

Octubre de 2016

Red Internacional de Medicus Mundi
Salud para Todos

Documento de discusión

**COOPERACIÓN EN SALUD: RELEVANCIA, CREDIBILIDAD Y EFICACIA DE SU
CONTRIBUCIÓN PARA CONSEGUIR EL ACCESO UNIVERSAL A LA SALUD**



Medicus Mundi Internacional...Red Salud para Todos...Murbacherstrasse 34 ...CH-4013 Basel
Teléf.(+41) (61) 383.18.11 office@medicusmundi.org...www.medicusmundi.org

Compartiendo conocimientos y uniendo fuerzas hacia la Salud para Todos

ACERCA DE ESTE DOCUMENTO

Medicus Mundi International – Salud para Todos (RMMI), es una red plural y horizontal, integrada por ONG de desarrollo y otras organizaciones. Este documento sobre la relevancia, credibilidad y eficacia de la cooperación en salud fue discutido en el taller de MMI “Cooperación en salud más allá de la ayuda”, realizado en Berlín el 29 de septiembre de 2016 y publicado posteriormente.

El documento actual no pretende establecer una toma de posición única y homogénea. Es un documento de discusión sobre una actividad central de la red MMI; su intención es servir de base para una reflexión crítica sobre el papel y la dirección futura de la cooperación para el desarrollo en salud

Invitamos a los miembros del grupo de trabajo de MMI sobre Cooperación Eficaz en Salud (MMI EHC) y a otros miembros de la Red y socios a integrarse en este proceso.

- Martin Leschhom, coordinador del grupo de trabajo MMI EHC
- Remco van de Pas, miembro del equipo de dirección de MMI
- Thomas Schwarz, secretario ejecutivo de MMI

Agradecimientos. Nos gustaría agradecer a Natalie Sharples, Monika Christophori-Khadka, Rachel Hammonds, Sara Van Belle, Lara Gautier y Mathias Bonk, sus amables comentarios sobre el borrador de este escrito. Así mismo nos gustaría agradecer a Lola Dare, Daniel López Acuña y a todos los participantes en el taller organizado en Berlín el 29 de septiembre de 2016, por el grupo de trabajo de MMI sobre Cooperación Eficaz en Salud, sus reflexiones y comentarios sobre este documento y las posibles etapas siguientes a fin de continuar el posterior diálogo sobre los principios en él diseñados.

Nuestro agradecimiento también a Jose Maria Arcos por traducir este documento para la Federación de Asociaciones de Medicus Mundi España, y a Natalia Herce (MM NAM) por coordinarlo. Enero 2017.

CONTENIDO

Introducción

1. OBJETIVO POLÍTICO GENERAL: ACCESO UNIVERSAL A LA SALUD

- 1.1. Cobertura Universal de Salud (CUS) y más allá.
- 1.2. Las circunstancias socio-económicas que condicionan los resultados en salud.
- 1.3. Papel y contribución del sector salud.
- 1.4. Solidaridad, ¿con quién?
- 1.5. La necesidad de un “contrato social” global para la salud.

Preguntas para reflexionar (I)

2. ¿QUÉ ESTÁ MAL EN LA COOPERACIÓN AL DESARROLLO?

- 2.1. Credibilidad (37), valores, intereses
- 2.2. Impacto y resultados.
- 2.3. Actores y comportamientos
- 2.4. Métodos y prácticas

Preguntas para reflexionar (II)

3. COOPERACION AL DESARROLLO EN TIEMPOS DE LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE (ODS): ¡QUE SOBREPASE LA AYUDA!

- 3.1. ODS: De acuerdo con los objetivos, pero ¿cómo alcanzarlos?
- 3.2. ¡Llevar la cooperación a sobrepasar la ayuda!
- 3.3. De sistemas de desarrollo a redistribución de recursos
- 3.4. Mejorar la credibilidad de la intervención

Preguntas para reflexionar (III)

4. COOPERACION EFICAZ DE SALUD

- 4.1. Principios de eficacia de la ayuda
- 4.2. Eficacia de la ayuda en el sector salud

Preguntas para reflexionar (IV)

5. ¿Y AHORA QUÉ?

INTRODUCCIÓN

“Promovemos compartir información y aprender mutuamente unos de otros entre los protagonistas de la cooperación internacional de salud” (Estrategia de la Red de MMI 2016-20)” (1)

La mayoría de los miembros de la **Red de Medicus Mundi Internacional** (MMI) están tradicionalmente vinculados a la **cooperación al desarrollo sanitaria**, un ámbito de actividades que, como el propio término sugiere, se ha de ir desarrollando considerablemente a lo largo del tiempo.

Usaremos el término **“cooperación sanitaria”** en el sentido de cooperación internacional o transnacional al desarrollo para la salud, refiriéndonos a organizaciones que lideran programas de salud en países de bajos y medios ingresos (“países en desarrollo”), o que apoyan técnica y/o financieramente a organizaciones públicas o privadas de socios, con el fin de mejorar los resultados y el acceso a la atención de salud.

Promover una cooperación en salud “eficaz” para mejorar los resultados y fortalecer los sistemas de salud, se ha convertido en un importante objetivo de las políticas de salud, tanto bilaterales como multilaterales, durante los últimos 50 años y principalmente en la era de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). Simultáneamente han aumentado las críticas al papel de la cooperación al desarrollo en general, y de las organizaciones no gubernamentales (ONG) internacionales en particular, en el desarrollo/fortalecimiento de los sistemas de salud con el propósito de alcanzar la Cobertura Universal de Salud (CSU).

En este contexto, se detecta un estancamiento debido a la reducción de los presupuestos de ayuda tradicionales, que son ahora destinados a asuntos como mitigar los flujos de refugiados, reducir el riesgo del terrorismo y adaptarse al cambio climático. La cooperación al desarrollo sanitaria se centra cada vez más en estados frágiles y en la construcción de sistemas de salud resilientes, es decir, capaz de adaptarse a situaciones adversas y superarlas, con la intención de prevenir los brotes transnacionales de enfermedades infecciosas y la inestabilidad social. Al mismo tiempo, los ODS (Objetivos de Desarrollo Sostenibles) proporcionan una agenda ambiciosa y universal, destinada a garantizar vidas saludables y bienestar para todos. La OMS considera la CSU el mejor marco político para alcanzar este objetivo.

Este documento intenta contribuir al debate sobre los procedimientos mediante los cuales los actores protagonistas en cooperación al desarrollo, tales como ONG internacionales o entidades bilaterales, podrían involucrarse de manera relevante, legítima y eficaz para lograr el acceso universal a la salud.

A nuestro entender, este tipo de cooperación:

- a) contribuye, en efecto, a conseguir el acceso universal a la salud.
- b) es totalmente consciente de su papel estructural, responsabilidades y limitaciones, y
- c) ha de interpelarse continuamente sobre cómo mejorar sus enfoques y experiencias.

Faltan todavía plataformas en las que los actores de la cooperación en salud puedan exponer críticamente sus propias prácticas y estrategias, compartir información y experiencias, aprender unos de otros y tener la oportunidad de desarrollar posteriormente sus capacidades reales institucionales y personales. Como acordamos en la Estrategia 2016-20 de MMI, este es uno de los puntos más importantes de nuestra actividad en la actualidad.

Invitamos a las instituciones y a los profesionales comprometidos en la cooperación sanitaria a posicionarse críticamente, someter a un juicio severo la cooperación al desarrollo y participar en un diálogo interno sobre cómo hacer mejor las cosas. Si nos tomamos esto en serio, tendremos que aceptar que se requiere un cambio de paradigma que rompa con el modelo de cooperación al desarrollo sanitario que se ha venido implementando en los últimos 50 años.

Preguntas para reflexionar

Incluimos en cada capítulo un apartado de cuestiones críticas que recomendamos responder para facilitar la reflexión.

1. EL OBJETIVO POLÍTICO GENERAL: ACCESO UNIVERSAL A LA SALUD

¿Qué se necesita en el propio sector salud y fuera de él para lograr el acceso universal a la salud? Pedimos que posiciones tu asociación y prioridades teniendo en cuenta estas 3 opciones: (a) provisión de servicios esenciales de salud, (b) fortalecimiento de los sistemas e instituciones de salud y (c) abordar los determinantes de salud a nivel nacional y mundial.

1.1. Cobertura Universal de Salud (CSU) y más allá.

“Hasta que la CSU no se ponga en marcha dentro de una estructura-marco de cambio social y económico, no se transformará la salud tan profundamente como se espera” (MMI-2)

Generalmente la CSU se plantea de la siguiente manera: “Que todo el mundo pueda usar los servicios de promoción de la salud así como los preventivos, curativos, rehabilitadores y paliativos que necesite y que estos tengan la calidad suficiente para ser eficaces, asegurando al mismo tiempo que su utilización no pone en dificultades financieras al usuario”(3). Las políticas de financiación de la salud deben estar alineadas con reformas de los sistemas de salud que tiendan explícitamente a mejorar la cobertura y los objetivos intermedios ligados a ello, es decir, la eficiencia, la equidad en la distribución de los recursos sanitarios, la transparencia y la rendición de cuentas (4).

Al analizar la contribución del sector salud al logro de los ODS de Naciones Unidas (5), la OMS promueve en la actualidad poner el foco específicamente sobre la CSU. “El Objetivo de la Cobertura Universal es el eje de los ODS relacionados con la salud; es el único objetivo que, si se alcanzase, ayudaría a satisfacer todos los demás al aportar servicios de alta calidad centrados tanto en la población como en las personas, que resultan gratis en el punto donde se proporcionan y que están diseñados para adaptarse a las diferentes realidades de la vida de la gente” (Kieny) (6)

El acceso universal a la salud va incluso más allá de la definición establecida (o requiere una definición fundamentalmente diferente) (7). La salud es un problema social, económico y político pero, sobre todo, es un derecho humano fundamental (8). Además del acceso a una adecuada, aceptable y asequible atención de salud de calidad apropiada, incluye garantizar un nivel de vida que permita una vida saludable. Obviamente, esto no se puede alcanzar ni por el sector salud, ni mediante políticas exclusivas de este sector.

1.2 Las circunstancias socio-económicas que condicionan los resultados en salud.

“En vista de la riqueza que existe en el mundo de hoy, el proyecto de Salud para Todos puede ser más que una ilusión. El mundo posee los recursos necesarios, pero se requiere el uso adecuado de lo que está disponible o, en otras palabras, la redistribución de la riqueza guiada por el criterio de solidaridad. El mundo está atiborrado de dinero. Lo que falta es el deseo político de quienes están en el poder y, como reto a nosotros mismos, la presión pública para hacer que el cambio se produzca.” (Gebauer) (9)

Los determinantes sociales de salud son las “condiciones en las que la gente nace, crece, vive, trabaja y envejece. Estas circunstancias vienen impuestas por la distribución del dinero, del poder y de los recursos a niveles global, nacional y local.”(10) Manejar estos determinantes sociales, políticos, económicos y ambientales de la salud requiere una estrategia integrada y holística. Se trata de un programa radical y altamente político. (11)

Obviamente, para conseguir esto, seguir como estamos no es suficiente (12). Se trata nada menos que de intentar cambiar el mundo de cómo es a cómo queremos que sea (13). En palabras de People's Health Charter: “Salud para todos significa desafiar poderosos intereses, oponerse a la globalización y cambiar drásticamente las prioridades políticas y económicas” (14).

Una visión holística actual de la transformación política y social necesaria se articula de manera totalmente convincente en la Agenda 2030 de NNUU para los ODS (15), que fue refrendada por la Asamblea General de NNUU en septiembre de 2015. Los próximos años demostrarán si esta agenda de cambio “indivisible, interconectada e integrada”, acordada por todos los países, se llevará a la práctica.

Aún estamos lejos de ello (16). Como ha dicho Bill Easterly: “La cumbre de los ODS de NNUU aconseja

implementar acciones que fueron recomendadas en cumbres anteriores y fallaron. Los ODS tienen tantas probabilidades de conseguir verdaderos avances como las llamadas a la paz mundial de los aspirantes de los concursos de belleza” (17). No hay mucho más que añadir si miramos las políticas convencionales en los niveles doméstico y global.

1.3. Papel y contribución del sector salud.

“Las políticas y los programas de salud tienen la capacidad de poder promover o, por contra, vulnerar los derechos humanos, incluido el derecho a la salud, dependiendo de la manera en que sean formulados o llevados a la práctica. Tomar medidas para respetar y proteger los derechos humanos ratifica la responsabilidad del sector salud para hacerse cargo de la salud de cada persona.” (Ficha técnica de OMS) (18)

“Los sistemas públicos han de ser reivindicados por los ciudadanos, reformados en interés de la gente y sometidos a rendición de cuentas. Los movimientos y las distintas organizaciones populares tienen mucho que perder con la corriente actual legitimada por el discurso de la CSU.” (Sengupta) (19)

El centro del debate, tanto político como técnico, es definir las principales cualidades que ha de tener un sistema nacional de salud para poder ser considerado “fuerte” y adecuado para el propósito de garantizar la cobertura universal.

El “fortalecimiento de los sistemas de salud” ha sufrido altas y bajas durante los últimos años. La epidemia de Ébola en el Oeste de África lo ha traído de nuevo al centro de la atención mundial. Bajo su foco de atención, la OMS y otras instituciones internacionales, así como otros muchos autores, discutieron no sólo sobre los determinantes políticos y económicos de la epidemia (20), el desastroso historial récord de la cooperación al desarrollo (21) y la incapacidad de las instituciones internacionales y de la gobernanza global de salud para gestionar apropiadamente una crisis de primer orden, sino también sobre la fragilidad, la debilidad estructural y los fallos de los sistemas de salud de los países concernidos así como sobre lo que sería necesario para superar estos fallos y contar con sistemas de salud (23) más fuertes y “resilientes”(22). Esto último no solo requiere fortalecimiento de los seis bloques estructurales de todo sistema de salud, sino que también exigiría desarrollar las funciones esenciales de salud pública necesarias para prevenir y estar preparados para crisis de salud como epidemias a gran escala (24).

La gobernanza democrática y la movilización de los recursos domésticos son elementos clave para esto. Los países de ingresos bajos y medios pueden permitirse incrementar sus gastos en salud tomando diferentes decisiones políticas acerca de cómo recaudar y gastar el dinero público (25). Las decisiones sobre impuestos y gastos son vitales y deben estar bajo el control de los gobiernos, incluso de los países más pobres. Con toda certeza, el gobierno de la nación, aun con sus imperfecciones, es el principal responsable de crear las condiciones, las políticas y los sistemas necesarios para atender las necesidades sociales y económicas de la población.

1.4. Solidaridad, ¿con quién?

Hay un debate fundamental sobre si la solidaridad internacional debería ser solo con los países (en el sentido de gobiernos) o también, y principalmente, con la “gente” y las “comunidades”. Los actores en cooperación al desarrollo y otros sectores responderán ante esta cuestión de manera muy diferente según resulten ser los análisis del sistema político y la gobernanza de cada país particular, y también de acuerdo con su propia posición política y estructural.

Sin embargo, está cada vez más claro que la solidaridad debería encauzarse también hacia la gente y no solo hacia los países. Si se está de acuerdo en esto, se reducirá además la variedad de posibles estrategias encaminadas a la cobertura universal de salud: “A la CSU no se llega por un solo camino, las trayectorias son múltiples y dependen del contexto. Esto no significa que “todo vale”. Ha llegado el momento de ser conscientes de que la unidad de análisis debe ser una población (no una subpoblación que se beneficie mediante un esquema particular de financiación) y de que no son deseables estrategias que comprometan la equidad” (GIZ) (26).

En los últimos años, se ha incrementado la desigualdad en los ingresos (y muy probablemente también en

la salud) medida entre individuos y no solo entre países. Esto implica que las desigualdades también han crecido en países más ricos como los europeos. La CSU y, en un sentido más amplio, la protección social es, por tanto, una agenda universal y no sólo un tema de países “en desarrollo” (27). En segundo lugar, hay un abandono flagrante de los intereses, ideas e instituciones que no se atienen a las fronteras nacionales. Se está produciendo una creciente desconexión entre nuestras instituciones políticas (gobiernos de los países) y nuevas formas de gobierno emergentes (28), como asociaciones empresariales transnacionales, instituciones financieras internacionales, redes mundiales de la sociedad civil y una cohorte internacional de “votantes enojados” que tienen una cosa en común: “se han quedado tirados debido a la globalización”(29).

1.5. La necesidad de un “contrato social” global para la salud.

Es un hecho que muchos países y gobiernos carecen de suficientes medios financieros y espacio normativo para poder implementar las políticas necesarias para conseguir la cobertura universal de salud. “Habitualmente, en las discusiones sobre cómo mejorar la gobernanza (global) de la salud, se ignoran los efectos debilitantes de la fuga de capitales y de la evasión fiscal en los recursos disponibles para el objetivo ampliamente aceptado de la CSU (30).

Superar este déficit requiere un “contrato social” a nivel mundial y mecanismos conexos de apoyo y redistribución, incluidas las reformas en la gobernanza mundial de áreas clave como la fiscalidad internacional (31). Para lograr los ambiciosos objetivos y metas de los objetivos de desarrollo sostenible relacionados con la salud, como la CSU, se requiere una combinación de mecanismos financieros nacionales e internacionales (32).

En el artículo de discusión de MMI sobre la CSU (2013), promovíamos su consideración como una responsabilidad de cada gobierno y, al mismo tiempo, como materia de “política doméstica global de salud”.

La CSU debería ser considerada como un bien público internacional, que potencia el derecho universal a la salud, así como un medio para mitigar los riesgos globales (como las epidemias). Existe por tanto, la necesidad de compartir responsabilidades para lograr estos objetivos. Esto llevará finalmente a marcos financieros y a mecanismos de gobernanza globales.

En cierta medida, esto ya existe, como el Fondo Mundial (Global Fund) y el Mecanismo Mundial de Financiación para la Salud Materna e Infantil (The Global Financing Facility for Maternal and Child Health). Sin embargo, estos mecanismos se basan en la lógica de la “ayuda”, incluyendo la idea de donante / receptor. Un contrato mundial social para la salud debería trascender la ayuda y estar basado en acuerdos legales más que en compromisos políticos únicamente.

Redistribución, regulación y derechos (rights en inglés): “Los principios y las recomendaciones fundamentales para la gobernanza mundial de la salud pueden resumirse en tres puntos (las llamadas tres R en inglés): 1) **Redistribución** sistémica de recursos entre países y dentro de las regiones y países, para que los países más pobres tengan la posibilidad de atender las necesidades humanas básicas; 2) **regulación** supranacional efectiva que garantice un propósito social en la economía mundial y 3) **derechos** sociales exigibles que permitan a los ciudadanos y residentes pedir reparación legal” (33).

Economía política global de la CSU: En su aportación a una consulta recientemente organizadas por IHP+, y en referencia al “cubo CSU” (34) promovido por la OMS, Jesse Bump ofrece un esquema de la economía política de la CSU a sus dos niveles, nacional y mundial (35). Bump añade a la “economía política doméstica” (equidad de protección y riesgo, equidad de acceso a los servicios, equidad de financiación) una “economía política internacional”: A escala global, la equidad de protección y riesgo se expresa como producción de bienes públicos globales, p.ej. recursos ambientales y naturales, vigilancia y actividades transfronterizas; la equidad de acceso requiere regímenes de comercio justo, propiedad intelectual y responsabilidad corporativa y la equidad de financiación requiere redistribución mediante la fiscalidad internacional. El problema es que, si bien a nivel nacional el estado es responsable ante sus ciudadanos, las

responsabilidades a nivel global se mantienen inciertas mientras no se establezca un “contrato social” mundial.

- ¿Cómo / dónde vuestra Asociación define los objetivos generales (resultados esperados) de vuestra intervención / implicación en cooperación internacional en salud? ¿Estáis satisfechos con esa definición?
- ¿Estáis de acuerdo con una política general de salud dirigida a “conseguir el acceso universal a la salud” o, en palabras de los ODS, a “asegurar formas de vida saludables y promover bienestar para todos en todas las edades”?
- ¿Tenéis una “teoría de cambio” que defina cómo esperáis que mejoren los resultados de salud y cuál ha de ser el papel particular y la contribución de vuestra Asociación?
- ¿Cómo posicionaríais vuestra organización en el triángulo de a) provisión de servicios esenciales de salud; b) fortalecimiento de sistemas e instituciones de salud y c) atención a los determinantes de salud a nivel nacional y global? ¿Por qué? ¿Cuáles son vuestras referencias históricas y actuales para mantener esta estrategia? ¿Estáis aún conformes con ella?
- ¿Cómo se integran las estructuras y los programas de vuestra organización o las de vuestros socios locales en las políticas y sistemas nacionales de salud de los países con/en los que colaboráis o trabajáis? ¿Hay un documento político general sobre esta integración u os manejáis de algún modo más estratégico o pragmático, de acuerdo con los respectivos escenarios políticos y estructurales?
- ¿Cómo tratáis el (potencial) conflicto entre vuestra solidaridad con la gente y las comunidades y la colaboración con las instituciones gubernamentales?
- ¿Cómo valoraríais el progreso del país en el que vuestra organización tiene su origen, respecto al logro del acceso universal a la salud? ¿Estáis trabajando también en este país? ¿Por qué/por qué no?
- ¿Hemos olvidado hacer alguna pregunta?

2. ¿QUÉ ESTÁ MAL EN LA COOPERACIÓN AL DESARROLLO?

No es nada nuevo criticar con dureza la cooperación al desarrollo en su totalidad, es decir, su credibilidad, sus valores intrínsecos con sus propios intereses detrás, sus resultados, sus métodos y prácticas, sus protagonistas y su modo de comportarse. No citaremos la extensa literatura al respecto ⁽³⁶⁾ (puedes añadir más referencias) pero exponemos algunos puntos principales de análisis y crítica invitándote a que los valores seriamente.

2.1. Credibilidad ⁽³⁷⁾, valores, intereses

“Poco a poco la ayuda ha sido sacada de su contexto social previo y transformada en un “producto” que, como cualquier otro, no responde ya necesariamente a las necesidades del receptor” ⁽³⁸⁾

Neocolonialista, neoliberal, destructiva: A lo largo de la historia reciente, la ayuda y las condiciones a ella ligadas se han usado para ejercer control e influencia. El Banco Mundial (BM) y el Fondo Monetario Internacional (FMI) han sido acertadamente criticados por promover, mediante su agenda y condiciones de “ajuste estructural”, una agenda liberal. Ambos «aprovecharon los endeudamientos para imponer programas de “ajuste estructural” a los países pobres, forzándoles a privatizar los recursos públicos, abrir sus mercados a los productos occidentales, recortar el gasto social y reducir los salarios y a dar a las compañías extranjeras acceso a mano de obra y materias primas extremadamente baratas. El ajuste estructural fue una de las mayores causas de pobreza en el Sur global a finales del pasado siglo XX y continúa siéndolo hoy bajo el disfraz de “austeridad”» ⁽³⁹⁾.

No siempre la fuerte influencia de las instituciones financieras internacionales ha prevalecido sobre los objetivos políticos de las NNUU. Las NNUU y sus políticas de cooperación internacional al desarrollo se basan en los principios de los derechos universales y en un orden internacional destinado a mantener la ley, el orden y la paz. Todo ello se hizo por desgracia necesario después de 1945, tras la destrucción ocasionada por las dos Guerras Mundiales, y también como medio para estabilizar los estados post-coloniales soberanos e independientes, con la idea de que éstos tuvieran el derecho a desarrollarse con autonomía. Ya se previó que tal orden mundial estable y basado en principios de libre mercado, crecimiento económico y democracias liberales, debería incluir la transferencia de recursos con fines sociales (educación, salud, etc.) desde los países desarrollados hacia los países en desarrollo. Este fue el origen del acuerdo sobre el objetivo del 0,7% como Ayuda Oficial al Desarrollo destinado a ser aportado por los países desarrollados en los primeros años sesenta ⁽⁴⁰⁾.

Sin embargo, como parte de la *Pax Americana* y con el predominio, desde los años 70, de los valores neoliberales, la ayuda se ha convertido en un proyecto de intervención y de relleno de los huecos de los servicios básicos nacionales creados por regímenes de austeridad. Con esto la ayuda salvó vidas, pero también contribuyó a la estabilización de un sistema de comercio y desarrollo completamente injusto y destructivo ⁽⁴¹⁾. El potencial transformador de la cooperación al desarrollo no se ha hecho realidad nunca.

Efecto de distracción de la atención: En este sentido, la ayuda es también un modo de distraer y dejar de encarar las causas “reales” de desigualdad y empobrecimiento. “El proyecto de ayuda está fallando porque olvida el asunto de la pobreza. Asume que ésta es un fenómeno natural, sin conexión con el mundo rico y que la gente y los países pobres solo necesitan un poquito de caridad para ayudarles a salir adelante. La gente es más lista que eso. Sabe que la pobreza es una consecuencia del sistema económico mundial que muy a menudo *provocan* las personas, incluyendo aquéllos que utilizan o se aprovechan de la agenda de ayuda. La gente está cada día más enterada, particularmente desde la crisis económica de 2008, de que la pobreza está creada por reglas que manipulan la economía en interés de los ricos” ⁽⁴²⁾.

La agenda determinada por el donante: Las políticas, prioridades y programas de cooperación al desarrollo procedentes de los gobiernos e instituciones occidentales están más definidos por los donantes y las agencias de desarrollo que por la demanda expresada por gobiernos, comunidades y población de los países “receptores”. Es solo si, y una vez que, un asunto ha ganado la atención internacional cuando pueden obtenerse fondos y puede asumirse la acción. Esto es particularmente evidente en el sector salud donde los

programas verticales y las audacias técnicas “sobre la marcha” predominan sobre enfoques integrados y sistémicos. Aunque las economías emergentes (tales como las de los países BRICS) tengan más influencia en la gestión y dirección de los asuntos globales de salud, esta política requerirá todavía ser traducida a subvenciones financieras sostenibles en forma de programas internacionales de salud (43).

2.2. Impacto y resultados.

Crear cargas adicionales y distorsionar las prioridades nacionales: En países en los que el gobierno lucha con lo más esencial para establecer un sistema de administración y de planificación adecuado y efectivo para dirigir y mejorar el proceso de desarrollo social, la presencia de entidades de ayuda, con sus prioridades, programas y requerimientos de informes, se convierte en una carga adicional con un gran potencial para distorsionar las prioridades nacionales de planificación y los procesos presupuestarios.

Estabilizar la mala gobernanza y perpetuar la dependencia: En países con gobierno “extractivo (¿corrupto?)”, la cooperación internacional normalmente no dispone de medios para superar la actitud de “que los occidentales se ocupen de ello” del régimen gobernante, tanto si la cooperación cuenta con el gobierno (aceptando que los recursos están agotados por corrupción e ineficacia) como si establece estructuras paralelas para proveer servicios básicos como atención de salud, educación o infraestructura. La ayuda es “el medio perfecto para ocultar la falta de legitimidad política” (44).

Distorsión de las economías domésticas: Además de la crítica a los regímenes de austeridad y sus consecuencias para las economías nacionales, hay otras alteraciones muy concretas de las economías y los mercados, debidas a los propios programas y proyectos de desarrollo. Como ejemplos citaremos los productos baratos de “ayuda” (desde alimentos a redes mosquiteras tratadas con insecticida), que desplazan a los de producción local, los altos salarios en las “empresas de ayuda” que incentivan el abandono del sector público, etc. La propiedad local de los proyectos de cooperación en salud suele ser limitada.

Historia general: Según muchos analistas, y a pesar de algunos logros, el “paradigma de la ayuda” ha fracasado en su conjunto, incluido su buque insignia, los Objetivos de Desarrollo del Milenio. En muchos países y a nivel global ha crecido la desigualdad y, en números absolutos, hay actualmente más gente viviendo en la pobreza absoluta que hace 40 años (45), sin dejar de mencionar los urgentes desafíos demográficos (crecimiento de la población) y ecológicos (cambio climático, pérdida de biodiversidad) tan presentes ante nosotros (46). Si ha habido progreso es más bien como resultado de un desarrollo económico general pero no puede ser atribuido a la ayuda.

2.3. Actores y comportamientos

“Demasiado pequeñas para constituirse en agentes de transformación social y económico; demasiado grandes y burocratizadas para ser movimientos sociales; arrojadas fuera de la política por su condición caritativa y estructuralmente alejadas de las sociedades que están tratando de cambiar, Oxfam y las demás ONG terminan incómodamente asentadas en medio de la realidad que tiene lugar a su alrededor, haciendo lo que pueden para salvar vidas, hablando en otros lugares de sus pequeños éxitos y basándose en éstos en el proceso” (Edwards)

Intervencionismo: En proyectos y programas de desarrollo de activistas de todas las clases y a todos los niveles, el “qué hacer” (construir o mantener un hospital, cavar un pozo, formar un millón de trabajadores de la salud) es a menudo mucho más obvio que el “cómo hacerlo”, lo que puede crear problemas de propiedad y sostenibilidad. Además, la actitud intervencionista de los actores del desarrollo esconde el hecho de que es preferible, en primer lugar, 'No hacer daño'. La desigualdad y la pobreza se encuentran en muchos casos históricamente enraizadas en la injusticia y en relaciones comerciales injustas. Por tanto, en primer lugar hay que abandonar aquellas medidas políticas que han demostrado aumentar las desigualdades en salud, como las que limitan el ámbito de las necesidades básicas relacionadas con la salud a cubrir por la provisión pública o las que resultan de su mercantilización (47).

“Porno de la pobreza”, paternalismo y cinismo: A veces hay una diferencia increíble entre cómo hablan las

organizaciones internacionales para el desarrollo con sus “socios” locales y cómo “venden” su trabajo a su público doméstico y a sus potenciales donantes. En un paradigma paternalista, la organización se apoya casi exclusivamente en los poderosos donantes. Con la pretensión de que en ellas puede estar la diferencia, las organizaciones de desarrollo “utilizan la escala de su ambición para atraer el apoyo público, mientras mantienen activamente su ceguera respecto a su incapacidad para llegar a sus objetivos establecidos. Esta tendencia es, en el mejor de los casos, equivocada y contraproducente y, en el peor, cínica y deshonestá” (48).

Intereses propios y estrechez mental institucional: La cooperación para el desarrollo se lleva a cabo por personas e instituciones con una historia, marco institucional y enfoque particulares. Pero la cooperación al desarrollo no puede actuar con eficacia si cada socio piensa en sí mismo en términos aislados. En muchas organizaciones no se evidencia ni aprendizaje institucional ni cambios en sus posicionamientos.

El negocio de (y) la ayuda: Algunas agencias de ayuda se han convertido en gigantes económicos, de manera que podrían llamarse empresas. Pero también en organizaciones más pequeñas que actúan “profesionalmente”, con considerables presupuestos y número de trabajadores en su equipo, se ha convertido en un fin en sí mismo mantener y promover la organización, limitando su elección de estrategias y la libertad de actuar políticamente. Necesitan obtener dinero y socios allá donde sea posible.

Legitimidad de las ONGs internacionales y de la sociedad civil: La sociedad civil ha contribuido a mejorar la responsabilidad, transparencia y efectividad de los actores de la cooperación para la salud así como de las iniciativas para la salud global como el Fondo Global. Es por ello importante que contribuya al desarrollo de la nueva Alianza 2030 para la cobertura sanitaria universal. No obstante, hay déficits concretos en su funcionamiento.

“Las intervenciones de las Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC) en materia de gobernanza global (para la salud) han tendido, en muchas ocasiones, a reforzar las jerarquías arbitrarias de poder de la política mundial y a legitimar, en vez de cuestionar, acuerdos de gobernabilidad global que podrían ser claramente erróneos (49). Las OSC de países empobrecidos, las clases sociales más bajas, los pueblos indígenas y los grupos marginales han sido, en gran medida, excluidos del intercambio. En su lugar, el campo de las consultas sobre gobernanza mundial, en general, ha sido ocupado de forma desproporcionada por OSC con base en el Norte Global, ciudades metropolitanas y clases profesionales”(50).

2.4. Métodos y prácticas

Lo que se ha dicho hasta aquí es también pertinente en relación a métodos y prácticas concretos. Los programas y proyectos de cooperación al desarrollo se critican a menudo, y a menudo con razón, como sigue:

Estrategia vertical, no integrada: El problema de los enfoques verticales es evidente en el sector salud. Una de las críticas principales de los ODM era que promovían intervenciones sanitarias verticales, centradas en la enfermedad (lucha contra el VIH/SIDA, promoción de salud materno-infantil, etc.), olvidando que es necesaria la existencia de un sistema de salud básico que funcione para que dichas intervenciones sean sostenibles. Las intervenciones verticales tienen el potencial de desviar la atención de las causas sistémicas, debilitando aún más los sistemas de salud existentes (51).

Falta de coordinación: la cooperación al desarrollo causa problemas cuando no hay suficiente coordinación. Podemos mencionar, por ejemplo, una historia de Kenia donde fueron proporcionadas 18 diferentes tipos de bombas de agua por otros tantos donantes diferentes. Cada tipo requería contar con un manual propio de instrucciones y un conjunto específico de piezas de repuesto (52).

Responsabilidad unidireccional: La rendición de cuentas se ha convertido, con razón, en un tema central del diálogo acerca de la elaboración e implementación de los ODS. Pero en el campo de la cooperación internacional, el asunto clave es ¿quién es responsable ante quién? Normalmente, las organizaciones de desarrollo devuelven información a su audiencia doméstica y a sus donantes, es decir, solo a aquellos de quienes esperan apoyos, cumpliendo así sus requerimientos de estar informados. Y los gobiernos

nacionales e instituciones locales remiten también la información a la entidad agente de desarrollo. Es mucho menos frecuente ser responsable ante el “propietario (*receptor*)” de la cooperación, o sea ante el país en desarrollo y ante los “beneficiarios” (53).

Por último, **responsabilidad hacia abajo** significa definir el impacto de manera que se ponga la percepción del pueblo y de las comunidades en el centro del escenario (54).

La rendición de cuentas también requiere un acuerdo acerca de cómo medir el impacto y las herramientas para hacerlo.

Basarse en la evidencia: La llamada para la “**cooperación basada en la evidencia**” ha sido muy notoria los últimos años. También la Red de MMI ha promovido la cooperación de salud basada en la evidencia en sus documentos y eventos (55). De hecho, “conocer y demostrar la eficacia de los esfuerzos en mejorar las vidas de aquellos que viven en la pobreza, es una parte esencial en la práctica del desarrollo internacional. Pero, ¿quién decide cuál es la evidencia buena o creíble? ¿Puede el afán de medir resultados promover y hacer justicia a unos cambios que sean transformadores – unos cambios que desafíen las relaciones de poder que inducen y reproducen la desigualdad, la injusticia y el incumplimiento de los derechos humanos? (56). La evidencia y los hechos científicos se elaboran socialmente hasta cierto punto. Los paradigmas conceptuales de los Objetivos de Desarrollo Sostenible y de la Justicia Social podrían ser distintos, así como la teoría relacionada con ellos, y la evidencia científica podría ser inconmensurable (57).

Preguntas para reflexionar (II)

- a) ¿Quién es el “propietario” de vuestra institución y de sus programas en cooperación internacional en salud? ¿Quién define las políticas y las estrategias de vuestra institución? ¿Ante quién es responsable vuestra institución?
- b) ¿Informa vuestra institución de vuestro trabajo a los beneficiarios e instituciones socias en los países en desarrollo? Si es que sí, ¿les explicáis quiénes sois y lo que hacéis del mismo modo que informáis a vuestros propietarios y donantes? Si es que no, ¿por qué? ¿Compartiríais el material destinado a la recaudación de fondos con la gente e instituciones para quienes trabajáis, sin sentirnos molestos?
- c) ¿Aceptaríais que vuestra institución fuera etiquetada como “una empresa”? ¿Cómo manejas el dilema entre hacer “las cosas correctas” y la sostenibilidad económica de tu institución? ¿Hay un enfoque de “negocio” y “marketing” en vuestra definición de políticas y programas?
- d) “Vuestro trabajo salva vidas pero también contribuye a estabilizar un sistema totalmente injusto y destructivo de “comercio y desarrollo”. ¿Cuál es la respuesta institucional formal ante esta desafiante cuestión? ¿Estáis conformes con ella?
- e) ¿Ha sido vuestra organización, su estrategia general y sus prácticas criticadas públicamente? ¿Cómo reaccionasteis? ¿Seguís conformes con esa reacción, o sería ahora distinta? ¿Qué habéis aprendido de ello? ¿Qué cambiaríais?
- f) Os consideraríais una “organización que aprende”? En caso positivo, ¿cuáles son vuestros instrumentos y estructuras y quién se ocupa del aprendizaje institucional?
- g) Consideráis que el trabajo de vuestra organización se “basa en la evidencia”? En caso afirmativo ¿a qué evidencia os referís, por qué, cómo se genera y se replantea?

3. LA COOPERACIÓN AL DESARROLLO EN TIEMPOS DE LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE: ¡VAMOS MÁS ALLÁ DE LA AYUDA!

En una agenda de carácter holístico y universal sobre desarrollo sostenible, tal como se expresa en Agenda 2030 de NNUU, no hay un espacio reservado para distinguir entre “nosotros” y “ellos” o entre “donantes” y “receptores” de ayuda. En este sentido y retomando las críticas a la cooperación para el desarrollo expuestas más arriba, invitamos a tratar una cuestión difícil: ¿Es el momento de acabar con la cooperación al desarrollo para la salud? De no ser así, ¿qué se necesitaría para mejorar su relevancia y credibilidad?

3.1. ODS: De acuerdo con los objetivos pero ¿cómo lograrlos?

En la Agenda 2030 de NNUU, el logro del desarrollo sostenible se presenta como una responsabilidad compartida entre todos los países aunque “respetando el espacio político de cada país y su liderazgo para establecer e implementar políticas destinadas al desarrollo sostenible y a erradicar la pobreza (58). Para conseguirlo se requiere una movilización política mundial y nacional.

La creación de una “asociación mundial para el desarrollo sostenible” (ODS 17) se ha convertido en el nuevo paradigma de liderazgo (59). Esto quedó claramente expresado por un participante de la Organización de la Sociedad Civil (SCO) durante una reciente consulta sobre la constitución de la “Cobertura Universal de Salud 2030”. Entonces dijo: la CUS es una manera totalmente revolucionaria de pensar sobre la salud en los países en desarrollo.

Es un cambio real desde los ODM, focalizados en metas concretas y ayudas específicas de los donantes, a un mundo en el que hablamos del derecho a la salud y de la responsabilidad de los gobiernos de garantizar este derecho a su ciudadanía. Realmente espero que CUS 2030 consiga unirnos a todos en lo más importante, es decir, en la creación de un movimiento político en cada país, y en todo el mundo, para alcanzar la cobertura universal de salud” (60).

Si volvemos a fijarnos en la “lista de tareas pendientes” de Jesse Bump correspondiente a la economía política global de CUS (ver arriba, 1.5), no es sorprendente que la “cooperación al desarrollo” no aparezca citada como una de dichas tareas. En una visión optimista de los ODS, el cambio requerido para lograr salud para todos es el resultado de una asociación “multisectorial” o “de muchas partes interesadas” a niveles nacional y mundial. Desde un punto de vista más crítico, el cambio tendrá lugar - o no - como resultado de una pugna social y políticamente transformadora. Sin embargo, el objetivo 17 de los ODS aún se refiere al “apoyo internacional a los países en desarrollo” para “poner en marcha en su totalidad los compromisos oficiales de ayuda al desarrollo” y a otros elementos de la agenda de ayuda clásica tales como soporte financiero, transferencia de tecnología y fomento de capacitación. El paradigma ODS, por tanto, no da una clara respuesta a la cuestión de cómo ir “más allá de la ayuda, tal como la conocemos”, con el objetivo de recolocar críticamente la cooperación al desarrollo y promover mayor equidad.

3.2 Ir más allá de la ayuda con la cooperación.

“Hay un poco más de conciencia de que los pobres son más propensos a salvarse a sí mismos que a ser salvados por expertos varones blancos de mediana edad” (Easterly) (61)

“La pobreza no es una condición natural. Es un estado posterior a un saqueo. Es delirante que se siga creyendo que la caridad y la ayuda son soluciones significativas para este tipo de problemas” (Hickel) (62)

“Aun estando la Red de MMI enraizada en la cooperación internacional de salud y en la ayuda para la salud, somos conscientes de que la solución para el futuro no puede ser la caridad sino la justicia” (63)

De acuerdo con Jason Hickel, la “empresa de ayuda” es bien consciente de las críticas que recibe. Pero en vez de cambiar su estrategia de desarrollo, lo que cambia es justamente su lenguaje: “Al final, el actual paradigma de la ayuda permanece intocable y los verdaderos problemas siguen sin ser abordados. La estrategia es como sigue: habla de los pobres como 'iguales' que comparten nuestros mismos valores; pon el acento en que desarrollo es asociación; deja de elegir a gente rica y celebridades como salvadores de los pobres y, ante todo, da vueltas a la idea de “autosuficiencia” e “independencia”, prestando especial

atención a empoderar mujeres y chicas. A los occidentales progresistas les encantan estas cosas”.

La conclusión de Hickel es obvia: Detén la ayuda, promueve la justicia y enfréntate a las verdaderas causas políticas y sociales de la pobreza y la desigualdad.

Si no se puede arreglar la “ayuda”, deberíamos entonces dejarla desaparecer como Michael Edwards dice en su artículo reciente *¿Qué hacer con Oxfam?* “Al igual que Naciones Unidas, las ONG han llegado a ser una confortable pieza del mobiliario de la ayuda exterior diseñada en los años cincuenta, de manera que nadie puede sorprenderse de que ahora parezca un poco pasada de moda. Pero nadie se deshace de ese viejo sillón del rincón del cuarto de estar solo porque la tapicería esté deshilachada en los bordes. Sin embargo, con el tiempo acabarás librándote de él” (Edwards) (64).

Para ser claros, nosotros no promovemos el cese de la cooperación para la salud sino llevarla más allá superando la caridad y la ayuda. Las siguientes secciones de nuestro documento explorarán cómo y por qué los actores del desarrollo y, en particular las ONG y la sociedad civil, podrían contribuir a crear un nuevo paradigma y deberían desplazarse hacia él.

Distintos autores han argüido que las organizaciones de la sociedad civil pueden llegar a ser catalizadores que garanticen la salud en la agenda de desarrollo sostenible, siempre que cumplan ocho funciones esenciales de salud global: “Estas incluyen la producción de argumentos morales convincentes para la acción, la construcción de coaliciones más allá del sector salud, la introducción de alternativas políticas innovadoras, el aumento de credibilidad de las iniciativas e instituciones de salud global, el fortalecimiento de los sistemas de salud, la mejora de los sistemas de rendición de cuentas, atenuar los aspectos comerciales de los determinantes de la salud y garantizar enfoques basados en los derechos. Dado que el activismo de la sociedad civil ha catalizado tremendos progresos en la salud mundial, es necesario invertir y apoyarla como un bien público global si queremos asegurar que la Agenda 2030 se cumpla” (65).

3.3 De desarrollar sistemas a redistribuir recursos

Sin entrar en muchos detalles, ha habido muchas discusiones sobre cómo actuar para trascender la ayuda (66). En esta sección nos gustaría resaltar una propuesta (reciente) que merece mayor desarrollo y diálogo. Es básicamente la idea de transformar la AOD en *Finanzas Internacionales para el Desarrollo Humano Sostenible y la Seguridad Social* (67).

En un artículo reciente se ha hecho lo mismo para transformar la cooperación al desarrollo en cooperación internacional sobre derechos y redistribución. Tal sistema de cooperación internacional debería estar basado en tres pilares. El primero consistiría en un mecanismo bilateral redistributivo de transferencias financieras a fin de promover políticas sociales de salud entre sociedades más ricas y más pobres, empezando por la organización de un sistema integrado de seguridad social no sólo en Europa, sino también a nivel global, mediante, por ejemplo, un organismo coordinado de NU u otra institución mandataria. En segundo lugar, habría que crear un fondo multilateral global para la salud, que cubra las necesidades básicas a nivel mundial en coherencia con otros mecanismos mundiales de protección social y con la idea de que dicho fondo podría ser financiado parcialmente por un organismo de fiscalidad internacional, no recayendo (solo) por tanto sobre la Ayuda Oficial al Desarrollo como ahora. El tercer pilar consistiría en interconectar a las organizaciones de la sociedad civil que trabajan sobre cuestiones universales, como equidad en salud y derechos humanos, de los países y grupos de altos, medios y bajos ingresos, a fin de que ejercieran presión y ofrecieran soluciones para cumplir con la atención sanitaria universal (68).

Estos grupos de la sociedad civil y de movimientos populares no sólo deberían trabajar en la puesta en marcha y hacer activismo de políticas sociales, sino también ligarían con aquellos otros grupos de la sociedad civil que se basen en el principio “lo primero, no perjudicar”, tal como sucede en el campo de políticas económicas (austeridad), regímenes comerciales injustos y cambio climático. Se trata de una estrategia de red, de interconexión, basada en valores mutuos, que respeta la pluralidad y con la creencia de que los desafíos en materia de salud consiguen poner en contacto a las sociedades de distintos países. Se requerirán ONG internacionales que trabajen no solo en países de ingresos medios y bajos (LMICs: lower

middle income countries) con contrapartes merecedoras de confianza, sino que también tengan una profunda y sincera conexión con los movimientos por la justicia social en su propio país y región.

3.4. Mejorar la credibilidad de los insumos

En un mundo cada vez más interdependiente, la necesidad de más acciones colectivas ha aumentado drásticamente. La gama de bienes públicos se ha ampliado y ahora aparecen en esta categoría el desarrollo sostenible, el crecimiento y la salud. Han ido apareciendo nuevas formas de cooperación que incluyen como actores a gobiernos, organizaciones internacionales, organizaciones no gubernamentales (ONG), sector empresarial e incluso a personas (poderosas) en calidad de protagonistas. La mayor parte de estas colaboraciones caen bajo el generoso título de “gobernanza transnacional” o “gobernanza multisectorial”, un concepto de carácter global que abarca múltiples formas de innovación institucional y, a menudo, maneras informales de abordar problemas y retos transfronterizos. Puesto que la gobernanza multisectorial va más allá de los estados y de los tratados formales, se plantea el problema de la calidad democrática de los procedimientos de toma de decisiones y, por tanto, también el de la legitimidad de los resultados de estas políticas.

Como reacción ante las fuertes críticas, la mayoría de agencias de ayuda bilateral han invertido mucho en el desarrollo de principios para mejorar la cooperación al desarrollo y su gobernanza. Se necesitarán mejoras a diferentes niveles. Nosotros proponemos un enfoque global centrado en la legitimación democrática en la cooperación internacional (69), también en el sector salud, que se puede analizar a través de cinco prismas (70,71):

1. Eficacia
2. Rendición de cuentas
3. Transparencia
4. Deliberación
5. Representación

Rendición de cuentas, transparencia y eficacia se abordan en el próximo capítulo de este documento sobre cooperación efectiva en salud. El tratamiento de estos elementos de legitimidad de los resultados, se ha convertido, en general, en parte de la principal línea del debate sobre cómo progresar en la cooperación al desarrollo en la era del Desarrollo Sostenible.

Lo que suele olvidarse en la cooperación internacional en salud es lo concerniente a la legitimidad de las contribuciones. Analizar los prismas de deliberación y representación y como mejorarlos no es fácil. Requiere por nuestra parte el planteamiento de cuestiones casi existenciales así como una reflexión profunda sobre nuestro papel como actores de la cooperación en salud, poner en cuestión nuestra misión, a quién representamos en nuestro trabajo y la gobernanza de los organismos globales de salud. Es una tarea difícil pero verdaderamente necesaria al ir la cooperación internacional más allá de la ayuda y haber mucho más interés (público) en el poder, valores (sistemas de creencias) e intereses de las organizaciones.

“Deliberación” se refiere a las plataformas, foros y espacios donde se discuten las prácticas, los valores, las preocupaciones en relación con el desarrollo sanitario y la cooperación. ¿Cómo pueden organizarse tales plataformas de manera abierta, transparente? ¿Cómo gestionar las distintas posiciones? ¿Cuál es el mecanismo interno para consultar y retroalimentarse?

Aunque hay a todos los niveles numerosas reuniones profesionales, discusiones de grupo focal con “grupos objetivo” e incluso espacios para el compromiso con actores no-estatales, resulta que todo ello está “corrompido” por desequilibrios inherentes al poder y dependencias (financieras) de las entidades involucradas (72).

Todavía no existe un verdadero foro participativo sobre el desarrollo de la salud a nivel global, a pesar de todos los grandes eventos sobre una serie de temas de salud y a pesar de los llamados 'foros de múltiples interesados' como la Cumbre Mundial de Salud (73). La propuesta hecha en 2011 de organizar un Foro Mundial de Salud en coherencia con la Asamblea Mundial de la Salud no fue aprobada por los estados miembros de la OMS. La Asamblea Popular de la Salud, organizada a través del Movimiento para la Salud

del Pueblo, se celebra cada cinco años y en ella participan organizaciones y redes de la sociedad civil, movimientos sociales, académicos y otras partes interesadas de todo el mundo (74) A pesar de que prometía mucho, le ha faltado apoyo financiero estructural y personal, así como la participación de los políticos más poderosos y los gobiernos más activos en salud mundial.

Por tanto, en primer lugar, es necesario ejercer presión sobre los actores de salud global para democratizar sus prácticas (75,76) y, en segundo lugar, poner en marcha foros de salud global democráticos y bien regulados a fin de fomentar el diálogo sobre la manera de promover el desarrollo y la cooperación sanitaria a nivel mundial. Hay buenos ejemplos a imitar a niveles nacional y regional, como los foros de salud participativa en El Salvador, Brasil, y Tailandia, pero se observa a este respecto una limitada innovación a nivel mundial (77).

La alianza CUS 2030, podría desempeñar un papel en este asunto pero debería ir más allá de sus reuniones exclusivas de “club”, como ocurrió durante la consulta mundial celebrada en Ginebra en junio de 2016. Otros espacios globales de cooperación para el desarrollo donde podría discutirse la gobernanza de la salud incluyen la Asociación de Organizaciones de la Sociedad Civil para la Eficacia del Desarrollo (78) y el Foro de Cooperación para el Desarrollo del Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas (79).

Fortalecer plataformas deliberativas en el seno de la cooperación de salud significaría dar un giro y alejarse del intervencionismo y la prestación directa de servicios e irse dirigiendo hacia comunidades más abiertas de aprendizaje y autorreflexión, una actividad que merece la debida atención en la agenda universal de desarrollo sostenible.

“Representación” se refiere a los mecanismos existentes en el interior de la propia entidad actora, tales como la delegación, el intercambio de información, el voto, la responsabilidad interna, la participación de los ciudadanos, los grupos destinatarios, la distribución geográfica, etc. Como expone Health Poverty Action, hay un tema de poder interno que requiere estar controlado y a menudo no lo está (80).

Este punto es el más controvertido, sobre todo para las ONG internacionales como parte de la “sociedad civil”. En vez de implementar proyectos subvencionados, ¿podrían las ONG ser “canoas” en lugar de “superpetroleros”? ¿construir puentes entre distintos lugares y grupos de personas y centrarse en incorporar valores de igualdad, sostenibilidad y derechos dentro de sistemas más amplios? (81).

Hay un poco de todo, pero, en general, se observan “fuertes tendencias hacia un dominio no democrático del Norte Global, de las élites profesionales de la sociedad civil implicadas en las iniciativas globales (como la alianza USC 2030) y de las agencias reguladoras (82).

“El compromiso de la sociedad civil ha puesto de manifiesto y reforzado ampliamente las jerarquías de clase que, con carácter hegemónico, favorecen ajustes reformistas en las estructuras globales en vez de constituirse ella misma en una fuerza transformadora, anti-hegemónica”(83).

Preguntas para reflexionar (III)

- a) ¿Cuál de las siguientes afirmaciones suscribiríais?: (a) “Estamos ante el final de la ayuda”. (b) “Necesitamos ir más allá de la ayuda”.

Por favor, dadnos vuestros propios puntos de vista sobre *si* o *cómo* la “ayuda” o la cooperación al desarrollo deben cambiar a fin de mejorar su credibilidad.

- b) ¿Alguna vez vuestra organización ha pensado en cerrar a consecuencia, no de una crisis económica, sino de una evaluación general crítica de su misión? En caso afirmativo ¿qué os hizo cambiar de opinión?
- c) ¿Compartís la afirmación de que carecemos de plataformas, foros y espacios donde puedan ser discutidos, de manera abierta y transparente, valores, prácticas y problemas en relación con el desarrollo y la cooperación en salud?

- d) Si vuestra organización está involucrada en plataformas y foros temáticos, regionales o globales, sobre desarrollo y cooperación en salud: ¿están las personas adecuadas sentadas alrededor de la mesa de discusión? ¿Cómo podemos redefinir y mejorar el debate?
- e) ¿Cómo evaluaríais la calidad de “representación” de los mecanismos internos de vuestra organización en intercambio de información, sistemas de votación, rendición interna de cuentas, participación ciudadana, grupos destinatarios, distribución geográfica, etc.?
- f) ¿Hemos olvidado hacer alguna pregunta?

4. COOPERACIÓN EFICAZ EN SALUD

En esta sección discutimos cómo puede la cooperación internacional en salud alcanzar mayor aceptación de sus resultados, en el sentido general de mejorar su efectividad. Nos referimos a los principios generales de la eficacia de la ayuda y discutimos su aplicación al sector de la cooperación en salud. Admitiendo las limitaciones de la cooperación internacional al desarrollo y sus grandes problemas con la legitimidad de sus aportaciones y de su manera de actuar, asumimos que importa el “cómo” (84) y os invitamos a reflexionar sobre cómo “hacerlo mejor”.

4.1 Principios de eficacia de la ayuda.

“Una de las cosas más frustrantes que he padecido en mi trayectoria profesional en el desarrollo es que cualquier discusión debe conducir inmediatamente a responder la pregunta ¿Qué debemos hacer? (William Easterly) (85)

“¿Se trabaja para transformar el sector desde dentro o estamos legitimando algo que fundamentalmente es una parte del problema?” (86)

Los principios de “eficacia de la ayuda” quedan definidos en la Declaración de París de la OCDE sobre Eficacia de la ayuda al Desarrollo (2015) y en la Agenda de Acción de Accra de 2008 (87) seguidas por la Alianza de Busán para la Cooperación Eficaz al Desarrollo (2010) (88). La Declaración de París fue respaldada por más de 100 países “donantes” y “socios”, con el fin de “fundamentar los esfuerzos de desarrollo en la experiencia directa, respecto a qué funciona y qué no funciona con la ayuda”, y se formuló alrededor de cinco pilares básicos:

- ✓ Apropiación
- ✓ Alineación
- ✓ Armonización
- ✓ Gestión orientada a resultados
- ✓ Responsabilidad mutua

El documento de Busán destaca específicamente un conjunto de principios comunes para todos los actores del desarrollo, que son fundamentales para hacer efectiva la cooperación al desarrollo.

- Apropiación de las prioridades de desarrollo por los países en desarrollo: los países deben definir el modelo de desarrollo que deseen implementar.
- Un enfoque sobre los resultados: Conseguir un impacto sostenible debe estar detrás de cada inversión y de los esfuerzos en la formulación de políticas de desarrollo.
- Asociaciones para el desarrollo: El desarrollo depende de la participación de todos los actores y reconoce la diversidad y complementariedad de sus funciones.
- Transparencia y responsabilidad compartida: la cooperación al desarrollo debe ser transparente y responsable ante todos los ciudadanos.

“Doing Development Differently” (DDD), “Haciendo un desarrollo diferente” fue el tema de un taller en la Universidad de Harvard en 2014 que quedó reflejado en el “Manifiesto DDD” (89) y que establece: “Muchas iniciativas de desarrollo fallan al no abordar la complejidad real y promover intervenciones irrelevantes que tendrán pequeño impacto. Algunas iniciativas de desarrollo, sin embargo, sí que obtienen buenos resultados. Algunas son impulsadas a nivel doméstico mientras que otras cuentan con impulso de la cooperación exterior. Generalmente intervienen muchos actores (gobiernos, sociedad civil, agencias internacionales y sector privado) que, a pesar de la fuerte resistencia, trabajan juntos para sacar adelante avances reales en situaciones complejas. En la práctica, las iniciativas exitosas presentan principios comunes:

- Se centran en resolver problemas locales que son debatidos, definidos y perfilados por la población local en un proceso continuo.
- Están legitimadas a todos los niveles (político, gerencial y social) y mantienen la titularidad y el empuje a lo largo del proceso siendo de “propiedad local” no sólo sobre el papel, sino también en la realidad.
- Trabajan a través de coordinadores locales que movilizan a todos aquellos que desean participar en el proceso (mediante coaliciones y equipos formales e informales) para abordar problemas comunes e introducir cambios relevantes.
- Combinan diseño e implementación mediante ciclos cortos de planificación, acción, reflexión y revisión (aprovechando los conocimientos locales, la retroalimentación y la energía) para fomentar el aprendizaje tanto a partir de los éxitos como de los fracasos.
- Gestionan riesgos mediante “pequeñas apuestas” a favor de unas actividades y en contra de otras.
- Provocan resultados reales: soluciones reales para problemas reales que tienen un impacto real: “construyen confianza, empoderan a las personas y promueven sostenibilidad”.

Un grupo de “pensadores y hacedores” ha profundizado en el Manifiesto DDD y lo ha tenido en cuenta como ejemplo para “Pensar y Trabajar Políticamente” (“Thinking and Working Politically” - TWP) en cooperación al desarrollo (90). De acuerdo con los autores, las agendas TWP y DDD están impulsadas y guiadas por tres principios básicos:

- ✓ **Análisis** político, de conocimiento y de comprensión profundo
- ✓ Evaluación detallada y respuesta al **contexto** local y
- ✓ Flexibilidad y adaptación en el **diseño** e implementación del programa

“Pensar y Trabajar Políticamente” es un enfoque para mejorar la puesta en marcha de cualquier programa de ayuda que implique reforma y cambios de comportamiento – es tan útil para mejorar el suministro de servicios sanitarios o las reformas de la política económica, como iniciativa anticorrupción. “Pensar y Trabajar Políticamente” elimina la ingenuidad de las relaciones institucionales al entender que el cambio tiene lugar como resultado de decisiones que invariablemente tienen una dimensión política (91).

4.2. Eficacia de la ayuda en el sector salud

La *International Health Partnership* (92), una plataforma fundada y mantenida conjuntamente por la OMS y el Banco Mundial, conocida como **IHP+** y actualmente transformada en “*International Health Partnership for UHC 2030*”, se creó en 2007 “para obtener mejores resultados al poner en práctica los principios de París sobre la eficacia de la ayuda en el sector salud. Esto se basaba en el supuesto de que la ayuda efectiva (alineada con las prioridades del país, transparente y predecible, utilizando los sistemas del país y basada en los resultados) conduciría a mejores resultados de salud y mejor desarrollo” (93). Para lograr una cooperación efectiva en salud, IHP+ promueve “siete comportamientos”:

1. Acuerdo sobre las prioridades reflejadas en una única estrategia nacional de salud y apoyo a las estrategias subsectoriales, mediante un proceso de desarrollo inclusivo y evaluación conjunta así como una reducción de las actuaciones individuales.
2. Aportaciones alineadas con las prioridades nacionales e incluidas en los presupuestos
3. Sistemas de gestión financiera armonizados o en curso y sistemas nacionales fortalecidos y en uso
4. Armonización y alineamiento de los sistemas de compras/abastecimiento; eliminación gradual de sistemas paralelos; fortalecimiento y utilización de los sistemas nacionales teniendo en cuenta la mejor relación coste/calidad; la apropiación nacional puede incluir beneficiarse de un centro mundial de adquisiciones.

5. La monitorización conjunta del proceso y los resultados, exige una plataforma de información y rendición de cuentas que lleve a cabo revisiones anuales conjuntas y que defina las intervenciones que han de ser puestas en marcha y que, por tanto, refuerzan la confianza mutua.
6. Oportunidades de aprendizaje sistemático entre los países desarrollados y los apoyados por las entidades (cooperación sur-sur o triangular)
7. Prestación de soporte técnico estratégicamente planificado y bien coordinado.

Obviamente esto constituye una estrategia fuertemente “inter-nacional”, centrada en los países que funcionan bien como actores principales. Con el fin de promover y evaluar la implementación de estos comportamientos, **IPH+** utiliza informes de rendimiento global y tarjetas de puntuación asociadas.

En el ámbito de las ONG, su “Código de conducta para fortalecimiento de los sistemas de salud” (94) plantea la tarea como sigue:

- I. Las ONG participarán en prácticas de contratación que aseguren la sostenibilidad del sistema de salud a largo plazo.
- II. Las ONG adoptarán prácticas de remuneración de sus empleados que fortalezcan el sector público
- III. Las ONG se comprometen a crear y mantener una capacitación de recursos humanos y un apoyo a los sistemas adecuados para los países en los que trabajan
- IV. Las ONG minimizarán las cargas de su gestión ante los Ministerios de Salud.
- V. Las ONG apoyarán a los Ministerios de Salud en sus compromisos con las comunidades.
- VI. Las ONG abogarán por políticas que promuevan y apoyen al sector público.

Hay más “listas de control” formales e informales así como referencias para una buena o efectiva cooperación en salud, y sería útil disponer de una colección más completa como referencia para nuestro trabajo relacionado con el tema.

Preguntas para reflexionar (IV)

- a) ¿(Cómo) Se reflejan en los documentos políticos y prácticas de vuestra organización los cinco principios de “eficacia de la ayuda”: apropiación, alineación, armonización, gestión por resultados y rendición de cuentas?
- b) ¿Cómo y dónde se define y mide la eficacia del trabajo de vuestra organización?
- c) ¿Alguna vez, en nombre de vuestra organización, os habéis cuestionado, y respondido, los “siete comportamientos” promovidos por el **IPH+**? (Tratad de hacerlo. Contestad cada pregunta con un simple “sí”, “no” o “no sé”. Si hay muchos “no” o “no sé” preguntaros qué puede estar mal y cómo cambiarlo. Pedid a otros representantes de vuestra organización que hagan lo mismo. Comparad. Empezad a hablar. Empezad a actuar.)

5. ¿QUÉ ES LO SIGUIENTE?

Como se ha indicado al inicio, nuestro documento de discusión intenta ser inspirador y normativo (en el sentido 'blando' del término, teniendo en cuenta que MMI es una Red horizontal cuyos miembros mantienen total independencia). La RMMI quiere proporcionar a los miembros de su grupo de trabajo sobre Cooperación Efectiva en Salud (CES), así como a otros miembros y socios interesados, una justificación para su compromiso en este campo, tanto a nivel global (políticas, instituciones, gobernabilidad) como en sus programas concretos de cooperación en salud.

En este sentido...

- Debemos admitir las limitaciones y desafíos de la cooperación en salud, pero no tengamos prisa para suprimirla. La cooperación en salud tiene todavía un papel que jugar;
- No debemos permitir ni “lo de siempre” (lo habitual) ni una aproximación al “marketing estratégico” para el posterior desarrollo de nuestro trabajo, estrategia e instrumentos;
- Debemos invertir en formación y en la mejora de nuestros métodos de análisis, política y enfoques, así como en nuestras habilidades técnicas, con el fin de contribuir de forma más efectiva, sostenible y apropiada a reforzar unas políticas y sistemas de salud nacionales centrados en las personas.

Esperamos contribuir a que se produzca un cambio de paradigma, si es que aún no se ha producido, en la cooperación sanitaria, desde el intervencionismo hacia la reflexión autocrítica y, sobre todo, esperamos contribuir a que se establezca un diálogo vivo entre todos los involucrados e interesados en la cooperación sanitaria. Este diálogo, y la creación de espacios para dirigir el cambio de manera franca y honesta, son todavía muy necesarios.

En su Estrategia de Red 2016-20, MMI declara: “En el ámbito de la salud internacional hay ya un gran número de comunidades temáticas. Sin embargo, faltan aún plataformas en las que los actores de la cooperación en salud puedan reflexionar de manera crítica sobre sus propias prácticas y estrategias, compartir información y experiencias, aprender unos de otros y tener la oportunidad de desarrollar sus habilidades y prácticas institucionales y personales. Aquí es donde la RMMI invertirá en el desarrollo de otros servicios centrando la atención en políticas e instrumentos para la cooperación internacional en salud.

Para la ulterior planificación y ejecución de actividades concretas en este ámbito, la RMMI lanzó en mayo de 2016 un grupo de trabajo sobre cooperación eficaz en salud (MMI EHC) ⁽⁹⁵⁾. Únete a nosotros, si lo deseas. Salud.

REFERENCIAS (95)

- 1 MMI (2016). *Strategic field of work 1: "We promote knowledge sharing and mutual learning between actors in international health cooperation"*. In: MMI Network Strategy 2016-20. <http://www.medicusmundi.org/network-programs> (Accessed 05.09.2016)
- 2 MMI (2013). *Discussion paper: Universal Health Coverage*. <http://www.medicusmundi.org/contributions/news/2013/mmi-uhc-discussion-paper/uhc-mmi-discussion-paper-august-2013.pdf> (Accessed 05.09.2016)
- 3 WHO. *What is universal coverage?* http://www.who.int/health_financing/universal_coverage_definition/en/ (Accessed 05.09.2016)
- See also: MMI. *Thematic guide: Universal Health Coverage*. www.bit.ly/mmi-uhc (Accessed 05.09.2016)
- 4 Kutzin J. (2013). *Health financing for universal coverage and health system performance: concepts and implications for policy*. Bulletin of the World Health Organization, 91(8), 602-611. <http://www.scielosp.org/pdf/bwho/v91n8/0042-9686-bwho-91-08-602.pdf> (Accessed 03.10.2016)
- 5 UNDP (2015). *Sustainable Development Goals (SDGs)*. <http://www.undp.org/content/undp/en/home/sdgoverview/post-2015-development-agenda.html> (Accessed 05.09.2016)
- 6 Kieny, Marie-Paule (2016). *Universal health coverage: Unique challenges, bold solutions*. <https://www.devex.com/news/universal-health-coverage-unique-challenges-bold-solutions-88506> (Accessed 05.09.2016)
- 7 Sengupta, Amit (2013). *Universal health coverage: Beyond rhetoric. MSP Occasional Paper No. 20*. <http://www.municipalservicesproject.org/publication/universal-health-coverage-beyond-rhetoric> (Accessed 05.09.2016)
- 8 People's Health Movement (2000). *The People's Charter for Health*. <http://www.phmovement.org/en/resources/charters/peopleshealth> (Accessed 05.09.2016)
- 9 Gebauer, Thomas (2011). *Reclaiming Solidarity is fundamental for Health for All*. Equinet Newsletter 128. <http://www.equinet africa.org/newsletter/issue/2011-10-01> (Accessed 05.09.2016)
- 10 WHO. *What are social determinants of health?* http://www.who.int/social_determinants/sdh_definition/en/ (Accessed 05.09.2016)
- 11 WHO (2011) *Rio Political Declaration on Social Determinants of Health*. http://www.who.int/social_determinants/sdhconference/en/ (Accessed 05.09.2016)
- 12 "We cannot solve our problems with the same thinking we used when we created them." (Albert Einstein)
- 13 "The new agenda is a promise by leaders to all people everywhere. It is a universal, integrated and transformative vision for a better world. It is an agenda for people, to end poverty in all its forms. An agenda for the planet, our common home. An agenda for shared prosperity, peace and partnership. It conveys the urgency of climate action. It is rooted in gender equality and respect for the rights of all. Above all, it pledges to leave no one behind." UN General Secretary Ban Ky Moon (2016). <http://unstats.un.org/sdgs/report/2016/> (Accessed 05.09.2016)
- 14 People's Health Movement (2000). *The People's Charter for Health*. <http://www.phmovement.org/en/resources/charters/peopleshealth> (Accessed 05.09.2016)
- 15 UNDP (2015). *Sustainable Development Goals (SDGs)*. <http://www.undp.org/content/undp/en/home/sdgoverview/post-2015-development-agenda.html> (Accessed 05.09.2016)
- 16 UNSD (2016). *The Sustainable Development Goals Report 2016*. <http://unstats.un.org/sdgs/report/2016/> (Accessed 05.09.2016)
- See also: Labonté, Ronald (2016). *Health Promotion in an Age of Normative Equity and Rampant Inequality*. In: *International Journal of Health Policy and Management*. 5(10), p. 1-8. www.ijhpm.com/article_3243.html (Accessed 05.09.2016)
- 17 Easterly, William (2015). *The Trouble with the Sustainable Development Goals*. In: *Current History Magazine* 114(775). Philadelphia. www.currenthistory.com/Easterly_CurrentHistory.pdf (Accessed 05.09.2016)
- 18 WHO (2015). *Fact sheet No.323: Health and Human Rights*. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/en/> (Accessed 05.09.2016)
- 19 Sengupta, Amit (2013). *Universal health coverage: Beyond rhetoric*. In: *MSP Occasional Paper No. 20*. <http://www.municipalservicesproject.org/publication/universal-health-coverage-beyond-rhetoric> (Accessed 05.09.2016)
- 20 Read, for example: Sanders, D. /Legge, D. et al. (2015). *Social and political remedies needed for the Ebola tragedy*. In: *The Lancet* 386(9995), p. 738. <http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2815%2961534-3/fulltext?rss=yes> (Accessed 05.09.2016)
- Scoones, Ian (2014). *Ebola: Difficult Questions for Development*. The Huffington Post. http://www.huffingtonpost.co.uk/ian-scoones/ebola-international-development_b_5975608.html (Accessed 05.09.2016)
- AFP (2014). *IMF, World Bank policies may share blame in Ebola crisis*. Daily Mail. <http://www.dailymail.co.uk/wires/afp/article-2840334/IMF-World-Bank-policies-share-blame-Ebola-crisis.html> (Accessed 05.09.2016)
- Patel, M./ Philips, Christine P. (2015). *Health security and political and economic determinants of Ebola*. In: *The Lancet*

386(9995), p. 737–738.

<http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2815%2961533-1/fulltext?rss=yes> (Accessed 05.09.2016)

Richardson, Eugene et al. (2015). Biosocial approaches to the 2013-2015 Ebola pandemic. In: *Health and Human Rights Journal* 18(1). <http://www.hhrjournal.org/2015/12/biosocial-approaches-to-the-2013-2015-ebola-pandemic/?platform=hootsuite> (Accessed 05.09.2016)

²¹ “Systemic weaknesses in these countries’ health systems and services – including insufficient funding, an inadequate workforce, poor infrastructure, shortages of medicines and supplies and weak health information and disease surveillance systems – all contributed to the spread of Ebola and undermined efforts to respond. Part of this failure must be laid at the door of international donors and their implementing partners.” DuBois, M./ Wake, C. et al. (2015). *ODI working and discussion papers: The Ebola response in West Africa: exposing the politics and culture of international aid*. ODI. <https://www.odi.org/publications/9956-ebola-response-west-africa-exposing-politics-culture-international-aid> (Accessed 05.09.2016)

²² For the resilience debate, we refer to the editorial and to documents the editorial refers to: van de Pas, Remco (2015). *Beyond resilience*. MMI Network News, September 2015. <http://www.medicusmundi.org/mmi-network/documents/newsletter/201509>

²³ MMI. *Thematic guide: Ebola Voices (2014-2016)* <http://www.medicusmundi.org/topics/diseases/ebola> (Accessed 05.09.2016)

²⁴ WHO regional office for Europe. *The 10 essential Public Health Operations*. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/public-health-services/policy/the-10-essential-public-health-operations>. (Accessed 02.10.2016)

²⁵ WHO (2016). *Public Financing for Health in Africa: from Abuja to the SDGs*. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/249527/1/WHO-HIS-HGF-Tech.Report-16.2-eng.pdf?ua=1> (Accessed 05.09.2016)

²⁶ Soors, Werner et al. (2016). *Towards Universal Coverage in the majority world*. GIZ http://health.bmz.de/what_we_do/Universal-Health-Coverage/Towards_Universal_Coverage_in_the_majority_world/index.html (Accessed 05.09.2016)

²⁷ Ooms, Gorik (2016). *Herverdelingssamenwerking*. MO Paper 105 <http://www.mo.be/mopaper/herverdelingssamenwerking> (Accessed 05.09.2016)

²⁸ Lee, Kelly (2016). Business as usual: a lack of institutional innovation in global health governance: Comment on “Global health governance challenges 2016 – are we ready?” In: *Int J Health Policy Manag*. 5, p. 1–3. http://www.ijhpm.com/article_3258_d456ab04122a9fc1ae158180a34c44f5.pdf (Accessed 05.09.2016)

²⁹ Lee 2016

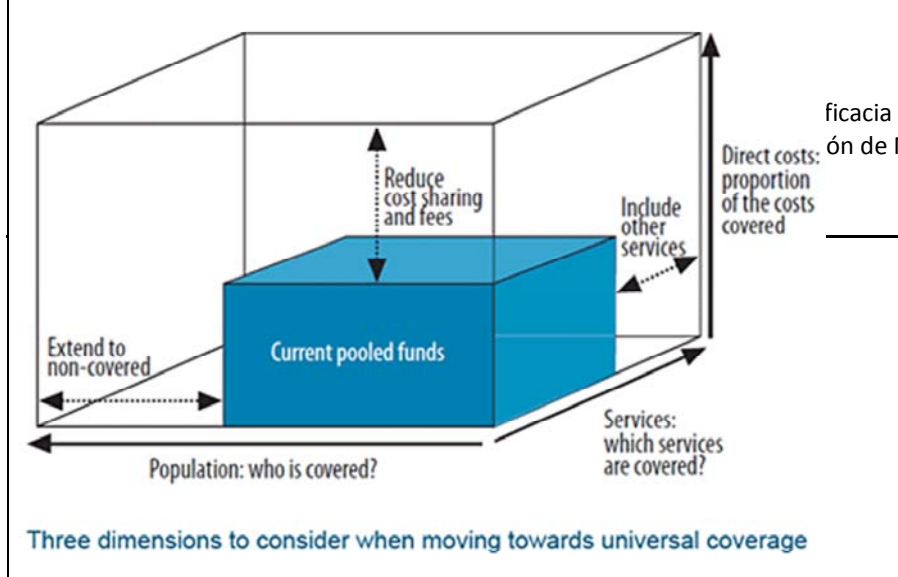
³⁰ Schrecker, Ted (2016). A New Gilded Age, and What It Means for Global Health; Comment on “Global Health Governance Challenges 2016 – Are We Ready?” In: *Int J Health Policy Manag* 5, p. 1–3 http://www.ijhpm.com/article_3259_901a2cddde5b5411ed18c68b17364d20.pdf (Accessed 05.09.2016)

³¹ See, for example, the many publications by Gorik Ooms, such as: Ooms, Gorik (2014). *Financing Global Health Through a Global Fund for Health?* <https://www.chathamhouse.org/publications/papers/view/197444#sthash.AK7TQ10r.dpuf> (Accessed 05.09.2016)

³² Pronk, Jan (2015). *Op zoek naar een nieuwe kaart. Verspreide aantekeningen over ontwikkeling en ontwikkelingssamenwerking*. p.199. LM Publishers. Volendam.

³³ MMI (2013). *Discussion paper: Universal Health Coverage*. <http://www.medicusmundi.org/contributions/news/2013/mmi-uhc-discussion-paper/uhc-mmi-discussion-paper-august-2013.pdf>, referring to: Labonte & Schrecker (2007). *Globalisation Knowledge Network: Towards Health - Equitable Globalisation. Rights, Regulation and Redistribution. Final report to the commission on social determinants of health*. p116-130 http://www.who.int/social_determinants/resources/gkn_report_06_2007.pdf (Accessed 05.09.2016)

³⁴ WHO. *Universal coverage - three dimensions*. http://www.who.int/health_financing/strategy/dimensions/en/ (Accessed 05.09.2016)



ficacia de su contribución para lograr el
 ón de MMI. Octubre de 2016.

³⁵Bump, Jesse (2016). *The political economy of UHC and leaving no one behind*. Presentation. [http://www.internationalhealthpartnership.net/fileadmin/uploads/ihp/Documents/About_IHP_/mgt_arrangemts_do_cs/UHC Alliance/Consultation_Day_one_presentations/1_UHC_2030_Bump_Slides.pdf](http://www.internationalhealthpartnership.net/fileadmin/uploads/ihp/Documents/About_IHP_/mgt_arrangemts_do_cs/UHC_Alliance/Consultation_Day_one_presentations/1_UHC_2030_Bump_Slides.pdf) (Accessed 05.09.2016)

³⁶ Some references for this chapter:

- Kirk, Martin (2012). *Beyond Charity: Helping NGOs Lead a Transformative New Public Discourse on Global Poverty and Social Justice*. <https://www.ciaonet.org/attachments/20983/uploads> (Accessed 05.09.2016)
- Gebauer, Thomas/ Speidel, Felix (2015). *Solidarity begins beyond aid*. Medico international statement. <https://www.medico.de/en/solidarity-begins-beyond-aid-15502/> (Accessed 05.09.2016)
- Gebauer, Thomas (2003). The Saving Idea is yet to be Conceived. Notions towards a New Definition of Humanitarian Aid. In: *Rethinking the Power of Aid. The Crisis of Humanitarian Action*. medico international report 25, p. 4-11. https://www.google.com/url?q=https://www.medico.de/fileadmin/_migrated_/document_media/1/rethinking-the-power-of-aid.pdf (Accessed 05.09.2016)
- Hickel, Jason (2014). *The death of international development*. Al Jazeera. <http://www.aljazeera.com/indepth/opinion/2014/11/death-international-development-2014111991426652285.html> (Accessed 05.09.2016)
- Edwards, Michael (2016). *What's to be done with Oxfam?* <https://opendemocracy.net/transformation/michael-edwards/what-s-to-be-done-with-oxfam> (Accessed 05.09.2016)
- Drewry, Martin (2014). *Beyond aid, ending global poverty is about politics*. Labour Campaign for International Development. <https://icid.org.uk/2014/09/30/ending-global-poverty-is-not-about-aid-its-about-politics/> (Accessed 05.09.2016)
- IHP+ (2013). *Better results through effective development co-operation: the heart of the work we do*. http://www.internationalhealthpartnership.net/fileadmin/uploads/ihp/Documents/About_IHP_/what_we_do/Better_Results_The_Heart_of_What_We_Do_2013.pdf (Accessed 05.09.2016)
- Alford, Richie (2015). *Bad aid: Should all NGOs close down?* The Guardian. <https://www.theguardian.com/global-development-professionals-network/2015/nov/12/aid-should-ngos-close> (Accessed 05.09.2016)
- Arundhati, Roy (2014). *The NGO-ization of resistance*. Massalijn. www.massalijn.nl/new/the-ngo-ization-of-resistance/ (Accessed 05.09.2016)
- The Broker (2011/2012). *The Future Calling. A second life for NGO's*. <http://www.thebrokeronline.eu/Dossiers/Future-Calling> (Accessed 05.09.2016)
- MMI. *Thematic guide: Effective Health Cooperation - with a focus on the role of NGOs in national health systems and global health*. www.bit.ly/mmi-ngoguide (Accessed 05.09.2016)

³⁷ See section 3.4 on improving legitimacy in health cooperation

³⁸ Gebauer 2003

³⁹ Hickel 2014

⁴⁰ Pronk 2015, p 193-194

⁴¹ George, Susan (1999) *A Short History of Neoliberalism*. TransNational Institute. <https://www.tni.org/en/article/short-history-neoliberalism> (Accessed 03.10.2016)

⁴² Hickel 2014

⁴³ Harmer A. Xiao Y. Missoni E. Tediosi F. (2013). *'BRICS without straw'? A systematic literature review of newly*

- emerging economies' influence in global health*. *Globalization and health*, 9(1), 1. <http://globalizationandhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1744-8603-9-15> (Accessed 03.10.2016)
- ⁴⁴ Gebauer 2003
- ⁴⁵ Hickel 2014
- ⁴⁶ Turner G. (2014). *Is Global Collapse Imminent?*. http://sustainable.unimelb.edu.au/sites/default/files/docs/MSSI-ResearchPaper-4_Turner_2014.pdf (Accessed 03.10.2016)
- ⁴⁷ van de Pas, Remco (2014). *First do no Harm (Primum non Nocere)*. *International Health Policies*. <http://archieff.internationalhealthpolicies.org/first-harm-primum-nocere/> (Accessed 05.09.2016)
- ⁴⁸ Kirk 2012
- ⁴⁹ Scholte, Jan Aart (2011). *Building Global Democracy. Civil Society and Accountable Global Governance*. Cambridge University Press. p. 313
- ⁵⁰ Scholte 2011, p 317
- ⁵¹ Atun, Rifat A. et al. (2008). *When do vertical (stand-alone) programmes have a place in health systems?* WHO policy brief www.who.int/management/district/services/WhenDoVerticalProgrammesPlaceHealthSystems.pdf (Accessed 05.09.2016)
- ⁵² Alford, Richie (2015). *Bad aid: Should all NGOs close down?* *The Guardian*. <https://www.theguardian.com/global-development-professionals-network/2015/nov/12/aid-should-ngos-close> (Accessed 05.09.2016)
- ⁵³ Walker, Peter (2007). *Whom do Humanitarian Agencies Actually Work For?* *ReVista Harvard Review of Latin America*. <http://revista.drclas.harvard.edu/book/accountable-whom> (Accessed 05.09.2016)
- Jennings, Michael (2012). *International NGOs must address their accountability deficit*. *The Guardian*. <https://www.theguardian.com/global-development/poverty-matters/2012/feb/09/ngos-accountability-deficit-legal-framework> (Accessed 05.09.2016)
- “In the NGO world, impact is a murky concept. Every organization claims impact; few prove it. In the haze of donors dollars, fewer still recognize that impact is inherently populist.” from: Buckler, Michael (2014). *Are NGOs missing the impact forest?* *how-matters.org*. <http://www.how-matters.org/2016/07/14/are-ngos-missing-the-impact-forest/> (Accessed 05.09.2016)
- ⁵⁴ Lentfer, Jennifer (2012). *Accountability to whom? Keep asking*. *how-matters.org*. <http://www.how-matters.org/2012/05/15/accountability-to-whom-keep-asking/> (Accessed 05.09.2016)
- ⁵⁵ MMI. *Thematic guide: Health systems research and evidence based health cooperation*. <http://www.medicusmundi.org/en/topics/research-priorities/thematic-guide> (Accessed 05.09.2016)
- ⁵⁶ Eyben, R./ Guijt, I./ Roche, C. & Shutt, C. (2015). *The politics of evidence and results in international development playing the game to change the rules?* Rugby: Practical Action Publishing. <http://developmentbookshop.com/the-politics-of-evidence-and-results-in-international-development> (Accessed 05.09.2016)
- ⁵⁷ Kuhn Thomas (1996), *The Structure of Scientific Revolutions*. Third edition, Chicago: University of Chicago Press
- ⁵⁸ Sustainable Development Goal 17.15
- ⁵⁹ UNGA (2015). *Transforming Our World - the 2030 Agenda for Sustainable Development*. <https://sustainabledevelopment.un.org/topics/sustainabledevelopmentgoals> (Accessed 05.09.2016)
- ⁶⁰ IHP+ (2016). *UHC and the new partnership: stakeholder voices*. IHP for UHC2030 consultation. <http://www.internationalhealthpartnership.net/en/news-videos/ihp-news/article/uhc-and-the-new-partnership-stakeholder-voices-343073/> (Accessed 05.09.2016)
- ⁶¹ Easterly 2015
- ⁶² Hickel 2014
- ⁶³ MMI (2013). *Discussion paper: Universal Health Coverage* <http://www.medicusmundi.org/contributions/news/2013/mmi-uhc-discussion-paper/uhc-mmi-discussion-paper-august-2013.pdf> (Accessed 06.09.2016)
- Cattaneo, Adriano et al. (2013). *The seven sins and the seven virtues of Universal Health Coverage*. MMI blog: Get involved in global health! <http://getinvolvedinglobalhealth.blogspot.ch/2013/06/the-seven-sins-and-seven-virtues-of.html> (Accessed 06.09.2016)
- ⁶⁴ See above, references for chapter 2.
- ⁶⁵ Smith, J./ Buse, K./ Gordon, C. (2016). *Civil society: the catalyst for ensuring health in the age of sustainable development*. In: *Globalization and Health*, 12(1), p. 40.
- ⁶⁶ Runciman, David (2015). *PostCapitalism by Paul Mason review - a worthy successor to Marx?* *The Guardian*.

<https://www.theguardian.com/books/2015/aug/15/post-capitalism-by-paul-mason-review-worthy-successor-to-marx> (Accessed 06.09.2016)

⁶⁷ Pronk 2015 p.198 (Not possible reference, no alternative found)

⁶⁸ Ooms 2016

⁶⁹ The authors of our main reference document for this chapter – see below – rather refer to “transnational” governance.

⁷⁰ Van Ham, Peter (2014). *Transnational Governance and Democratic Legitimacy – A Conceptual Overview*. The Hague Institute for Global Justice and the Netherlands Institute of International Relations Clingendael.

http://legacy.thehagueinstituteforglobaljustice.org/cp/uploads/downloadsprojecten/Special_Report_Transnational_Governance_and_Democratic_Legitimacy_July_2014_Chapter_1_1407412501.pdf (Accessed 06.09.2016)

⁷¹ van Schaik, L./ van de Pas, L. (2014). *Transnational Governance and Democratic Legitimacy. The case of Global Health*. Netherlands Institute of International Relations Clingendael and The Hague Institute for Global Justice.

http://legacy.thehagueinstituteforglobaljustice.org/cp/uploads/downloadsprojecten/Special_Report_Transnational_Governance_and_Democratic_Legitimacy_July_2014_Chapter_3_1407412573.pdf (Accessed 06.09.2016)

⁷² Seit, K. (2016) *FENSA – a fence against undue corporate influence? Brot fur die Welt*. Global Policy Forum. Misereor. https://www.globalpolicy.org/images/pdfs/Briefing_0916_FENSA.pdf (Accessed 04.10.2016)

⁷³ World Health Summit <http://www.worldhealthsummit.org/> (Accessed 06.09.2016)

⁷⁴ People’s Health Movement. *About the People’s Health Movement*. <http://www.phmovement.org/en/about> (Accessed 06.09.2016)

⁷⁵ Van de Pas, R./ van Schaik L. (2014). Democratizing the World Health Organization. In: *public health* 128 (2), p. 195-201.

⁷⁶ Harman, Sophie (2016). *The Bill and Melinda Gates Foundation and Legitimacy in Global Health Governance*.

⁷⁷ Lee 2016

⁷⁸ CSO Partnership for Development Effectiveness. <http://csopartnership.org/> (Accessed 04.10.2016)

⁷⁹ United Nations Economic and Social Council. (2016) *Development Cooperation forum*.

<https://www.un.org/ecosoc/en/development-cooperation-forum> (Accessed 04.10.2016)

⁸⁰ Health Poverty Action (2016). *Power and privilege- taking a look at ourselves*.

<https://www.healthpovertyaction.org/news/power-and-privilege-taking-a-look-at-ourselves/> (Accessed 06.09.2016)

⁸¹ Edwards 2016

⁸² Scholte 2011, p.325

⁸³ Scholte 2011, p.342

⁸⁴ “How matters” is a great resource collection on “better aid”.

<http://www.how-matters.org>

⁸⁵ Easterly 2015

⁸⁶ Comment by a MMI colleague who read the draft discussion paper.

⁸⁷ OECD. *Paris Declaration and Accra Agenda for Action*.

<http://www.oecd.org/dac/effectiveness/parisdeclarationandaccraagendaforaction.htm> (Accessed 05.09.2016)

⁸⁸ OECD. *The Busan Partnership for Effective Development Co-operation*.

<http://www.oecd.org/development/effectiveness/busanpartnership.htm> (Accessed 05.09.2016)

⁸⁹ Building State Capability (2014). *The DDD Manifesto*. <https://buildingstatecapability.com/the-ddd-manifesto/>

⁹⁰ The case for thinking and working politically. (2016) *The implications of ‘doing development differently’*. The European Centre for Development Policy Management (ECPDM) <http://ecdpm.org/wp-content/uploads/Case-Thinking-Working-Politically.pdf> (Accessed 04.10.2016)

⁹¹ ECPDM 2016

⁹² IHP+. <http://www.internationalhealthpartnership.net/en/> (Accessed 05.09.2016)

⁹³ IHP+ (2016). *Analysis of agencies’ policies, procedures and practices in relation to EDC behaviours, Terms of reference*.

http://www.internationalhealthpartnership.net/fileadmin/uploads/ihp/Documents/About_IHP_/mgt_arrangemts_docs/Core_Team/Calls_for_Proposals/ToRs_DP_review

[1_.pdf](#) (Accessed 05.09.2016)

⁹⁴ The NGO Code of Conduct for Health Systems Strengthening. <http://ngocodeofconduct.org/> (Accessed 05.09.2016)

Cooperación en salud: relevancia, credibilidad y eficacia de su contribución para lograr el acceso universal a la salud. Documento de discusión de MMI. Octubre de 2016.

⁹⁵ MMI working group on effective health cooperation (MMI EHC). www.medicusmundi.org/en/mmi-ehc (Accessed 05.09.2016)