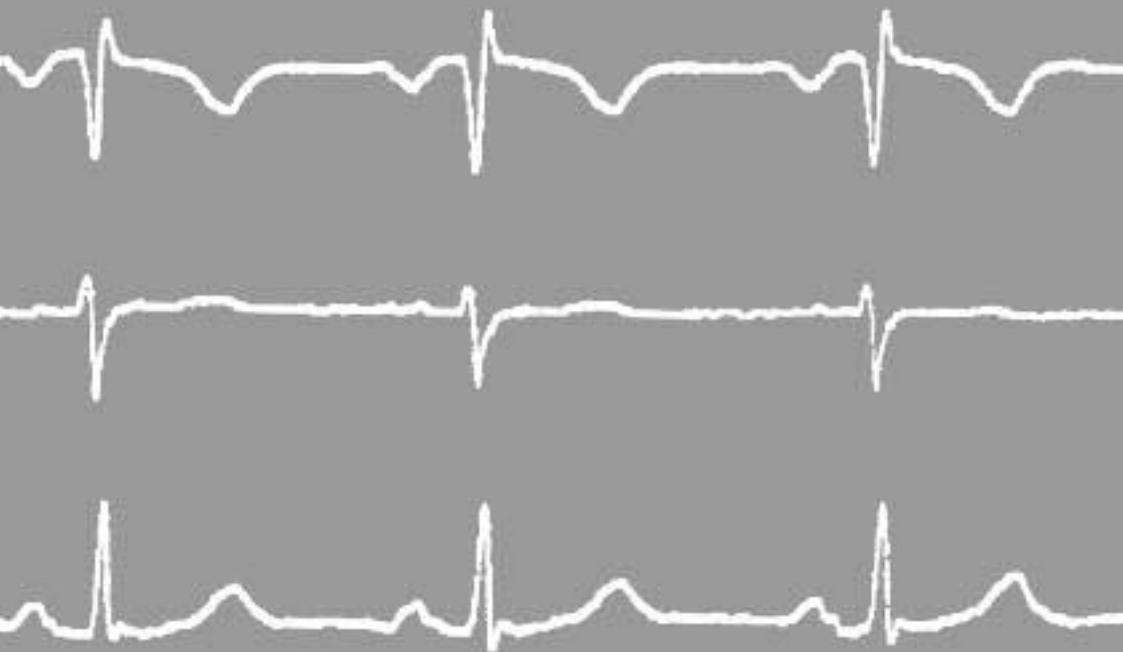
La Estrategia define el liderazgo del MAEC en las acciones en las que intervengan agentes civiles y militares. Establece, muy acertadamente, que las intervenciones del Ejército español en el ámbito humanitario estarán delimitadas a las Directrices de Oslo.

A nivel internacional, más allá de las contribuciones obligatorias a Organismos Internacionales, se establece la financiación en modalidad voluntaria a Organismos de NNUU con vistas al fortalecimiento de la componente multilateral. Entre estos define las aportaciones al Fondo Central de Respuesta de Emergencias (CERF) y también las aportaciones a los llamamientos consolidados para crisis crónicas (UNCAP). Sin embargo, siguen sin clarificarse los criterios para la asignación de contribuciones a las diferentes Agencias de NNUU. También se tratan, de pasada, las contribuciones a organismos como la Organización Internacional para las Migraciones (OIM), hasta ahora testimoniales, sin tener en cuenta que se han incrementado en los últimos años las situaciones de necesidad humanitaria en la que se ven envueltas miles de personas emigrantes en sus arriesgados desplazamientos en busca de unas condiciones de vida digna.

Reafirmando la necesidad de alinearse con las iniciativas internacionales consensuadas en materia de Acción Humanitaria, el documento establece el compromiso de elaboración del Plan de Acción de la GHD. Hace ya cuatro años que la Cooperación española se adhirió a esta iniciativa y hasta el momento no se ha hecho operativo, por lo que recogemos con satisfacción este compromiso.

Referente a los criterios geográficos que marcan las intervenciones humanitarias, aparecen países prioritarios y con atención especial. No parece adecuado este criterio. En cualquier caso, las intervenciones humanitarias se han de llevar a cabo en función de las necesidades de las poblaciones en crisis y el establecimiento de criterios geográficos puede llegar a desvirtuar la acción humanitaria.

A pesar de algún déficit, la Estrategia Sectorial de Acción Humanitaria supone un instrumento de gran valor para el desarrollo de la acción humanitaria española, con criterios de buen hacer. Se trata, finalmente, de conseguir una respuesta en todos los ámbitos, que permita conseguir, en última instancia, hacer llegar la ayuda a las poblaciones en crisis con la mayor eficacia y eficiencia posibles.



1. Treinta años después de su aprobación, la Declaración de Alma Ata sigue vigente como marco de referencia para la salud

Los principales problemas que deben afrontar las poblaciones del Sur tienen su origen, en primera instancia, en la injusticia social que les obliga a vivir en unas condiciones socioeconómicas que ponen en serio peligro su salud. En 2008, ha coincidido el 30 aniversario de la Declaración de Alma Ata, sobre la Atención Primaria de Salud, y el 60º de la Declaración Universal de los Derechos Humanos y es incuestionable la vigencia de ambos documentos. En la actualidad existen remedios, tecnología y fondos suficientes para mejorar la salud en el mundo y sin embargo no están al alcance de quienes más los necesitan.

La APS, sus principios, y los de los derechos humanos son de absoluta vigencia para afrontar y dar solución a los principales problemas de salud que afectan al mundo. No obstante, son escasos los Estados que los incluyen en sus estrategias y políticas de salud.

La salud es un derecho humano y condición imprescindible para el desarrollo; sin embargo, se estima que cada año, el pago de la asistencia sanitaria empuja a la pobreza a más de 100 millones de personas.

Es obligación de los estados garantizar el derecho de las personas a la atención básica en salud, y responsabilidad de la comunidad internacional evitar que las desigualdades económicas limiten el acceso equitativo a este derecho. La Atención Primaria de Salud, sus principios, sigue siendo el marco estratégico más adecuado para afrontar y dar solución a los principales problemas de salud que afectan al mundo.

2. En 2007, la Ayuda Oficial al Desarrollo de la UE ha disminuido un 8,4% y en el caso de la ayuda en salud el descenso ha sido de un 13%, rompiendo la tendencia de crecimiento del periodo 2000 -2006.

Desde el año 2000 hasta 2006, el conjunto de donantes venía incrementando considerablemente los presupuestos destinados a la cooperación en salud, en coherencia con la importancia que este sector tiene para el desarrollo de las personas y sus comunidades. Incumpliendo su compromiso de incrementar el peso de la salud en las políticas de cooperación, en 2007 la UE ha reducido un 13% la ayuda destinada al sector salud.

La UE quiere desempeñar un papel fundamental en la reducción de la brecha entre las necesidades estimadas y los desembolsos en salud, cifrada por la Comisión de Macroeconomía y Salud en 13.400 millones de dólares para 2010. Para ello, la UE deberá incrementar su apoyo al sector salud de aquí al 2010 en 8.000 millones de dólares.

Es necesario, y más en un contexto de crisis mundial, que el conjunto de países donantes, incluida la UE, cumplan con los compromisos financieros suscritos internacionalmente en materia de AOD en general y de salud en particular, evitando la tentación que puede surgir de reducirlos.

3. El sistema de Agencias de Naciones Unidas pierde liderazgo frente a la multiplicidad de iniciativas paralelas.

La arquitectura de la cooperación internacional cada vez es más compleja. A ello contribuyen:

- La irrupción de nuevos donantes, como es el caso de China. Que nuevos países se incorporen a la lista de donantes siempre es positivo. Ahora bien, si su sistema de ayuda se basa en principios de intervención e intereses no coincidentes con los grandes lineamientos internacionales sobre desarrollo y lucha contra la pobreza, consensuados en el marco del CAD, en los documentos de Naciones Unidas o en reuniones de Alto Nivel, puede generar distorsiones en la AOD internacional.
- La aparición y consolidación de nuevos instrumentos, como los fondos globales y los partenariados público-privados. Estas iniciativas, de las que participan instituciones públicas y privadas, han conseguido movilizar más recursos para la cooperación internacional y han supuesto algunos avances en la mejora de la salud a nivel mundial. Sin embargo, no se conoce el impacto real sobre todo a medio y largo plazo, que tiene cada una de estas iniciativas en los sistemas de salud, en la sostenibilidad de los resultados, ni si los procesos internos de negociación, de toma de decisiones y de asignación de funciones y responsabilidades son democráticos, y si sus planteamientos son realmente los adecuados para mejorar el acceso a la salud de la población más necesitada.

Hay que evitar el crecimiento ingobernable de estos partenariados que no suelen tener

una visión global de la problemática en salud, y que pueden crear un nuevo multilateralismo paralelo al que se realiza actualmente con Naciones Unidas. Por ello, es necesario favorecer la coordinación entre iniciativas bajo el liderazgo de la Organización Mundial de la Salud y la transparencia en las negociaciones entre las instituciones y los países receptores de los fondos de estas iniciativas.

4. El principio de apropiación y el liderazgo de los países receptores es clave para la eficacia de la ayuda.

La aplicación de la Declaración de París y la Agenda de Acción de Accra no es responsabilidad exclusiva de los donantes, sino que los países de destino de la ayuda deben asumir el liderazgo de las políticas públicas para que los donantes puedan contribuir a la eficacia de la ayuda, ya sean miembros del CAD o se trate de nuevos donantes.

Frente a la actual complejidad del sistema de ayuda, se está impulsando una agenda de eficacia y calidad de la ayuda con el objetivo de mejorar la gobernanza del sistema y maximizar su impacto en la lucha contra la pobreza.

En este contexto, se deben fortalecer las capacidades de los países receptores de ayuda en cuanto a la toma de decisiones y liderazgo en los procesos de desarrollo, para que no sean los donantes quienes condicionen su agenda de desarrollo y lograr así que el liderazgo sea único.

5. En un contexto de crecimiento de la AOD, la salud pierde peso relativo dentro del conjunto de la ayuda española.

La ayuda oficial al desarrollo española consolida su tendencia de crecimiento, confirmando el compromiso asumido por el gobierno y asumiendo cierto liderazgo internacional. En este contexto, no es justificable ni coherente que el peso relativo de la AOD en salud descienda con la centralidad que la cooperación española le otorga a la salud en los diferentes documentos estratégicos (II y III Plan Director, estrategia sectorial, Vita).

La cooperación española debe incrementar los recursos destinados al sector salud de modo proporcional a la importancia que se le da en sus marcos estratégicos y atendiendo las necesidades para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

6. La utilización de la ayuda reembolsable en el sector salud es inaceptable. En 2007 se ha cuadruplicado este tipo de ayuda llegando al 17,53% del total de ayuda bilateral no canalizada vía OMUDES.

La ayuda reembolsable en el sector salud no es coherente con los principios y directrices plasmados en los diferentes documentos estratégicos. La cooperación española, de manera acertada, apuesta por el fortalecimiento de los sistemas públicos de salud y el acceso universal a los servicios sanitarios. La utilización de ayuda reembolsable conlleva el

endeudamiento de los países poniendo en riesgo la posibilidad de contribuir a que las personas puedan acceder gratuitamente al sistema.

Los datos de 2007 no solamente manifiestan un incremento sustancial de este tipo de ayuda, sino que dicho incremento se produce en ausencia de criterios claros de elegibilidad de países destinatarios de este tipo de ayuda (como principales beneficiarios aparecen países tan dispares como Argentina, China o Kenya).

Como hemos señalado reiteradamente en anteriores ediciones de este informe, entendemos que los instrumentos reembolsables no son los más adecuados para apoyar el sector salud, especialmente si, como señala nuestro Plan Director, se quiere apostar por un fortalecimiento de sistemas públicos de salud. Por tanto deberían tener un peso residual, si no inexistente, en la instrumentación de la ayuda en el sector salud.

7. En 2007, la ayuda en salud canalizada a través de organismos multilaterales, vía multilateral y multilateral, supone el 58,3% del total de la AOD en salud.

El Fondo Global contra el sida, la malaria y la tuberculosis y UNITAID, iniciativa privada que se sitúa como el quinto organismo internacional, que no multilateral, acaparan gran parte de los fondos que la AOD española destina a salud. Ambos organismos, que sin duda alguna realizan una labor encomiable, tienen como misión luchar contra problemas concretos de salud, que si bien son muy importantes no agotan todas las necesidades que la población tiene (a nivel mundial, el VIH/sida representa el 30% de la ayuda en salud mientras que supone el 10% de la carga de enfermedad para los países en desarrollo). El aporte no adicional de fondos a estos organismos, unido al retroceso del peso del sector salud en la cooperación española, está haciendo que otros componentes importantes como educación sanitaria, formación de personal o salud reproductiva se mantengan en niveles bajos de financiación.

La cooperación española debe revisar su política de ayuda multilateral en general y en el sector salud en particular, definir prioridades y criterios de colaboración y trabajar para situar sus principios y objetivos, generales y sectoriales, en los de los organismos con los que colabora fortaleciendo el sistema de Naciones Unidas y adecuándose a los nuevos retos, sobre todo en cuanto a fortalecimiento de sistemas públicos se refiere.

8. La cooperación española cumple el compromiso de destinar el 20% de su AOD a los Países Menos Adelantados (PMA).

Los países del África subsahariana son los principales receptores de la AOD española en salud (33,65%). Este dato, unido al hecho de que durante 2007 los Países Menos Adelantados recibieran el 22,41% de la ayuda nos permite concluir que la cooperación española, geográficamente y por nivel de renta, se destina a las poblaciones más necesitadas del planeta. Ahora bien, el Código de Conducta de la UE y la Agenda de Acción

de Accra, que invitan a la concentración y especialización de los donantes, tendrán consecuencias reales en la cooperación española por lo que debemos permanecer alertas para ver si la actual asignación geográfica de la ayuda se consolida en posteriores informes o el dato de 2007 responde a un momento coyuntural.

Es necesario definir de manera transparente los criterios de inclusión de países en las prioridades de la cooperación española. Estos criterios deberían incluir la trayectoria, experiencia y valor añadido de la cooperación española así como indicadores de pobreza y salud.

9. La cooperación autonómica en salud aumentó en su conjunto un 2% en 2007 debido, principalmente, al incremento en 3 comunidades autónomas: Canarias, Cataluña y Andalucía.

En 2007, la AOD descentraliza superó los 511 millones de euros. Las CCAA aportaron 390 millones y las Entidades Locales 121 millones. De lo aportado por las CCAA, el 12,3% (casi 48 millones) fue al sector salud. Este dato supone un incremento del 2% con respecto a 2006. Este aumento que es positivo se centró sobre todo en los subsectores más asistenciales de la salud, en perjuicio de acciones con un carácter más preventivo y de intervenciones en salud reproductiva (disminuyeron un 8%).

La cooperación descentralizada en salud debe avanzar en previsibilidad, a través de compromisos plurianuales, y revisar su orientación en lo que a subsectores CRS se refiere, apostando de una manera firme por acciones que fortalezcan la Atención Primaria de Salud.

10. La cooperación autonómica debe afrontar el reto de una mayor coordinación entre sí y con la cooperación estatal si realmente queremos avanzar en eficacia de la ayuda.

El establecimiento de mecanismos de coordinación que permitan un mejor aprovechamiento de los recursos disponibles, es uno de los retos aplazados por la cooperación descentralizada y la cooperación estatal. Nos consta que se han realizado esfuerzos por mejorar la coordinación si bien no se han alcanzado los resultados que serían deseables. Por otro lado, el desafío de aplicar la Declaración de París a la cooperación española en salud no es un reto exclusivo de la cooperación central sino que involucra también a la cooperación descentralizada. El éxito en esta misión pasa, en buena medida, por una mayor coordinación entre los principales actores de la cooperación.

Se debe evitar la dispersión de recursos humanos, técnicos y económicos y conseguir consensos que permitan el ejercicio habitual de intervenciones de desarrollo coherentes y complementarias, en un marco de trabajo común, participando de una manera proactiva y eficaz en el conjunto de la cooperación española en salud, para lo que

resultan esenciales instrumentos u otras instancias de coordinación en las que los actores puedan aportar de acuerdo a sus características, entidad y peso en la cooperación española.

11. Los fondos destinados a acción humanitaria retroceden ligeramente y se quedan a 0.7 puntos del objetivo marcado en el plan Director.

El Plan director establece como meta destinar el 7% de la AOD bilateral a Acción Humanitaria. En 2007 el porcentaje destinado fue de 6,3% lo que supone quedarse por debajo del objetivo marcado.

Es necesario consolidar el compromiso económico de destinar el 7% de la AOD bilateral a Acción Humanitaria para mejorar la previsibilidad de los fondos y poder así atender las emergencias sobrevenidas y las múltiples crisis crónicas existentes.

12. La acción humanitaria mejora notablemente en planificación y desarrollo organizativo.

La creación de la oficina de ayuda humanitaria ha supuesto una mayor racionalización de los contenidos que deben abordarse desde esta área, influyendo positivamente en el liderazgo del Ministerio de Asuntos Exteriores y Cooperación. Del total de AH distribuido por el MAEC, la AECID ha gestionado el 70% de los fondos, con un monto de 70,3 millones de euros, lo que supone un incremento del 38% respecto al año anterior. Este aumento cuantitativo supone una buena noticia de cara a una gestión más apropiada de las ayudas destinadas a AH por la cooperación española.

Se precisan nuevos instrumentos adecuados a las características de la AH que pueda proporcionar una respuesta rápida. Instrumentos de financiación ágiles y flexibles y que cuenten, al mismo tiempo, con unas características operativas específicas para intervenciones humanitarias.

13. En 2007 la acción humanitaria proveniente de las comunidades autónomas aumentó un 46% respecto al año anterior.

Durante 2007 continuó el incremento de fondos destinados por las CC.AA. a la AH, con un importante aumento del 46% respecto al año anterior, lo que ha permitido alcanzar los 43,5 millones de euros; es decir, el peso de la ayuda humanitaria descentralizada ha supuesto un 22% del total destinado por la cooperación española a este sector. Ahora bien, si se analiza con detalle la AH descentralizada es posible observar importantes diferencias entre las diferentes CC.AA. Estas diferencias se presentan tanto en el volumen de los fondos que se destinan a la AH, como en los aspectos cualitativos de la misma, a pesar del esfuerzo que las CC.AA. vienen realizando y que se traduce en la creación de Comités de Emergencia que funcionan ya en algunas comunidades.

La acción humanitaria autónoma deberían tener en cuenta los principios de la Declaración de París sobre eficacia de la Ayuda, que en lo referente a la Armonización establece que los donantes implementarán dispositivos comunes en los diferentes componentes de los flujos de la ayuda (indicador 9), al tiempo que señala que trabajarán de forma conjunta para evitar duplicidades en los análisis diagnósticos de necesidades (indicador 10). En lo referente a Complementariedad, la Declaración establece que la fragmentación excesiva disminuye la eficacia de la ayuda y aboga por un enfoque de división del trabajo, en función del valor añadido de cada donante según el tipo de intervenciones.