

Equipo de Investigación

Carlos Mediano
Carlota Merchan
Javier Ramírez

Equipo Asesor

Félix Fuentenebro
José María Medina
Antonio González

Edita

medicusmundi
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
Lanuzá 9, local / 28028 Madrid (España)
Tel.: 91 319 58 49 / 902 10 10 65
federacion@medicusmundi.es
www.medicusmundi.es

Prosalus

María Panés 4 / 28003 Madrid (España)
Tel: 915 53 35 91
prosalus@prosalus.es
www.prosalus.es

Médicos del Mundo

Andrés Mellado, 31-33 / 28015 Madrid (España)
Tel: 91 543 60 33
comunicacion@medicosdelmundo.org
www.medicosdelmundo.org

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

La salud en la cooperación al desarrollo y la acción humanitaria

Informe 2007

Medicus Mundi

Prosalus

Médicos del Mundo

ÍNDICE GENERAL

Introducción	17
Capítulo I. Salud y Desarrollo	21
1/ Salud y Desarrollo	21
La salud: un derecho humano sin fronteras	21
Salud, desarrollo y esperanza de vida	22
1.1 Enfermedades transmisibles	23
1.1.1 VIH/sida	24
1.1.2 Malaria	26
1.1.3 Tuberculosis	28
1.1.4 Enfermedades olvidadas	29
1.2 Enfermedades no transmisibles	31
1.2.1 Salud sexual y reproductiva	31
1.2.2 Otros problemas de salud	33
1.2.2.1 Enfermedades crónicas	33
1.2.2.2 Tabaquismo	33
1.2.2.3 Cáncer	34
1.2.2.4 Enfermedades cardiovasculares	35
1.2.2.5 Salud mental	36
1.2.2.6 Alcohol	38
2/ Objetivos de Desarrollo del Milenio	39
2.1 Objetivo 4: Reducir la mortalidad infantil	40
2.2 Objetivo 5: Mejorar la salud materna	45
2.3 Objetivo 6: Combatir el VIH/sida, el paludismo y otras enfermedades ..	48
3/ La respuesta internacional	51
3.1 Global Health Watch	52
3.2 OMS: Determinantes Sociales de la Salud	54
3.3 Estrategia de Salud de África 2007-2015	55
3.4 Enfoques Sectoriales de Salud (SWAP)	59
4/ Sistemas de Salud	61
Capítulo II. Cooperación al desarrollo en salud: perspectiva internacional	69
1/ Introducción	69
2/ La unión europea y la cooperación en el sector salud	73
2.1 Europa como donante	74

2.2	Política de la UE para cooperación del desarrollo, centrado en el sector salud	75	4.1	Distribución sectorial de la ayuda en salud de la Comunidad de Madrid	143
2.3	Compromisos específicos de la UE para la salud	77	4.2	Distribución geográfica de la ayuda en salud de la Comunidad de Madrid	146
2.4	Compromisos financieros para la AOD en salud	78	5/	Ayuntamiento de Madrid	147
2.5	Asignaciones financieras de la Unión Europea para la salud	79	5.1	La AOD en salud	150
2.6	Contribuciones financieras conjuntas de la UE a la salud en el total de la AOD	81			
2.7	Comisión Europea	81	Capítulo V. La acción humanitaria en la cooperación española		153
2.8	La Comisión Europea y la ayuda al desarrollo	82	1/	Acción humanitaria de la cooperación española	153
2.9	Mecanismos de desembolso de la Comisión Europea	83	2/	Agentes de la acción humanitaria oficial española	155
2.9.1	Programas de estrategias de países	83	3/	La ayuda humanitaria multilateral	156
2.9.2	Apoyo presupuestario general	84	4/	Distribución por sectores (según CAD)	157
2.9.3	Asignaciones temáticas	85	5/	Distribución geográfica de la ah	158
2.9.4	Apoyo al Fondo Mundial	85	6/	Instrumentos de financiación	159
2.10	Implicaciones para la AOD del Código de conducta de la Unión Europea sobre la división del trabajo en Política de desarrollo	86	7/	Reforma de la AECI	160
3/	Evolución de la ayuda bilateral en salud	87	8/	La acción humanitaria descentralizada	161
4/	Composición de la ayuda en salud	90	9/	Las organizaciones no gubernamentales	163
5/	Distribución geográfica de la ayuda en salud	93	10/	Coordinación de la acción humanitaria	167
6/	Instrumentación de la ayuda	96			
			Conclusiones y recomendaciones		171
Capítulo III. La salud en la cooperación española		99			
1/	Introducción	99			
2/	La ayuda multilateral	107			
3/	La ayuda bilateral en salud	110			
3.1	Distribución sectorial de la ayuda bilateral en salud	111			
3.2	Distribución geográfica de la ayuda	114			
4/	Instrumentación de la ayuda en salud	117			
Capítulo IV. La cooperación descentralizada en salud		121			
1/	La cooperación descentralizada en España en 2006	121			
2/	La salud en la cooperación autonómica	125			
3/	Composición sectorial de la ayuda autonómica en salud	127			
4/	Distribución geográfica de la ayuda autonómica en salud	130			
Estudio de caso: la Comunidad Autónoma de Madrid		137			
1/	Marco normativo e institucional	137			
2/	Planificación estratégica	138			
3/	Evolución de la AOD de la Comunidad de Madrid	142			
4/	La AOD en salud de la Comunidad de Madrid	142			

ÍNDICE DE RECUADROS

Capítulo I

2.1 Una experiencia exitosa en la mejora de la nutrición infantil y la reducción de las enfermedades diarreicas agudas y las infecciones respiratorias agudas. Prosalus	44
2.3 Una experiencia de cooperación exitosa en VIH/sida. Médicos del Mundo	50
3.3 Dos experiencias de cooperación exitosas en apoyo al fortalecimiento de los sistemas públicos de salud. Medicusmundi	58

Capítulo III

1.2 Estrategia de salud de la cooperación española. medicusmundi, Prosalus y Médicos del Mundo	99
1.3 Ayuda planificada versus ayuda ejecutada. medicusmundi, Prosalus y Médicos del Mundo	102
2 Respuesta del Presidente del Gobierno a la Plataforma Sida y Desarrollo en relación a la lucha contra el VIH/sida y los compromisos adquiridos en el seno de la comunidad internacional. José Luís Rodríguez Zapatero. Presidente del Gobierno	109

Capítulo V

10 Dilemas de la acción humanitaria. Ricardo Angora. Vocal de Acción Humanitaria de la CONGDE	165
---	-----

ÍNDICE DE GRÁFICAS

Grafica 1.1 Estimación del número de adultos y niños que viven con VIH; Fuente: ONUSIDA, 2007	26
Grafica 1.2 Áreas de riesgo de malaria; Fuente: OMS, 2005	27
Grafica 1.3 Cifras estimadas de nuevos casos de Tuberculosis en 2005; Fuente: OMS, 2006	28
Grafica 1.4 Población cubierta por la estrategia DOTS (%) en 2001; Fuente: OMS, 2003	29
Grafica 1.5 Distribución global del Tracoma Activo; Fuente: International Centre for Eye Health (ICEH), 2005	30

Grafica 1.6 Áreas/países de riesgo en la transmisión del dengue, 2006; Fuente: OMS, 2006	31
Grafica 1.7 Consumo de tabaco diario en adultos de 18 o más años, por quintil de ingresos y por región OMS; Fuente: OMS, Estadísticas de Salud Mundial, 2007	33
Grafica 1.8 Enfermedades cardiovasculares; Fuente: OMS, 2007	35
Grafica 1.9 Trastornos neurológicos más frecuentes reportados en atención primaria, por regiones OMS. Informes por país (%); Fuente: Atlas de Neurología, OMS, 2004	37
Grafica 1.10 Carga de enfermedad atribuible al ALCOHOL (% de DALY en cada región); Fuente: OMS, 2007	39
Grafica 1.11 Tasa de mortalidad de niños menores de 5 años por cada 1.000 nacidos vivos, 1990 y 2003; Fuente: NNUU, Informe ODM, 2005	41
Gráfica 1.12 Proporción de niños (12 a 13 meses de edad) inmunizados contra el sarampión, 1990 y 2003 (porcentaje); Fuente: NNUU, Informe ODM, 2005	43
Gráfica 1.13 Razón de mortalidad materna por cada 100.000 bebés nacidos vivos, 2000; Fuente: NNUU, Informe ODM, 2005	46
Gráfica 1.14 Proporción de partos atendidos por personal sanitario cualificado, 1990 y 2003 (porcentaje); Fuente: NNUU, Informe ODM, 2005	47
Gráfica 1.15 Países con déficit crítico de personal sanitario (médicos, enfermeras y parteras). Fuente: World Health Report, 2006	64
Gráfica 1.16 Personal sanitario mundial, por densidad. Fuente: OMS, Atlas Global del Personal Sanitario, 2006	65
Gráfica 1.17 Gasto total en salud per cápita, en dólares, 2004; Fuente: OMS, 2007	66
Gráfico 2.1 Porcentaje de PIB proporcionado como AOD por los países de la UE miembros del CAD: Datos del CAD de la OCDE para 2005 (OCDE, 2006)	75
Gráfico 2.2 Evolución de la ayuda en salud respecto a la AOD bilateral distribuable bruta del CAD 1998-2005. Fuente: elaboración propia a partir de datos del CAD	88
Gráfico 2.3 Evolución porcentaje AOD bilateral bruta en salud sobre AOD distribuable en salud. CAD-España 1998-2005. Fuente: elaboración propia a partir de datos del CAD	88

Gráfico 2.4	% AOD en salud sobre el total AOD bilateral Sectorial Bruta. Todos los miembros del CAD 2000-2005. Fuente: elaboración propia a partir de datos del CAD	89
Gráfico 2.5	Evolución de la AOD bilateral bruta destinada a los sectores de salud. Todos los países del CAD 1998-2005 (millones de \$). Fuente: elaboración propia a partir de datos del CAD	90
Gráfico 3.1	Distribución de la AOD en Salud según los agentes. Fuente: elaboración propia a partir de datos del seguimiento PACI 2006 de la DGPOLDE	106
Gráfico 4.1	Evolución de la AOD descentralizada en España, 1994-2006. Fuente: elaboración propia a partir de datos de los Seguidimientos de los PACI 2003, 2004, 2005 y 2006	121
Gráfico 4.2	Distribución sectorial de la AOD en salud de las CCAA, 2004-2006. Fuente: elaboración propia a partir de datos del Seguimiento del PACI 2006	128
Gráfico 4.3	Distribución regional de la AOD en salud de las CCAA, 2006 (%). Fuente: elaboración propia a partir de datos del Seguimiento del PACI 2005	130
Gráfico 4.4	Distribución de la AOD en salud de las CCAA por nivel de renta de los países beneficiarios, 2003-2005. (%). Fuente: elaboración propia a partir de datos del Seguimiento del PACI 2006	132

ÍNDICE DE TABLAS

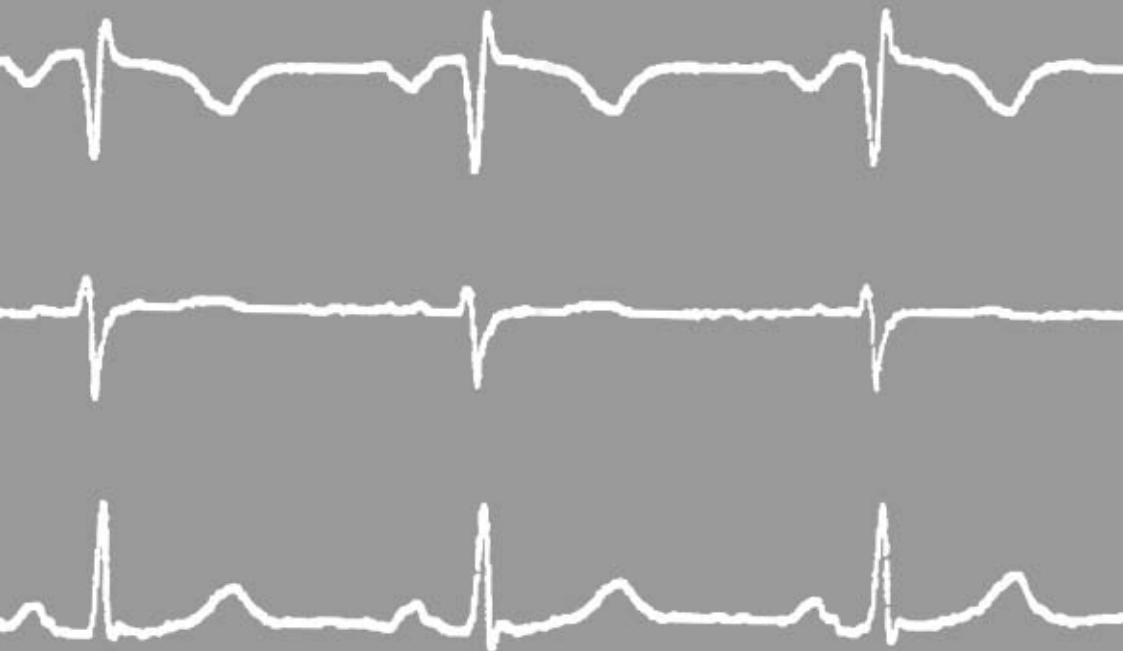
Tabla 2.1	Contribución de la Comisión Europea al porcentaje total de la AOD de la UE: aportaciones y gastos. (Datos del CAD de la OCDE, 2007 en miles de millones de dólares)	80
Tabla 2.2	Porcentaje de AOD de la Comisión Europea para salud y población: compromisos y gastos. (Datos del CAD de la OCDE, 2007 en millones de dólares)	80
Tabla 2.3	Contribuciones de los Estados miembros de la UE al ICD en el presupuesto de la UE de 2007 y al décimo FED (Comisión Europea, 2007; Consejo de la UE, 2005)	83
Tabla 2.4	AOD en salud por sectores CAD. Porcentajes promedio 2000 – 2005. Fuente: elaboración propia a partir de datos del CAD	91

Tabla 2.5	AOD salud subsectores CRS. Porcentajes promedio 2000 – 2005 Fuente: Elaboración propia a partir de datos del CAD	92
Tabla 2.6	Distribución de la AOD salud según nivel de renta. Porcentajes promedio 2000 – 2005. Fuente: Elaboración propia a partir de datos del CAD	93
Tabla 2.7	Distribución de la AOD en salud por regiones. Porcentajes promedio 2000 – 2005 en millones de dólares. Fuente: elaboración propia a partir de datos del CAD	94
Tabla 2.8	Principales países receptores de AOD bilateral bruta en salud. 2000-2005 (porcentaje sobre el total de AOD en salud). Fuente: elaboración propia a partir de datos del CAD	95
Tabla 2.9	Porcentaje de ayuda reembolsable respecto al total de AOD en salud según nivel de renta (de países receptores) 2000-2005Fuente: elaboración propia a partir de datos del CAD	96
Tabla 2.10	Porcentaje de ayuda reembolsable respecto al total de AOD de cada subsector CRS. 2000-2005. Fuente: elaboración propia a partir de datos del CAD	97
Tabla 2.11	Porcentaje de AOD en salud reembolsable por regiones respecto al total de AOD del período 2000 – 2005 Fuente: elaboración propia a partir de datos del CAD	97
Tabla 3.1	Resumen de la AOD española en salud año 2006. Fuente: elaboración propia a partir de datos del seguimiento PACI 2006 de la DGPOLDE	104
Tabla 3.2	Distribución de la AOD bilateral española en salud según agentes. Fuente: elaboración propia a partir de datos del seguimiento PACI 2006 de la DGPOLDE	105
Tabla 3.3	Distribución de la AOD multilateral en salud según sector CRS. Fuente: elaboración propia a partir de datos del seguimiento PACI 2006 de la DGPOLDE	107
Tabla 3.4	Distribución de la AOD multilateral en salud según organismo receptor Fuente: elaboración propia a partir de datos del seguimiento PACI 2006 de la DGPOLDE	108
Tabla 3.5	Evolución de la AOD bilateral en salud 2003-2006. Fuente: elaboración propia a partir de datos del seguimiento PACI 2006 de la DGPOLDE	110
Tabla 3.6	Evolución de la AOD bilateral por sectores CRS 2003-2006. Fuente: elaboración propia a partir de datos del seguimiento PACI 2006 de la DGPOLDE	111

Tabla 3.7	Distribución de la AOD bilateral en salud por sectores CRS en 2006. Fuente: elaboración propia a partir de datos del seguimiento PACI 2006 de la DGPOLDE	113
Tabla 3.8	Distribución de la AOD bilateral española en salud 2006 según región geográfica y sectores. Fuente: elaboración propia a partir de datos del seguimiento PACI 2006 de la DGPOLDE	114
Tabla 3.9	Distribución de la AOD bilateral española en salud según el nivel de renta de los países receptores. Fuente: elaboración propia a partir de datos del seguimiento PACI 2006 de la DGPOLDE	115
Tabla 3.10	Evolución de la AOD bilateral en salud según el nivel de renta de los países receptores 2004-2006. Fuente: elaboración propia a partir de datos del seguimiento PACI 2004, 2005 y 2006 de la DGPOLDE	115
Tabla 3.11	Distribución de la AOD bilateral en salud según categoría de priorización y sector CRS. Fuente: elaboración propia a partir de datos del seguimiento PACI 2006 de la DGPOLDE	116
Tabla 3.12	Distribución de la AOD bilateral en salud según categoría de priorización. Variación 2005-06. Fuente: elaboración propia a partir de datos del seguimiento PACI 2005 y 2006 de la DGPOLDE	116
Tabla 3.13	Principales países receptores de la AOD española en salud en 2006. Fuente: elaboración propia a partir de datos del seguimiento PACI 2006 de la DGPOLDE	117
Tabla 3.14	Distribución por países de los desembolsos bilaterales brutos del FAD. Fuente: elaboración propia a partir de datos del seguimiento PACI 2006 de la DGPOLDE	118
Tabla 4.1	AOD descentralizada en España según origen de los fondos, 2005-2006. Fuente: Seguimiento del PACI 2006 Y FEMP	122
Tabla 4.2	Distribución de la AOD de las CC.AA. 2005-2006. Fuente: elaboración propia a partir de datos del Seguimiento del PACI 2006 ...	123
Tabla 4.3	Esfuerzo relativo que supone la AOD de las CCAA, 2005-2006. Fuente: elaboración propia a partir de datos del Seguimiento del PACI 2006	124
Tabla 4.4	Distribución de la AOD autonómica en salud, 2006. Fuente: elaboración propia a partir de datos del Seguimiento del PACI 2006	127
Tabla 4.5	Distribución de la AOD en salud de las CCAA por sectores y subsectores 2004-2006. Fuente: elaboración propia a partir de datos del Seguimiento del PACI 2006	129
Tabla 4.6	Distribución de los sectores de salud de la AOD de las CCAA por	

	cada región, 2006. Fuente: elaboración propia a partir de datos del Seguimiento del PACI 2005	131
Tabla 4.7	Distribución de la AOD en salud de las CCAA destinada a los Países Menos Adelantados, 2006. Fuente: elaboración propia a partir de datos del Seguimiento del PACI 2006	133
Tabla 4.8	Principales 10 países beneficiarios de la AOD en salud de las CCAA durante 2006. Fuente: elaboración propia a partir de datos del Seguimiento del PACI 2006	134
Tabla 4.9	Listado de países prioritarios para la Comunidad de Madrid. Fuente: Plan General de Cooperación para el Desarrollo 2005-2008 de la Comunidad de Madrid	139
Tabla 4.10	Prioridades sectoriales y % asignado. Fuente: Plan General de Cooperación al Desarrollo 2005-2008 de la Comunidad de Madrid ...	140
Tabla 4.11	Evolución de la AOD en la CAM, 2003 – 2006. Fuente: elaboración propia a partir de informes seguimiento PACI	142
Tabla 4.12	Evolución de la AOD en salud respecto al total de la AOD de la Comunidad de Madrid Fuente: elaboración propia a partir de datos del seguimiento PACI 2006. DGPOLDE	142
Tabla 4.13	Evolución de la AOD en salud de la Comunidad de Madrid 2005-06 Fuente: elaboración propia a partir de datos del seguimiento PACI 2006 y Plan Anual de la Comunidad de Madrid	143
Tabla 4.14	Distribución de la AOD en salud de la Comunidad de Madrid según código CRS. Fuente: elaboración propia a partir de datos del seguimiento PACI 2006. DGPOLDE	144
Tabla 4.15	Desglose de desembolsos de la Comunidad de Madrid en AOD en salud en 2006. Fuente: elaboración propia a partir de datos del seguimiento PACI 2006. DGPOLDE	145
Tabla 4.16	Distribución de la AOD en salud de la Comunidad de Madrid según el nivel de renta de los países receptores. Fuente: elaboración propia a partir de datos del seguimiento PACI 2006. DGPOLDE	146
Tabla 4.17	Distribución de la AOD en salud de la Comunidad de Madrid según región geográfica. Fuente: elaboración propia a partir de datos del seguimiento PACI 2006. DGPOLDE	146
Tabla 4.18	Distribución de la AOD en salud según categoría de prioridad de los países. Fuente: elaboración propia a partir de datos del seguimiento PACI 2006. DGPOLDE	147
Tabla 4.19	Origen de la población migrante en Madrid. Fuente: Plan General Ayuntamiento de Madrid	149

Tabla 4.20	Distribución de la AOD en salud del ayuntamiento de Madrid según código CRS. Fuente: elaboración propia a partir de datos del seguimiento PACI 2006. DGPOLDE	150
Tabla 4.21	Distribución de la AOD en salud del Ayuntamiento de Madrid según regiones. Fuente: elaboración propia a partir de datos del seguimiento PACI 2006. DGPOLDE	151
Tabla 4.22	Distribución de la AOD en salud del Ayuntamiento de Madrid según nivel de renta de los países receptores. Fuente: elaboración propia a partir de datos del seguimiento PACI 2006. DGPOLDE ...	151
Tabla 5.1	La AOD neta española por instrumentos y modalidades de ayuda (2005-2006). Fuente: datos del seguimiento del PACI 2006 (DGPOLDE)	154
Tabla 5.2	Ministerios de la administración española que participan en AH 2006. Fuente: datos del seguimiento del PACI 2006 (DGPOLDE)	155
Tabla 5.3	Comparativo Ayuda Humanitaria Bilateral 2005-2006. Fuente: datos del seguimiento del PACI 2006 (DGPOLDE)	156
Tabla 5.4	Ayuda multilateral 2006, datos más destacados. Fuente: datos del seguimiento del PACI 2006 (DGPOLDE)	156
Tabla 5.5	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)	157
Tabla 5.6	Distribución de la Ayuda Bilateral de AH por regiones. Fuente: datos del seguimiento del PACI 2006 (DGPOLDE)	158
Tabla 5.7	Intervenciones de emergencia, más significativas financiadas durante el 2006. Fuente: datos del seguimiento del PACI 2006 (DGPOLDE)	159
Tabla 5.8	La acción humanitaria por agentes. Fuente: datos del seguimiento del PACI 2006 (DGPOLDE)	161
Tabla 5.9	Evolución de AH descentralizada con respecto a la Administración General del Estado. Fuente: datos del seguimiento del PACI 2006 (DGPOLDE)	161
Tabla 5.10	Desembolsos de AOD destinados a la Acción Humanitaria (2006). Fuente: datos del seguimiento del PACI 2006 (DGPOLDE)	162
Tabla 5.11	Evolución de la AH por parte de las ONG que pertenecen a la CONGDE. Fuente: CONGDE	163



INTRODUCCIÓN

Éste es el sexto año consecutivo que Medicos del Mundo, Prosalus y Medicus Mundi realizamos el análisis de la cooperación española en salud y nos parece que es un buen momento para apuntar, a modo de balance, algunas mejoras relacionadas con las conclusiones y reivindicaciones que veníamos reclamando. Y es que muchas cosas han cambiado desde que en 2002 empezamos a trabajar en estos informes.

Desde el comienzo nuestro objetivo ha sido contribuir a mejorar la calidad de la cooperación al desarrollo en el sector salud. En este sentido es conocida nuestra pretensión de que la cooperación española realizara un esfuerzo de **planificación** y se dotara de una estrategia que integrara y orientara los esfuerzos de todos los actores de la cooperación en salud. Este esfuerzo en planificación, que reclamábamos por primera vez en 2002, ha sido evidente y actualmente contamos con una estrategia de salud revisada que responde al propósito de contribuir al aumento del nivel de salud y a la mejora de las condiciones sanitarias de la población del mundo en desarrollo, mediante la aplicación de una estrategia orientada a fortalecer la atención primaria de salud, así como a mejorar los niveles de calidad y cobertura de los sistemas sanitarios públicos. Así mismo, debemos destacar el esfuerzo de la cooperación española en realizar una planificación específica en sus países prioritarios.

También es conocida nuestra petición en relación a la **Salud Sexual y Reproductiva**. Durante muchos años, la cooperación oficial estatal concebía la salud de la mujer exclusivamente como salud reproductiva, enfocada exclusivamente a la maternidad. La nueva estrategia reconoce el concepto Salud Sexual y Reproductiva e incorpora a su contenido los derechos de la mujer a través del empoderamiento real y el acceso universal a los métodos de planificación familiar. Reconocimiento que deberá, sin duda, traducirse en acciones y dotaciones presupuestarias concretas más allá de la atención reproductiva a las mujeres.

En este esfuerzo por dar coherencia al trabajo de la salud en cooperación, desde los inicios del informe venimos reclamando con intensidad la eliminación de los créditos **FAD** en este sector. En 2001, del total de ayuda sanitaria bilateral, el 53% eran

créditos FAD y en 2006 el peso de los FAD se ha reducido hasta situarse en un 4,58%.

En lo que respecta a la **ayuda humanitaria**, en 2002 pedíamos que se fortaleciese la Unidad de ayuda humanitaria y emergencia de la AEI, elevándola a rango de Dirección General y dotándola de personal especializado. Todo apunta a que así será. La reforma de la Agencia prevé la creación de una Oficina de Ayuda Humanitaria que cuente con recursos humanos y económicos suficientes. Estaremos atentos a su creación y posterior evolución.

Pero no todas nuestras peticiones y recomendaciones se han visto atendidas. Estas mejoras, siendo importantes, no cubren algunas de nuestras principales reivindicaciones. Quizás las más relevantes son las referidas a la cantidad de AOD destinada a salud y a la necesidad de mejorar la coordinación entre los distintos agentes que trabajan en cooperación en salud:

- En 2002, el **porcentaje de AOD total destinado a salud** era de un 5,65% (111,9 millones de euros); en 2006, el porcentaje asciende a un 8,88% (269,7 millones de euros), muy lejos aún del 20% que, apoyándonos en los estudios de la Comisión de Macroeconomía y Salud de la OMS, recomendamos para poder alcanzar los compromisos internacionales establecidos en salud, en concreto los llamados Objetivos del milenio en salud.
- También ponemos en el debe la reivindicación de una mayor y mejor **coordinación de agentes** de la cooperación en salud. Hechos diferenciadores y positivos, como es el caso de la cooperación descentralizada, no se manifiestan en todas sus posibilidades, entre otras razones, por las carencias en el ámbito de la coordinación. Si queremos mejorar la eficacia y eficiencia de nuestra cooperación, debemos mejorar la coordinación y planificación de todos los actores involucrados en la misma

Son los logros alcanzados pero sobre todo los retos aún pendientes, lo que nos mueve, año tras año, a elaborar este informe sobre “la salud en la cooperación al desarrollo y la ayuda humanitaria”. Conseguir que se siga profundizando en la coherencia del sector tanto a nivel estatal como autonómico y local, analizar qué ayuda se destina, dónde y hacia quién, profundizar en cómo trabajar aspectos tan relevantes como la Atención Primaria de Salud (en 2008 se celebra el 30 aniversario de Alma Ata) o el fortalecimiento de los sistemas públicos, son algunos de los logros por conseguir.

El informe 2006 mantiene la estructura básica de años anteriores. El primer capítulo describe la situación de salud mundial, incidiendo especialmente en las novedades habidas en cuanto a lineamientos internacionales y en el análisis en profundidad de la cooperación en salud de la Unión Europea. El segundo capítulo presenta la com-

parativa 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; el cuarto capítulo muestra la cooperación descentralizada en salud, haciendo un análisis más profundo de la cooperación de la Comunidad de Madrid; y el quinto capítulo repasa lo que ha sido la ayuda humanitaria en 2006.

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 por el trabajo de recopilación de datos; a Miguel Casado y Martín Jerch de la Dirección General de Planificación y Evaluación de Políticas para el Desarrollo del Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación; a Antonio Díaz Vargas de la Agencia Regional para la Inmigración y la Cooperación de la Comunidad de Madrid y a Ignacio Valero de la Dirección de Cooperación al Desarrollo del Ayuntamiento de Madrid.

1/ SALUD Y DESARROLLO

La salud: un derecho humano sin fronteras

La comunidad internacional reconoce la salud como un **derecho inalienable** de todas las personas. En anteriores informes se ha expuesto el marco legislativo y las declaraciones que fundamentan este consenso sobre el derecho a la salud¹. Además, se reconoce que la buena salud es necesaria para un ejercicio efectivo de los derechos humanos en general y, por tanto, se trata de un elemento de importancia prioritaria. Lograr que la población goce de buena salud es uno de los objetivos del desarrollo humano, pero la salud es también uno de los motores del desarrollo, ya que brinda a las personas la posibilidad de aprovechar sus capacidades: educación, trabajo, participación social y política etc. Y esto es así también en el plano económico, ya que la buena salud favorece el crecimiento a nivel familiar, pero también a nivel agregado en la economía de los países.

Es por esto que la salud se considera, en muchos casos, un **bien público** y, como tal, una responsabilidad de los Estados, algo que se ha analizado con mayor profundidad en anteriores informes. Pero además, en el mundo globalizado que vivimos, existen muchos problemas sanitarios que exceden los **límites fronterizos**, como es el caso del acceso a medicamentos, el control de la pandemia del VIH/sida, la crisis de recursos humanos, etc. Éstos se constituyen en retos que requieren una respuesta coordinada internacional. De hecho, en el informe de la Organización Mundial de la Salud, 2007², se analizan diversas amenazas para la seguridad sanitaria mundial (según se definen en el Reglamento Sanitario Internacional -2005-) derivadas de acciones o causas humanas, de la interacción del ser humano con el medio, o de eventos súbitos relacionados con productos químicos o materiales radiactivos, incluidos accidentes industriales y fenómenos naturales. Todos ellos tienen un marcado carácter **transfronterizo**.

Dicho informe destaca cómo unas **inversiones insuficientes en salud pública**, consecuencia de una falsa sensación de seguridad en ausencia de brotes de enfermedades infecciosas, han determinado que se reduzca la vigilancia y se relaje el cumplimiento de programas de prevención eficaces. Por otro lado, el **proceso de urbanización y el creciente comercio internacional** también han contribuido a la rápida propagación de

¹ La salud en la cooperación al desarrollo y la acción humanitaria. Informes 2004, 2005, 2006.

² OMS. "Informe sobre la salud en el mundo 2007". Ginebra

los virus y sus vectores. Así mismo, cuando no existe un compromiso de desarrollo de los sistemas de salud, la **vigilancia es insuficiente** y como ejemplo puede servir la rápida aparición y propagación mundial del VIH/sida en la década de los 80. En el caso de los países en desarrollo, a la fragilidad de los sistemas se unió al desconocimiento global, lo que se tradujo en una detección aún más tardía de la nueva amenaza.

En este informe se señalan, por otro lado, los problemas de salud pública que pueden causar **los conflictos, la adaptación microbiana**, el uso y abuso de los antibióticos, y las zoonosis. Y, por último, las enfermedades infecciosas surgidas a raíz de **episodios meteorológicos extremos** y el impacto agudo sobre la salud pública de **incidentes repentinos** relacionados con sustancias químicas o material radiactivo, que pueden causar daños a gran escala como el accidente de la central nuclear de Chernobyl, en Ucrania en 1986.

Existen asimismo, nuevas amenazas que vienen a aumentar las anteriores, como son el **bioterrorismo**, la aparición del **SRAS** (Síndrome Respiratorio Agudo Severo) y vertidos masivos de **residuos químicos tóxicos**. De entre estas nuevas amenazas internacionales, se resaltan la **gripe pandémica**, la **tuberculosis extremadamente farmacorresistente** en Sudáfrica, la propagación mundial del **poliovirus**; y los **desastres naturales**. Por último, es destacable la importancia de fortalecer los sistemas sanitarios como parte del desarrollo de la seguridad sanitaria mundial.

Salud, desarrollo y esperanza de vida

En las últimas tres décadas se ha producido en el mundo en su conjunto, y en muchos de los países en desarrollo en particular, un importante aumento de la esperanza de vida, pero estas mejoras no han afectado por igual a todas las regiones. Una constante en todos los informes es la crítica situación que vive África subsahariana, la región que sigue presentando los peores indicadores de salud, agrandándose la distancia con el resto del mundo y con el resto de países en desarrollo.

Según el Informe sobre Desarrollo Humano de 2006, en el quinquenio 2000-2005, la esperanza de vida media al nacer en el mundo fue de 67 años. En el conjunto de países en desarrollo fue de 64,9 años, aproximadamente 13 años menos que en los países de la OCDE. En los países menos adelantados fue significativamente menor, de tan sólo 52 años, y 46,1 años en África subsahariana. En esta última región, en el quinquenio 1970-1975 era de 45,8; es decir, en 30 años la esperanza de vida ha aumentado solamente 0,3 años. Incluso varios países del África subsahariana han sufrido catastróficos retrocesos: 20 años en el caso de Botswana, 16 en el de Swazilandia y 13 en los de Lesotho y Zambia.

En general los países en desarrollo han ido acortando distancias con los países desarrollados en lo que a su esperanza de vida se refiere, constituyendo África sub-

sahariana la triste excepción. Pero incluso el avance no es representativo de una situación de mejora continuada: desde 1980 la diferencia entre países pobres y ricos se ha reducido en aproximadamente 2 años pero, de ellos, sólo 3 meses corresponden al período que empieza a partir de 1990³. Además, ha habido un retroceso con respecto al patrón de la esperanza de vida según el género. La influencia de un factor tan determinante para el análisis de la esperanza de vida como es la epidemia por VIH/sida es cada vez mayor. En el caso de África subsahariana está afectando especialmente a la esperanza de vida de las mujeres: aunque ésta es mayor que la de los hombres en general, la epidemia está influyendo en su disminución y se está acercando a los niveles de los hombres. En buena parte de la región, la prevención y el tratamiento del VIH/sida siguen siendo una de las condiciones más importantes para restablecer tendencias positivas de desarrollo humano.

1.1. ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

Las enfermedades infecciosas⁴ se propagan ahora geográficamente con mucha mayor rapidez que en cualquier otro momento en la historia. Se calcula que en 2006 viajaron en avión 2.100 millones de pasajeros; un brote o epidemia en cierto lugar del mundo puede convertirse en apenas unas horas en una amenaza inminente en cualquier otro punto del planeta.

Las enfermedades infecciosas no sólo pueden propagarse más deprisa, sino que parecen estar surgiendo con más rapidez que nunca. Desde los años setenta, se han identificado nuevas enfermedades a un ritmo sin precedentes, de una o más al año. Hoy en día existen al menos 40 enfermedades que se desconocían una generación atrás. Además, en los últimos cinco años la OMS ha verificado más de 1.100 eventos epidémicos.

El cólera, la fiebre amarilla y las meningococias epidémicas han reaparecido en el último cuarto del siglo XX y reclaman mayores esfuerzos en materia de vigilancia, prevención y control. El Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SRAS) y la gripe aviar en seres humanos suscitaban gran preocupación a escala internacional, plantearon nuevos retos científicos, causaron sufrimiento humano y acarrearían enormes perjuicios económicos. Otras virosis emergentes como la fiebre hemorrágica del Ebola, la fiebre hemorrágica de Marburgo y la enfermedad debida al virus de Nipah representan amenazas para la seguridad sanitaria mundial y, por su carácter agudo y su mor-

³ Medicusmundi, Prosalus y Médicos del Mundo. "La salud en la cooperación al desarrollo y la acción humanitaria". Informe 2006

⁴ OMS, Informe sobre la salud en el mundo 2007

bimortalidad, exigen que se las contenga en su origen. La propagación de la resistencia a los antimicrobianos amenaza gravemente los avances logrados en muchas áreas de la lucha contra las enfermedades infecciosas; en concreto, suscita gran preocupación la tuberculosis farmacorresistente (tuberculosis XDR). La fármacorresistencia es también manifiesta en el caso de las enfermedades diarreicas, las infecciones nosocomiales, las infecciones de transmisión sexual, las infecciones de las vías respiratorias, la malaria y la meningitis, y está surgiendo en la infección por VIH.

La cadena alimentaria ha experimentado cambios rápidos e importantes en los últimos 50 años hasta hacerse muy compleja e internacional. Aunque en conjunto la inocuidad de los alimentos ha mejorado de forma espectacular, los avances son irregulares y muchos países sufren con frecuencia brotes de enfermedades transmitidas a través de alimentos contaminados por microorganismos, sustancias químicas y toxinas.

En la raíz de muchas de estas enfermedades están la desnutrición y la falta de acceso a agua potable y medidas de saneamiento básico.

En los últimos años, con el aumento de las actividades de vigilancia e investigación de laboratorio relacionadas con las enfermedades infecciosas, han aumentado también las posibilidades de que se produzcan brotes por liberación accidental de agentes infecciosos. Muchos de estos accidentes se deben a incumplimiento de las medidas de bioseguridad.

1.1.1. VIH/SIDA

La **prevalencia mundial** del VIH esto es, el porcentaje de personas infectadas por el VIH, se ha estabilizado, aunque el sida sigue siendo una de las principales causas de mortalidad en el mundo y la primera en África subsahariana. El porcentaje de personas que viven con VIH se ha estabilizado y el número de nuevas infecciones ha descendido, en parte como resultado del impacto de los programas del VIH. En 2007 se estimaba que vivían con el VIH 33,2 millones (30,6-36,1 millones) de personas, otros 2,5 millones (1,8-4,1) de personas se infectaron y 2,1 millones (1,9-2,4 millones) de personas fallecieron como consecuencia del sida⁵.

Se estima, asimismo, que en **África subsahariana** se produjeron cerca de 1,7 millones (1,4-2,4 millones) de nuevas infecciones por el VIH, lo que representa una importante reducción desde 2001. Sin embargo, esta región sigue estando gravemente afectada. Se estima que 22,5 millones (20,9-24,3 millones) de personas, el 68% del total mundial, viven con el VIH en el África subsahariana. En la actualidad, ocho

países de esa región contabilizan alrededor de la tercera parte de todas las nuevas infecciones por el VIH y de las defunciones por sida en todo el mundo.

Desde 2001, en que se adoptó la Declaración de compromiso de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida, el número de personas que viven con el VIH en **Europa oriental y Asia central** ha aumentado en más del 150%, de 630.000 (490.000-1,1 millones) a 1,6 millones (1,2-2,1 millones) en 2007. En Asia, el número estimado de personas que viven con el VIH en Vietnam se ha duplicado con creces entre 2000 y 2005, e Indonesia presenta la epidemia de crecimiento más rápido.

La **incidencia mundial del VIH**, esto es, el número de nuevas infecciones por el VIH por año, deparó las cifras más altas a finales de los años 1990, con más de 3 millones (2,4-5,1 millones) de nuevas infecciones por año, y se calcula que en 2007 el número de nuevas infecciones está en torno a 2,5 millones (1,8-4,1 millones), lo que representa un promedio de más de 6.800 nuevas infecciones diarias. En los dos últimos años el número de personas **fallecidas por enfermedades relacionadas con el sida** se ha reducido, en parte gracias a los efectos prolongadores de la vida que tiene la terapia antirretrovírica. No obstante, como ya se ha señalado, el sida figura entre las principales causas de mortalidad en el mundo y sigue siendo la principal causa de defunción en África subsahariana.

La prevalencia del VIH entre mujeres embarazadas de 15 a 24 años de edad que acuden a dispensarios prenatales se ha reducido desde 2000/2001 en 11 de los 15 países más afectados. Los datos preliminares también ponen de manifiesto cambios positivos en el comportamiento de riesgo entre los jóvenes en diversos países (Botswana, Camerún, Chad, Haití, Kenya, Malawi, Togo, Zambia y Zimbabwe). Estas tendencias señalan que los esfuerzos de prevención están teniendo efecto en algunos de los países más afectados.

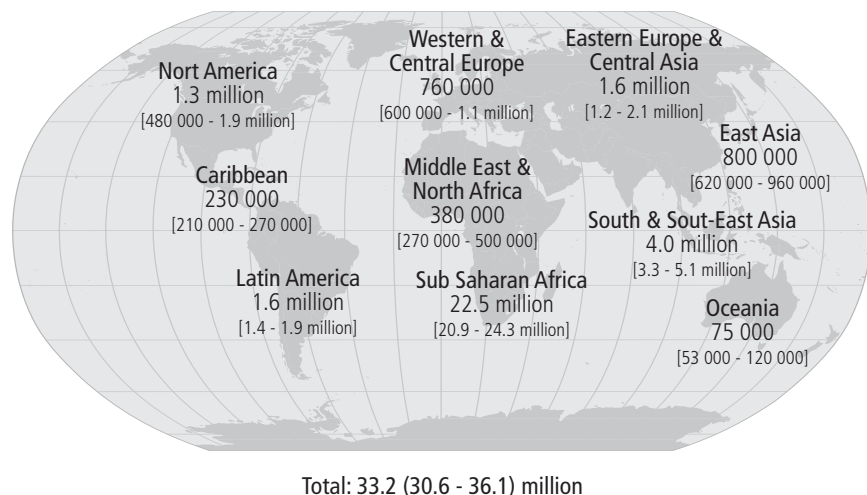
En África subsahariana, la ampliación continua del tratamiento y de los esfuerzos de prevención del VIH también están dando sus frutos en algunos países, pero la mortalidad por sida sigue siendo alta en el continente africano como consecuencia de las importantes necesidades de tratamiento sin satisfacer. Costa de Marfil, Kenya y Zimbabwe, entre otros, han reducido las tendencias en su prevalencia nacional. A parte de África subsahariana, también se han producido descensos en las nuevas infecciones por el VIH en Asia meridional y sudoriental, en particular en Camboya, Myanmar y Tailandia.

La estimación actual de 33,2 millones de personas que viven con el VIH sustituye la estimación de 2006 de 39,5 millones. Aplicando retrospectivamente la **metodología mejorada** a los datos de 2006, el informe de 2007 revisa esa cifra de modo que las estimaciones actuales correspondientes a 2006 señalan que en aquella fecha había 32,7 millones de personas que vivían con el VIH. La mayor razón individual que explica la re-

⁵ ONUSIDA. Situación de la Epidemia del Sida. Noviembre 2007. las cifras entre paréntesis indican la horquilla de datos posibles que se manejan ya que la debilidad de los sistemas de registro impiden disponer de datos precisos.

ducción de las cifras de la prevalencia mundial del VIH en el último año fue la reciente revisión de las estimaciones correspondientes a la India después de una reevaluación intensiva de la epidemia en aquel país. Las estimaciones revisadas para la India, combinadas con importantes revisiones de las estimaciones en cinco países de África subsahariana (Angola, Kenya, Mozambique, Nigeria y Zimbabwe) contabilizan el 70% de la reducción en la prevalencia del VIH comparadas con las estimaciones de 2006.

Estimación del número de adultos y niños que viven con VIH



Grafica 1.1: Estimación del número de adultos y niños que viven con VIH; Fuente: ONUSIDA, 2007

1.1.2. MALARIA

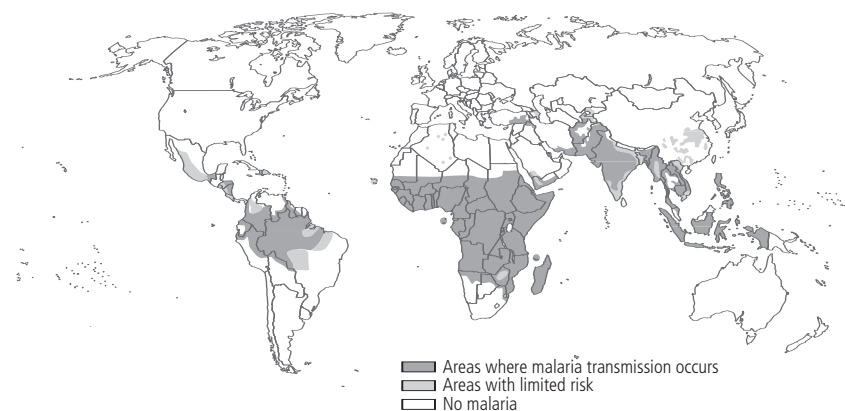
Todos los años el paludismo afecta a entre 350 y 500 millones de personas, causando 1 millón de muertes, el 90% de las cuales se producen en África subsahariana y la mayoría en niños. En concreto, en esta región mueren 2.000 niños al día por esta enfermedad y los que sobreviven pueden ver perjudicado su desarrollo mental y físico debido tanto a la propia enfermedad y sus secuelas como a los días que no asisten a la escuela⁶. Además, debido a que 3.200 millones de personas en 107 países viven en zonas endémicas, la gran cantidad de casos que se producen en adultos suponen una importante pérdida de productividad durante días o semanas, con consecuencias a nivel familiar y a nivel agregado en la economía del país.

⁶ Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe 2005.

Uno de los métodos de prevención más eficaces que se conocen para la malaria es la utilización de redes mosquiteras impregnadas con insecticida. La distribución de estas redes mosquiteras se multiplicó por 10 entre 2000 y 2003. Sin embargo, los datos sobre la proporción de personas que las utiliza finalmente no están disponibles a nivel regional. En cuanto a otras medidas de prevención y la posible vacuna contra la malaria se revisaron en el informe de 2006.

Uno de los retos que afronta la lucha contra el paludismo es la creciente aparición de formas resistentes a los tratamientos convencionales. Existen tratamientos eficaces para estas formas, que consisten en combinaciones de medicamentos basados en la artemisina, pero éstos no se han hecho disponibles para todas aquellas personas que lo necesitan, en parte posiblemente por su alto coste y las dificultades en su distribución. Entre 2001 y 2004, 40 países, la mitad de ellos africanos, modificaron sus normas de tratamiento para implantar los nuevos tratamientos y actualmente muchos otros están en proceso de modificarlas⁷.

Áreas de riesgo de malaria



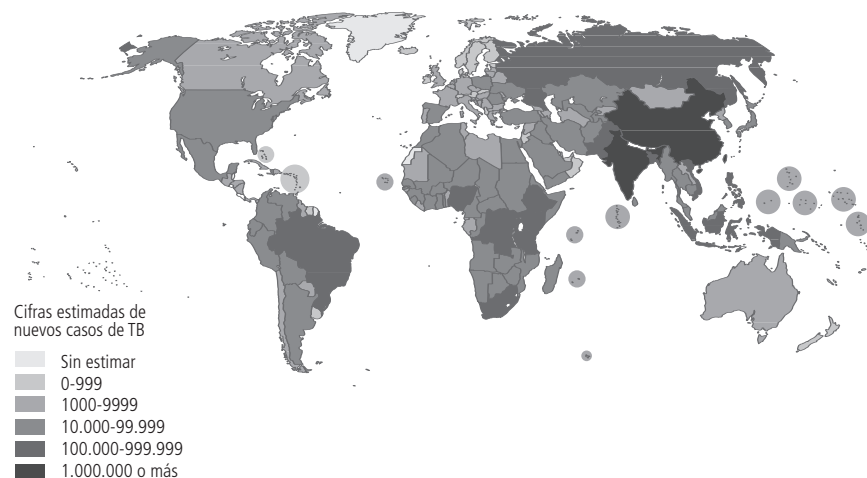
Grafica 1.2: Áreas de riesgo de malaria; Fuente: OMS, 2005.

⁷ Datos del Banco Mundial

1.1.3. TUBERCULOSIS

En 2005 hubo un número estimado de nuevos casos de tuberculosis de 8,8 millones, 7,4 millones de los cuales se registraron en Asia y África subsahariana. Un total de 1,6 millones de personas murieron, de las cuales 195.000 estaban infectadas por el VIH⁸. Actualmente, la tuberculosis es la principal causa de muerte atribuible a un único agente infeccioso en los adultos de los países en desarrollo. En el conjunto de éstos, se producen 275 casos por 100.000 habitantes cada año (datos de 2004⁹). La mayor tasa de nuevos casos se presenta en África, donde se produjeron 540 casos por cada 100.000 habitantes, 25 veces más que en los países de la OCDE. También son muchos los casos en Asia Meridional, que registró una tasa de 315 por cada 100.000 habitantes. La India es actualmente el país de Asia con mayor número de casos, albergando el 38% de las personas con tuberculosis. En los últimos años, los nuevos casos han aumentado de media un 1% cada año, aunque los aumentos más rápidos se han registrado en África subsahariana y en la Comunidad de Estados Independientes (CEI)¹⁰. Aunque el número total de casos aumentó ligeramente en 2005 en estas regiones y en el sudeste Asiático, algunas fuentes recientes¹¹ afirman que la tasa de incidencia se está estabilizando o incluso decayendo en todas las regiones, incluyendo África y Asia.

Cifras estimadas de nuevos casos de Tuberculosis en 2005



Gráfica 1.3: Cifras estimadas de nuevos casos de Tuberculosis en 2005; Fuente: OMS, 2006

⁸ OMS, estadísticas salud mundial. 2007.

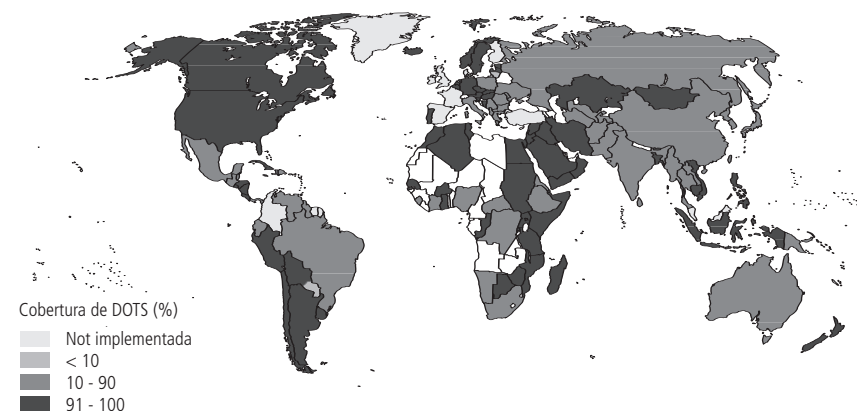
⁹ Informe de Desarrollo Humano.

¹⁰ Datos del Banco Mundial.

¹¹ OMS, estadísticas salud mundial. 2007.

La estrategia DOTS (tratamiento breve bajo observación directa) es el recomendado internacionalmente para el control de la tuberculosis y consiste en que, tras el diagnóstico, se hace un seguimiento de observación directa para la administración del tratamiento. Es una estrategia bastante efectiva, que produce aproximadamente un 80% de curaciones. En la actualidad se detecta y trata con la estrategia DOTS a menos de la mitad de los casos¹².

Población cubierta por la estrategia DOTS (%) en 2001



Gráfica 1.4: Población cubierta por la estrategia DOTS (%) en 2001; Fuente: OMS, 2003

1.1.4. ENFERMEDADES OLVIDADAS

La OMS ha definido las enfermedades olvidadas como aquellas que afectan casi exclusivamente a personas pobres y sin poder, que habitan en zonas rurales de los países en desarrollo¹³. Son enfermedades cuyo impacto global es mínimo, suponiendo aproximadamente un 0,02% de las muertes en el mundo. Sin embargo, en las áreas en las que tienen su mayor incidencia, son endémicas y provocan un gran impacto. Éstas corresponden con regiones en desarrollo para las cuales estas enfermedades suponen importantes problemas de salud pública¹⁴. Algunas de estas enfermedades amenazan la vida, mientras que otras producen altas tasas de morbilidad y severas discapacidades, con alto impacto en la economía y en el desarrollo. Según la OMS,

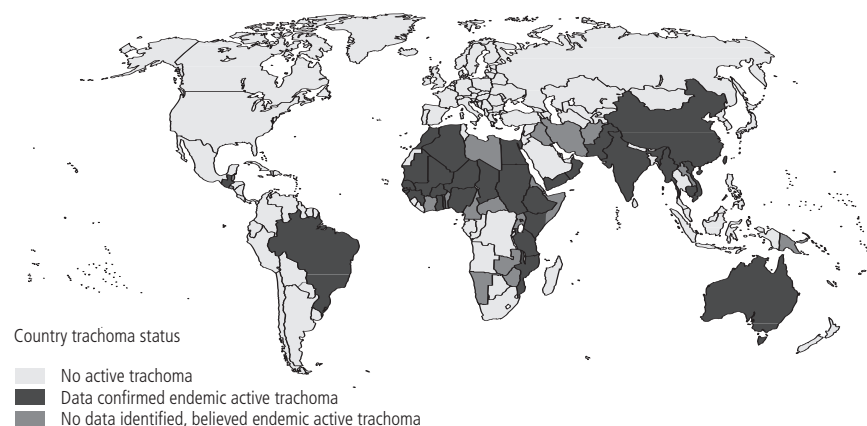
¹² Datos del Banco Mundial.

¹³ Paul Hunt. Enfermedades olvidadas: un análisis de derechos humanos. OMS, 2007

¹⁴ Informe 2005

casi mil millones de personas sufren en la actualidad algún tipo de deformidad o discapacidad permanente debida a estas enfermedades olvidadas. Los datos son escalofriantes: se estima que 2.000 millones de personas están parasitadas por algún tipo de helminto, siendo responsable de la pérdida de 4,7 millones de DALYs¹⁵. El Sudeste asiático y el pacífico occidental encabezan la lista de regiones más afectadas. 81 millones de personas están afectadas por el **tracoma**, correspondiendo casi a 4 millones de DALYs.

Distribución global del Tracoma Activo

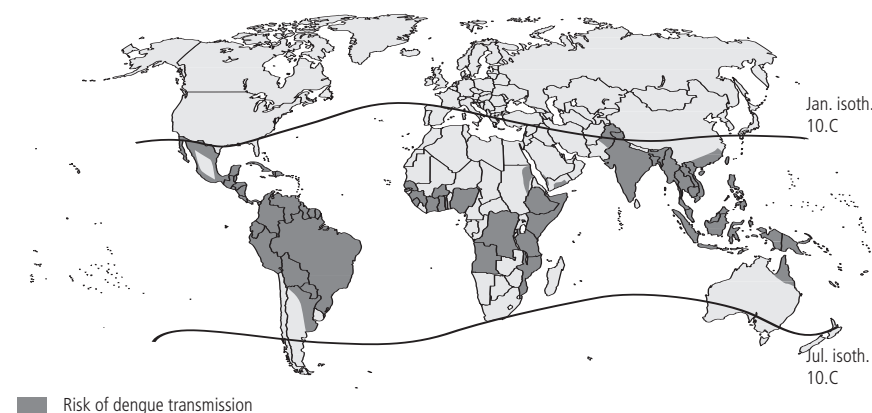


Grafica 1.5: Distribución global del Tracoma Activo
Fuente: International Centre for Eye Health (ICEH), 2005.

También es alta la carga de enfermedad atribuible a la **esquistosomiasis**, con 193 millones de personas afectadas -165 de los cuales viven en África- y casi 1,8 millones de DALYs perdidos por su causa. La **filariasis** linfática afecta a 120 millones de personas, estando muy distribuida entre las diversas regiones, a excepción de Europa. Produce la pérdida de 5,6 millones de DALYs. Hay 12 millones de personas con **leishmaniasis**, produciéndose 2 millones de casos nuevos al año que provocan la pérdida de 2,4 millones de DALYs. Otras enfermedades olvidadas con menor peso son el **dengue**, con 71.000 casos nuevos al año –aunque suponen la pérdida de 653.125 DALYs- y la **lepra**, con 174.000 casos nuevos.

¹⁵ DALY, Disability Adjusted Life Years: es la suma de los años de vida perdidos por causa de mortalidad prematura en la población, y años perdidos por discapacidades producidas por los accidentes procedentes de las condiciones sanitarias

Áreas/países de riesgo en la transmisión del dengue, 2006



Grafica 1.6: Áreas/países de riesgo en la transmisión del dengue, 2006; Fuente: OMS, 2006.

Ambas son especialmente frecuentes en el Sudeste asiático. Por último, se producen cada año 3.154 casos de úlcera de Buruli, 2.515 de los cuales ocurren en África¹⁶.

1.2. ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

1.2.1. SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA¹⁷

La salud sexual se ha vinculado siempre con la salud reproductiva, particularmente desde la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo en 1994, en la que se definía la salud reproductiva incorporando la salud sexual. Sin embargo, este concepto está evolucionando, con el reconocimiento de que la salud sexual es más amplia e integradora que la salud reproductiva. Más que ser un componente, la salud sexual debería de hecho ser vista como una condición subyacente para la salud reproductiva, y al mismo tiempo tiene relevancia a lo largo de toda la vida y no solo durante los años reproductivos.

Si las personas quieren alcanzar la salud sexual y reproductiva, se les debe empoderar para que ejerzan el control sobre su vida sexual y reproductiva, y deben tener acceso a servicios de salud apropiados. Además de que estos derechos, y la capacidad para ejercerlos, constituyen un importante valor en sí mismos, también son la condición para el bienestar y el desarrollo. El abandono y la negación del derecho a la salud sexual y reproductiva está en la raíz de muchos problemas de salud en todo el mundo.

¹⁶ Paul Hunt. Enfermedades olvidadas: un análisis de derechos humanos. OMS, 2007

¹⁷ OMS, Progreso en la investigación en salud reproductiva

El campo de la salud sexual está compuesto por un conjunto de elementos, como son:

- ITS, incluyendo el VIH e infecciones del tracto reproductor (RTI)
- Embarazos no deseados y aborto inseguro
- Infertilidad
- Bienestar sexual (que incluye la satisfacción sexual, el placer y disfunciones)
- La violencia de género y violencia sexual
- Ciertos aspectos de salud mental
- El impacto de discapacidades físicas y enfermedades crónicas en salud sexual
- Mutilación genital femenina

Para abordar estos temas, se requiere una atención especial a la sexualidad, la salud sexual y al sexo seguro, y no únicamente a los temas de salud reproductiva.

Un requisito previo para cumplir los Objetivos de Desarrollo del Milenio relativos a la salud materna y a la supervivencia de la infancia y el VIH/sida -así como los objetivos más amplios sobre salud sexual y reproductiva- es la existencia de un sistema de atención en salud a nivel primario, secundario y terciario. En algunos países, se deberá fortalecer sustancialmente la capacidad de los servicios de salud básicos de manera que se permita la provisión de un rango de servicios integrales y esenciales de salud sexual y reproductiva. La planificación a nivel nacional de la salud sexual y reproductiva tendrá que cubrir mecanismos de financiación sostenibles, recursos humanos, la calidad en la prestación de los servicios y el uso de estos servicios. Acciones necesarias en esta área:

- Hacer que la salud sexual y reproductiva sean centrales en la planificación nacional y en las estrategias de desarrollo, como lo son los documentos de estrategia para la reducción de la pobreza y las estrategias de cooperación de país de la OMS;
- Garantizar que la salud sexual y reproductiva se refleje adecuadamente en los planes de salud nacionales y en las iniciativas globales de salud;
- Priorizar la salud sexual y reproductiva en los paquetes básicos de servicios bajo las reformas de los sectores de salud y en los enfoques sectoriales; y
- Allá donde se introduzcan nuevos mecanismos financieros como los gastos compartidos, diseñar vías para facilitar el acceso a los servicios por parte de los adolescentes, los pobres y otros grupos en desventaja social, para hacer un seguimiento de los efectos de estas políticas y para adaptarlos a las condiciones locales.¹⁸

¹⁸ Reproductive Health Strategy to Accelerate Progress Towards the Attainment of International Development Goals and Targets, Geneva, World Health Organisation, 2004.

1.2.2. OTROS PROBLEMAS DE SALUD

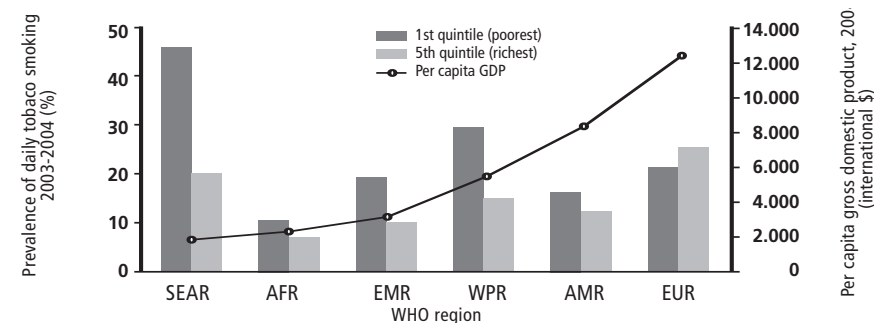
1.2.2.1. Enfermedades crónicas

Actualmente el mundo vive una epidemia de enfermedades crónicas: se prevé que a nivel global, las cuatro principales causas de muerte en 2030 sean la enfermedad de isquemia coronaria, la enfermedad cerebrovascular, el VIH/sida y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Si bien esta situación es más acusada en los países de renta alta, los países desarrollados no son ajenos a ella. En África, este grupo de enfermedades produce más del 21 % de las muertes totales, y en Asia meridional más del 50%. En Europa esta cifra es de casi el 86%¹⁹. A pesar de que constituyen una causa importante de discapacidad y muerte, este grupo de enfermedades rara vez se tienen en consideración al abordar los problemas de salud del mundo en desarrollo.

1.2.2.2. Tabaquismo

Posiblemente uno de los problemas más graves lo representa la alta prevalencia de tabaquismo en la mayoría de las regiones.

Consumo de tabaco diario en adultos de 18 o más años, por quintil de ingresos y por región



SEAR, South-East Asia; AFR, African; EMR, Eastern Mediterranean; WPR, Western Pacific; AMR, Americas; EUR, European

Grafica 1.7: Consumo de tabaco diario en adultos de 18 o más años, por quintil de ingresos y por región OMS; Fuente: OMS, Estadísticas de Salud Mundial, 2007,

¹⁹ Informe sobre la salud en el mundo 2004.

El tabaco se ha relacionado fuertemente con las enfermedades cardiovasculares y el cáncer y, actualmente, constituye la primera causa de muerte prevenible a nivel global²⁰. El número total de muertes atribuibles al tabaco se prevé que aumentará de la cifra actual de 5,4 millones de personas (datos de 2005), a 6,4 millones en 2015 y a 8,3 millones en 2030. Se estima que en 2015 el tabaco provocará la muerte de un 50% más de gente que el VIH/sida y será responsable de un 10% de las muertes totales²¹. Se puede hablar de una verdadera pandemia del tabaquismo y de las enfermedades asociadas a él²². Aproximadamente 1.300 millones de personas fuman en todo el mundo: 1.000 millones de hombres y 250 millones de mujeres. Y son los pobres los que tienden a fumar más²³. En todas las regiones excepto en Europa, el quintil más pobre fuma considerablemente más que el quintil más rico. Del mismo modo, países en desarrollo presentan índices de tabaquismo igualmente altos. Es el caso del Sudeste asiático, donde el quintil más pobre tiene las tasas de fumadores más altas del mundo, más de un 45%. En África esta cifra es del 10%, la más baja, mientras que en Europa ronda el 20%²⁴. A pesar de su importancia, rara vez se hace mención a este tema al abordar la salud de los países en desarrollo.

1.2.2.3. Cáncer

En relación con el consumo de tabaco, pero también con otros factores, están las altas tasas de incidencia y de mortalidad por cáncer, que están en aumento. En 2005, de 58 millones de defunciones registradas en todo el mundo, 7,6 millones se debieron al cáncer. Más del 70% de todas las muertes por cáncer se producen en los países de ingresos bajos y medios, donde los recursos disponibles para la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad son limitados o inexistentes²⁵.

Una mención especial merece el cáncer de cérvix, el más frecuente en las mujeres de los países en desarrollo. Se trata de un cáncer muy relacionado con algunos tipos del virus del papiloma, que se adquiere por transmisión sexual y, muchos años después, puede dar lugar a lesiones neoplásicas. En los países desarrollados, a través de programas de detección y tratamiento precoz se ha aumentado espectacularmente la tasa de curaciones, de manera que hoy en día constituye un problema de segundo orden de importancia. No es así en los países en desarrollo en los que estos programas de detección precoz no tienen buenas coberturas. Además, se acaba de aprobar la vacuna para el virus del papiloma humano y está por ver qué acceso a la misma van

²⁰ OMS

²¹ Mathers CD, Loncar D.

²² Tobacco control country profiles. 2003.

²³ OMS

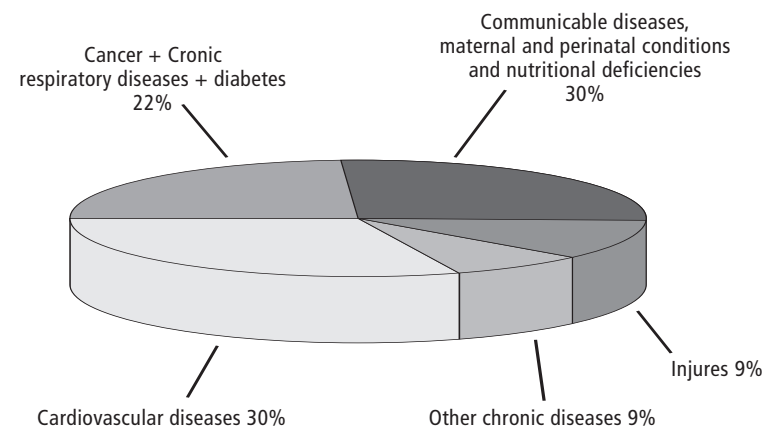
²⁴ World Health Survey

²⁵ OMS.

a tener las personas que más la necesitan: las mujeres que viven en países en los que este cáncer tiene alta incidencia y alta mortalidad. La comunidad internacional debe hacer todo lo posible por hacer esta vacuna disponible a esta población.

1.2.2.4. Enfermedades cardiovasculares

Enfermedades cardiovasculares; Fuente: OMS, 2007



Grafica 1.8: Enfermedades cardiovasculares; Fuente: OMS, 2007.

Las enfermedades cardiovasculares están causadas por desórdenes en el corazón y en los vasos sanguíneos. Incluye enfermedades coronarias (infartos), enfermedades cerebro vasculares, aumento de la presión sanguínea (hipertensión), enfermedades de las arterias periféricas, enfermedades reumáticas del corazón, enfermedades congénitas del corazón y fallo cardíaco. Las causas principales de las enfermedades cardíacas son el consumo de tabaco, inactividad física y una dieta inadecuada. La causa número uno de muerte globalmente es la enfermedad cardíaca y se prevé que siga siendo la principal causa. Se estima que 17'5 millones de personas murieron por enfermedad cardíaca en 2005, representando el 30% de todas las enfermedades globalmente. De éstas, 7'6 millones se debieron a ataques al corazón y 5'7 millones a infartos. Alrededor del 80% de estas muertes sucedieron en países de rentas bajas y medias. Si no se llevan a cabo acciones apropiadas para el 2015, se estima que 20 millones de personas morirán de enfermedades cardiovasculares cada año, principalmente de ataques al corazón e infartos.

1.2.2.5. Salud Mental:

La salud mental se define como un estado de bienestar por el cual cada persona realiza su propio potencial, puede afrontar el estrés normal de la vida, puede trabajar productivamente y fructíferamente, y es capaz de contribuir en su comunidad.

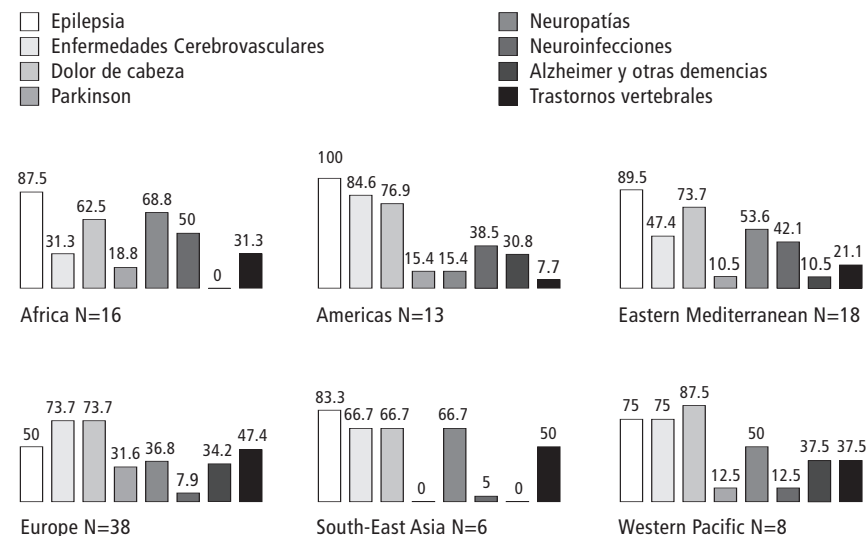
En la mayoría de los países, particularmente en los países de rentas bajas o medias, los servicios de salud mental están viendo recortados sus recursos drásticamente, tanto los humanos como los financieros. De los recursos actuales de atención sanitaria disponibles, la mayoría se están dedicando al tratamiento especializado y la atención de los enfermos mentales, y en menor medida al desarrollo de sistemas integrados de salud mental. En vez de proporcionar servicios de atención en grandes hospitales psiquiátricos, los países deberían integrar la salud mental dentro de la atención primaria de salud, proporcionar servicios de salud mental en los hospitales de carácter general y desarrollar servicios de salud mental centrados en la comunidad.

Mucha menos financiación, si cabe, se encuentra disponible para la promoción de la salud mental, un concepto paraguas que cubre una gran diversidad de estrategias, todas dirigidas a conseguir un efecto positivo sobre la salud mental. Entre las estrategias aplicadas en este ámbito se encuentran el desarrollo de habilidades y recursos personales, y mejoras en el contexto socio económico.

La promoción de la salud mental requiere acciones multi-sectoriales que impliquen tanto a los distintos sectores del gobierno como a las organizaciones no gubernamentales y comunitarias. El foco se debe centrar en la promoción de la salud mental a través de todo el ciclo vital de manera que se garantice un comienzo saludable en la vida de los niños y prevenir desordenes mentales tanto en el periodo adulto como en la vejez.

A continuación se muestran algunos datos y cifras que ilustran la situación actual en este ámbito:

Trastornos neurológicos más frecuentes reportados en atención primaria, por regiones



Grafica 1.9: Trastornos neurológicos más frecuentes reportados en atención primaria, por regiones OMS. Informes por país (%); Fuente: Atlas de Neurología, OMS, 2004.

- Los desórdenes neurológicos y conductuales son comunes a todos los países y causan un gran sufrimiento ya que las personas afectadas se ven sometidas a menudo a aislamiento social, una pobre calidad de vida y una alta mortalidad.
- Cientos de millones de personas en todo el mundo están afectados por desórdenes mentales, conductuales, neurológicos y por uso de sustancias estupefacientes. Por ejemplo, según las estadísticas elaboradas por OMS en 2002, hay 154 millones de personas en todo el mundo sufren de depresión y 25 millones de esquizofrenia; 91 millones de personas están afectadas por desórdenes por uso de alcohol y 15 millones por desordenes causados por el uso de drogas. Un informe publicado recientemente por la OMS señala también que 50 millones de personas sufren de epilepsia y 24 millones de Alzheimer y otras demencias.
- Además de los datos anteriores, muchos otros desórdenes afectan al sistema nervioso o producen secuelas neurológicas. Las proyecciones se basan en un estudio de la OMS donde se señala que en todo el mundo, en 2005, 326 millones de personas sufren de migrañas, 61 millones de enfermedades cerebro vasculares, 18 mi-

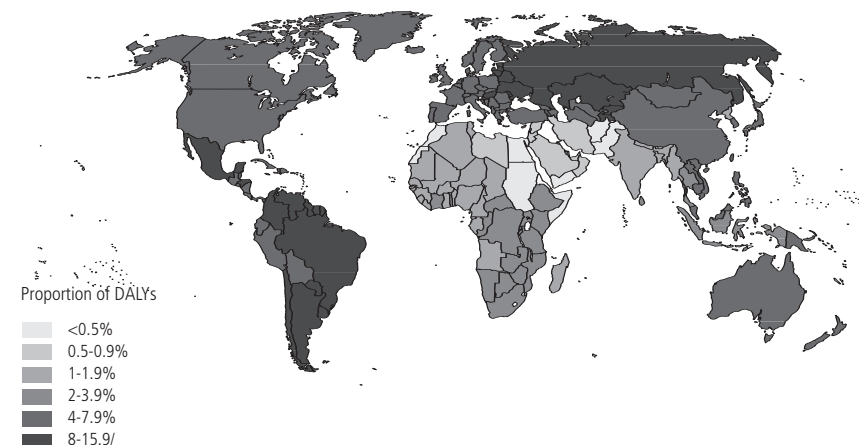
llones de infecciones neurológicas o sufren secuelas de infecciones neurológicas. También se añaden a estas cargas, aquellas personas con secuelas neurológicas por desórdenes nutricionales o neuropatías (352 millones) y secuelas neuronales indirectas por heridas (170 millones).

- Cerca de 877.000 personas mueren al año por suicidio.
- Uno de cada cuatro pacientes que visitan los servicios de salud tienen, al menos, un desorden mental, neurológico o conductual, aunque la mayoría de éstos ni se diagnostican ni se tratan.
- La mayoría de los desórdenes mentales tienen tratamiento eficaz si bien los fondos destinados a este ámbito de la salud son escasos y en la mayoría de los países de renta media y baja apenas supone el 1% del gasto en salud. La aplicación y seguimiento del tratamiento de los pacientes con desórdenes mentales es indispensable para la integración de estas personas en la sociedad.

1.2.2.6. Alcohol

El consumo de alcohol tiene consecuencias sociales y sobre la salud por intoxicación (borrachera), dependencia (beber habitual, compulsivamente y a largo plazo), y otros efectos bioquímicos. Además de las enfermedades crónicas que pueden afectar a los alcohólicos después de muchos años de consumo abusivo, el alcohol conlleva traumas como muertes o discapacidades a una temprana edad, con resultados como la pérdida de muchos años de vida, la discapacidad o la muerte. Hay cada vez más datos que confirman que aparte del volumen de alcohol, la pauta de consumo es relevante para las consecuencias sobre la salud. Sobre todo se observa una relación causal entre el consumo de alcohol y más de 60 tipos de enfermedades y daños. Se estima que el alcohol causa cerca del 20-30% del cáncer esofágico, cáncer de hígado, cirrosis hepática, homicidio, epilepsia y accidentes de tráfico en todo el mundo. Asimismo, causa 1,8 millones de muertes (3,2% del total) y 58,3 millones (4% del total) de los DALYs. Solamente contando los daños involuntarios, éstos suponen un tercio de las 1,8 millones de muertes; mientras que las condiciones neuropsiquiátricas son responsables de cerca del 40% de los 58,3 millones de DALYs. La carga no se distribuye equitativamente entre los países, como se muestra en el mapa.

Carga de enfermedad atribuible al ALCOHOL (% de DALY en cada región)



Grafica 1.10: Carga de enfermedad atribuible al ALCOHOL (% de DALY en cada región)
Fuente: OMS, 2007.

2/ OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO

La comunidad internacional ha asumido propuestas concretas teniendo en cuenta no sólo la vinculación existente entre salud y desarrollo, sino también las dificultades para lograr un nivel adecuado de salud y, por ende, de desarrollo. En numerosas ocasiones, los Estados miembros de Naciones Unidas han manifestado su compromiso con la salud y el desarrollo. En esta línea se enmarcan los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) suscritos por 189 Estados en septiembre del año 2000. Su objetivo final es lograr la erradicación de la pobreza y el desarrollo sostenible. De los ocho objetivos, tres están relacionados específicamente con la salud.

En la Asamblea General de Naciones Unidas de 2005, 154 jefes de Estado y 900 ministros evaluaron la implementación de la Declaración del Milenio de 2000 y analizaron algunas medidas para el cumplimiento de los ODM. Diferentes actores internacionales pidieron actuaciones concretas para acelerar la consecución de los ODM, pero no se logró el compromiso efectivo deseado²⁶.

A continuación abordamos el estado de progreso en la consecución de los ODM en la actualidad, específicamente de los ODM de salud a través de las metas e indicadores establecidos para su seguimiento y evaluación.

²⁶ <http://www.globalpolicy.org/eu/en/publ/fespaper5aftersummit2005es.pdf>

2.1. OBJETIVO DE DESARROLLO DEL MILENIO NÚMERO 4: REDUCIR LA MORTALIDAD INFANTIL

Meta 5: Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la tasa de mortalidad de los niños menores de cinco años.

A pesar de haberse producido avances, éstos no han sido homogéneos en todos los países y son insuficientes para lograr este objetivo en la mayoría de ellos. Sólo tres regiones, Latinoamérica y Caribe y Europa y Asia Central están cercanas a lograr la meta a nivel regional. Según los datos disponibles, tan sólo 35 países lo lograrían²⁷. África subsahariana es la que presenta los peores indicadores.

La mortalidad infantil está especialmente asociada a la pobreza. Se considera el indicador sanitario que más se relaciona con las condiciones generales de vida, incluyendo condiciones socioeconómicas y otras como la alfabetización de las mujeres. Se relaciona especialmente con el acceso a agua potable y saneamiento y con el estado de nutrición. En 2005, 178 millones de niños menores de 5 años habitantes en los países en desarrollo (el 32%) tenían hipoprecimiento, muy relacionado con una malnutrición crónica. Esta malnutrición es una de las claves en la morbilidad y mortalidad que puedan sufrir los niños por otras causas.

Por todo ello, la mortalidad infantil, además de representar un acontecimiento de fuerte impacto humano, es también un buen indicador del desarrollo en salud en su sentido más amplio.

Indicador 13: Tasa de mortalidad de menores de cinco años

Según los datos más recientes²⁸ en 2004 se produjeron 10,8 millones de muertes en menores de 5 años, lo que supone casi 30.000 muertes al día. A pesar de la escalofriante cifra la mortalidad en los niños está disminuyendo, ya que en 1990 se produjeron 2,1 millones de muertes más que en 2004.

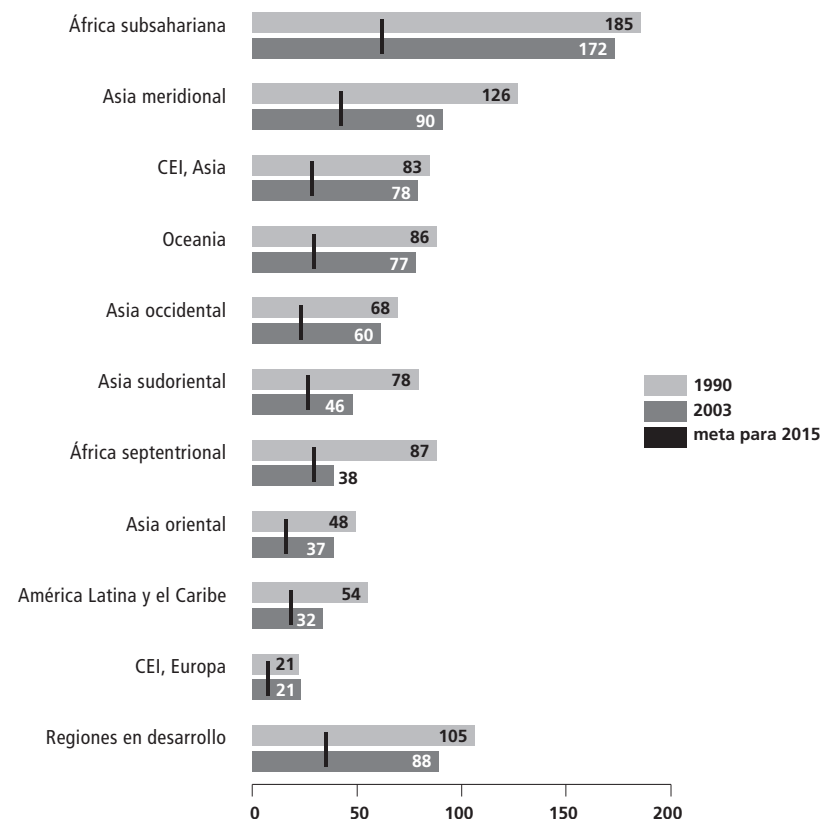
En Latinoamérica, Caribe, Sudeste y Este de Asia, así como en el Norte de África, las tasas de mortalidad infantil están disminuyendo a un ritmo del 3% anual. Sin embargo estas tendencias positivas no son suficientes para cumplir los ODM, no son homogéneas entre los países y además no se dan en África subsahariana, donde ningún país está en camino de cumplir el objetivo²⁹. Además, el ritmo de progreso se ha ralentizado en los últimos años y persisten graves desigualdades. En los países en des-

²⁷ datos del Banco Mundial.

²⁸ Informe de Desarrollo Humano. 2006.

²⁹ AFGH. 2006.

Tasa de mortalidad de niños menores de 5 años por cada 1.000 nacidos vivos, 1990 y 2003



Grafica 1.11: Tasa de mortalidad de niños menores de 5 años por cada 1.000 nacidos vivos, 1990 y 2003; Fuente: NNUU, Informe ODM, 2005.

arrollo 1 de cada 12 niños muere antes de los 12 años. Esta cifra contrasta con los países de renta alta, en los que muere 1 de cada 140³⁰.

Una vez más, África subsahariana es la que presenta peores indicadores, con una tasa en el año 2004 de 174 por cada 1.000 nacidos vivos, produciéndose allí casi la mitad de las muertes, a pesar de que sólo alberga el 20% de los niños. Además, apenas ha presentado avances desde 1990, fecha en la cual esta tasa fue de 185. Este

³⁰ datos del Banco Mundial. Año 2006.

estancamiento se atribuye a servicios médicos deficientes, a la existencia de diversos conflictos y al sida. La segunda región más preocupante es Asia Meridional, con tasas de 84 por 1.000, en la que se producen más de una tercera parte de las muertes. En América Latina y Caribe fue de 31. En los Países Menos Adelantados tomados en conjunto la tasa de mortalidad en menores de 5 años en 2004 fue de 147 por 1.000 nacidos vivos, frente a 83 en el conjunto de los países en desarrollo³¹.

Indicador 14: Tasa de mortalidad infantil (de 0 a 1 año)

La situación es parecida a la anterior. Hay que tener en cuenta que el 37% de la mortalidad en menores de 5 años se debe a causas neonatales, gran parte de las cuales podrían evitarse con una mejor atención materno-infantil, antes y después del parto. En África subsahariana la mortalidad en menores de 1 año en 2004 fue de 103 por 1.000 nacidos vivos, 17 veces más que en los países de ingresos altos. La segunda región con mayor tasa es Asia Meridional con 62. En América Latina y Caribe es relativamente baja, de 26³². Para mejorar esta tasa es fundamental el papel de educación sanitaria materna, que se promuevan los controles post parto y los hábitos saludables como la lactancia materna y que se eviten los peligros de comportamientos poco o nada saludables.

Indicador 15: Proporción de niños de un año inmunizados contra el sarampión

Aunque la incidencia de sarampión está disminuyendo en los países en desarrollo, todavía se producen 30 millones de casos al año, causando 600.000 muertes cada año y produciendo graves secuelas como ceguera o sordera. El 99% de las muertes por sarampión tienen lugar en países en desarrollo. Además, ésta es la enfermedad prevenible por inmunización que mayor mortalidad produce en los niños, algo que no debería permitirse ya que la vacuna es segura, eficaz y barata. Este indicador es también importante por reflejar la calidad de la atención sanitaria a los niños³³.

Entre 1990 y 2004, los niveles de inmunización pasaron del 56% al 65% en África subsahariana y del 58% al 62% en el Sur de Asia, siendo estas regiones las que presentan las menores coberturas, con treinta puntos porcentuales menos que los países de renta alta (datos de 2004). América Latina y Caribe presenta cifras similares a la OCDE, un 92%³⁴.

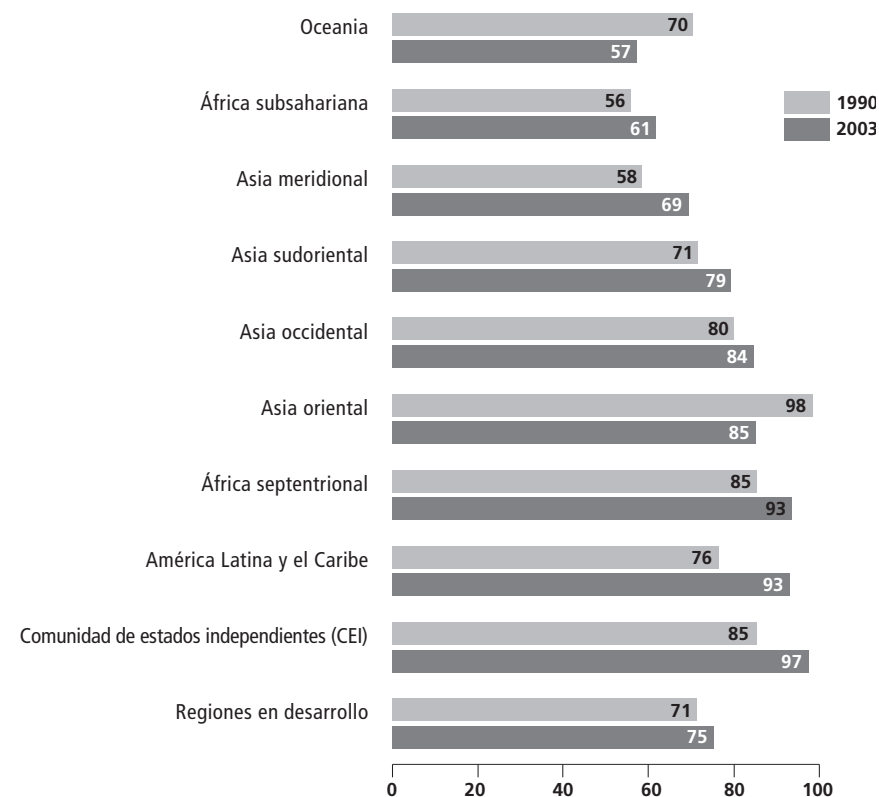
³¹ Informe de Desarrollo Humano 2006.

³² Informe de Desarrollo Humano 2006.

³³ Datos del Banco Mundial. 2006.

³⁴ Datos del Banco Mundial y del Informe de Desarrollo humano 2006.

Proporción de niños (12 a 13 meses de edad) inmunizados contra el sarampión, 1990 y 2003 (porcentaje)



Gráfica 1.12: Proporción de niños (12 a 13 meses de edad) inmunizados contra el sarampión, 1990 y 2003 (porcentaje); Fuente: NNUU, Informe ODM, 2005.

La mayoría de las muertes en niños son causadas por enfermedades prevenibles: 19% infecciones respiratorias agudas, 17% diarrea, 8% malaria, 4% sarampión y 3% sida³⁵. La malnutrición contribuye a más de la mitad de estas muertes. La mayoría de estas enfermedades podrían evitarse aplicando medidas de prevención y tratamiento de bajo coste como el acceso a agua segura y a saneamiento básico, la promoción

³⁵ Datos del Banco Mundial. 2006.

de la lactancia materna, la administración de antibióticos y de terapias de rehidratación oral, la inmunización, la utilización de mosquiteras impregnadas con insecticida, o la administración de tratamientos adecuados para el paludismo.

Cada año mueren casi 11 millones de menores de cinco años de edad. La reducción conseguida hasta ahora es insuficiente. En 16 países, 14 de los cuales se encuentran en África, la mortalidad de menores de cinco años es superior a la registrada en 1990.

Una experiencia exitosa en la mejora de la nutrición infantil y la reducción de las enfermedades diarreicas agudas y las infecciones respiratorias agudas

PROSALUS

Mejora de la salud infantil en Perú a través de la alimentación y la educación para la salud.

La desnutrición y la falta de acceso a agua potable y medidas de saneamiento básico están en el origen de las principales causas de morbilidad infantil en los países en desarrollo. Las consecuencias físicas y psíquicas de la desnutrición en los menores de 5 años son prácticamente irreversibles y se expresan en retardo en el crecimiento físico, desarrollo mental, capacidad de aprendizaje y rendimiento; así como también en el mayor riesgo de muerte.

Quispicanchi es una provincia de Cusco, Perú, que cuenta con un total de 78.853 habitantes, de los cuales dos tercios viven en el campo y más del 50% de la población se encuentra entre los 0 y 19 años. Mientras que la tasa nacional de mortalidad infantil para el Perú en el año 2000 fue de 67,4 por mil, en Quispicanchi se elevó a 92 por mil. Además, tres de cada cinco niños en esta zona están desnutridos, a lo que se añade la alta prevalencia de enfermedades diarreicas y respiratorias agudas relacionada directamente con la carencia de sistemas de saneamiento básico y el consumo de agua contaminada.

Quispicanchi se encuentra en una zona con condiciones geográficas y climatológicas muy adversas para disponer de una diversidad de producción alimentaria que garantice los nutrientes necesarios.

Según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud Familiar, el porcentaje promedio nacional de desnutrición crónica en menores de cinco años, se estima en 36,5% y ésta se eleva a 53% en la sierra rural, en donde la principal y casi única fuente proveedora de alimentos para la familia campesina es la actividad agropecuaria, limitada por la cantidad y la fragilidad de los recursos que posee.

Prosalus trabaja con la organización no gubernamental peruana Fe y Alegría desde hace 14 años con el objetivo de mejorar la salud infantil y reducir la prevalencia de las enfermedades diarreicas y respiratorias agudas endémicas en la zona. Para ello se incide en tres de los nueve componentes de la Atención Primaria de Salud (APS).

- Educación sanitaria y promoción de la salud en el ámbito escolar y familiar sobre prácticas de higiene y manipulación de los alimentos. Mejorar las prácticas familiares en salud, nutrición e higiene mediante acciones de capacitación y asesoramiento.
- Adecuado abastecimiento de alimento y promoción de la buena alimentación mediante la instalación de invernaderos que hacen posible el cultivo de verduras y hortalizas que sirven de fuente de vitaminas y minerales. Al mismo tiempo se educa en métodos de cocina y consumo de estos productos.

- Abastecimiento de agua potable y saneamiento básico a través de la instalación de baños fundamentalmente en las escuelas.

Uno de los elementos clave para el éxito de la APS es la participación de la comunidad. En el caso del trabajo de Prosalus con la ONG Fe y Alegría la participación se contempla como un eje del proyecto mediante el fortalecimiento de la sociedad civil y facilitación de espacios de concertación y participación ciudadana para la gestión responsable.

Pese a que no se dispone de estadísticas que puedan demostrar numéricamente el éxito del proyecto la población sí ha percibido sus beneficios no solo desde el punto de vista de la salud, ya que la introducción de un nuevo recurso productivo se contribuye a la reducción de la pobreza.

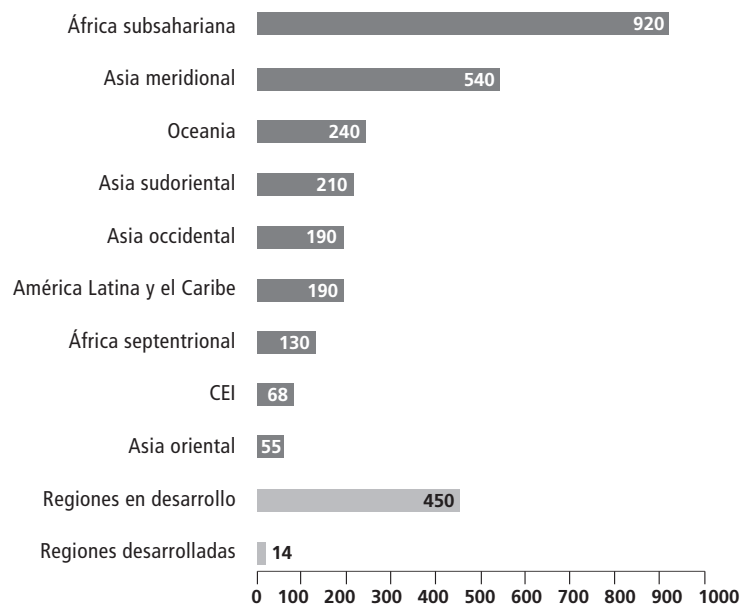
2.2. OBJETIVO DE DESARROLLO DEL MILENIO NÚMERO 5: MEJORAR LA SALUD MATERNA

Meta 6: Reducir en tres cuartas partes, entre 1990 y 2015, la tasa de mortalidad materna.

Aunque existen pocos datos disponibles para valorar la evolución de este objetivo, puede afirmarse que se han producido mejoras, si bien éstas han afectado sobre todo a regiones con tasas de mortalidad moderadas o bajas, pero no a las que presentan los peores indicadores: África subsahariana y Asia Meridional. Cada año, durante el embarazo o el parto mueren más de 500.000 mujeres, pese a que en Asia Sudoriental y África del Norte ha aumentado la proporción de partos asistidos. La mortalidad materna en el África subsahariana es 1.000 veces mayor que en los países de ingresos altos.

La mortalidad materna se relaciona con múltiples causas, entre ellas la desnutrición o la presencia de enfermedades concomitantes como malaria. Sin embargo, la mortalidad materna se considera también uno de los mejores indicadores de accesibilidad a los servicios de salud, ya que barreras en el acceso a los mismos se encuentran en la base de muchas de estas muertes que podrían haberse evitado. No en vano, este es el indicador sanitario en el que mayor desigualdad se encuentra entre los países en desarrollo y los desarrollados. Por ello es necesario aumentar el número de partos que son atendidos por personal médico, de enfermería o parteras capacitadas para prevenir, detectar y tratar las complicaciones obstétricas. Así mismo, la mortalidad materna está en relación con la disponibilidad y utilización de servicios de planificación familiar.

Razón de mortalidad materna por cada 100.000 bebés nacidos vivos, 2000



Gráfica 1.13. Razón de mortalidad materna por cada 100.000 bebés nacidos vivos, 2000; Fuente: NNUU, Informe ODM, 2005.

Indicador 16: Tasa de mortalidad materna

Más de medio millón de mujeres mueren por causas relacionadas con el embarazo y el parto cada año, y veinte veces este número sufren lesiones o incapacidades graves³⁶. El 99% de éstas ocurren en países en desarrollo, y más de la mitad en África³⁷. En el año 2000, el riesgo de morir en el conjunto de los países en desarrollo fue de 450 por cada 100.000 nacidos vivos. En África subsahariana esta cifra asciende a 920, siendo la región que registró las tasas más altas³⁸. La siguiente región con mayor mortalidad materna es Asia Meridional, con una tasa de 540. En América Latina y Caribe es más baja, aunque todavía elevada, de 190 (datos del año 2000).

³⁶ Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe de 2005.

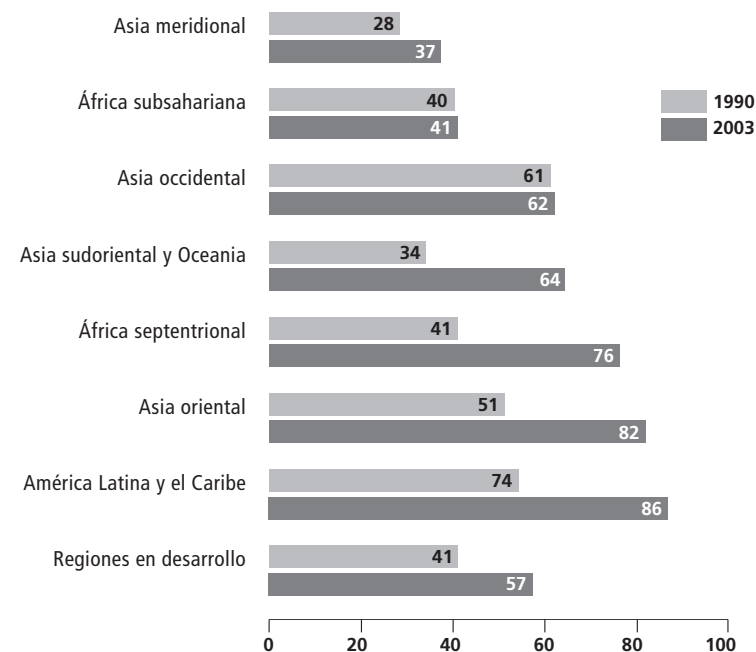
³⁷ Datos del Banco Mundial. 2006.

³⁸ Objetivos de Desarrollo del Milenio, Informe 2005.

Indicador 17: Proporción de partos atendidos por personal de salud especializado.

Desde 1990 se han logrado progresos en este indicador para la mayoría de las regiones. Una vez más la excepción a esto ha sido África subsahariana que, presentando un 40% de partos atendidos por personal cualificado en 1990, tan sólo ha aumentado a un 43% en 2004. Incluso, en algunos países africanos –Zambia, Kenia– se han producido retrocesos³⁹. Es posible que tanto la epidemia por VIH/sida como la fuga del personal sanitario especializado sean factores que intervienen en la evolución negativa de este indicador en éstos países de África. Por otra parte, Asia Meridional, si bien se han producido algunos progresos, continúa siendo la región que presenta los peores indicadores a este respecto: 28% en 1990 y 38% en 2004.

Proporción de partos atendidos por personal sanitario cualificado, 1990 y 2003 (porcentaje)



Gráfica 1.14. Proporción de partos atendidos por personal sanitario cualificado, 1990 y 2003 (porcentaje); Fuente: NNUU, Informe ODM, 2005.

2.3. OBJETIVO DE DESARROLLO DEL MILENIO NÚMERO 6: COMBATIR EL VIH/SIDA, EL PALUDISMO Y OTRAS ENFERMEDADES

Meta 7: Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la propagación del VIH/sida.

Aunque este tema se ha tratado anteriormente en éste capítulo, en la sección 1.1.1., aquí desarrollamos algunos aspectos que se consideran de especial relevancia.

Los indicadores para medir el avance en la lucha contra el VIH/sida y la aplicación efectiva de medidas preventivas por parte de la población son complicados de medir y no siempre están disponibles para algunas de las regiones del mundo.

Las perspectivas de alcanzar un gran número de objetivos son sombrías en muchos países, pese a los buenos resultados obtenidos en otros. El empeoramiento de la pandemia mundial de VIH/sida ha hecho retroceder la esperanza de vida y los beneficios económicos obtenidos en muchas partes de África.

Los siguientes indicadores no reportan modificaciones desde el anterior informe:

- Indicador 18: Prevalencia de VIH en las mujeres gestantes entre 15 y 24 años
- Indicador 19: Proporción del uso del preservativo dentro de la tasa de uso de anticonceptivos
- Indicador 19 a: Uso de preservativos en la última relación sexual de alto riesgo
- Indicador 19 b: Proporción de la población entre 15 y 24 años con conocimientos amplios y correctos sobre el VIH/sida
- Indicador 20: Relación entre la asistencia escolar de huérfanos y de los no huérfanos de entre 10 y 14 años

Indicador 19 c: Tasa de prevalencia de uso de anticonceptivos

Actualmente hay 200 millones de mujeres que no cuentan con los servicios anticonceptivos seguros y eficaces que necesitan. En el continente africano la prevalencia de uso de cualquier método anticonceptivo se estimó en 27,4% en el año 2001, no habiéndose encontrado datos más recientes. De éstos, usaban métodos modernos un 20,4%. En Asia Meridional fue de 48,3%. En América Latina y el Caribe la proporción estimada fue bastante alta, de un 71,7% en 1998, siendo el Caribe la subregión con menor prevalencia -61,4%-⁴⁰.

³⁶ Reproductive Health Indicators Database.

Meta 8: Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la incidencia de malaria y otras enfermedades graves

Indicador 21: Tasas de prevalencia y mortalidad asociadas al paludismo

Indicador 22: Proporción de personas en riesgo que aplica medidas eficaces de prevención y tratamiento del paludismo

Indicador 23: Tasas de prevalencia y mortalidad asociadas a la tuberculosis

Indicador 24: Proporción de casos de tuberculosis detectados y curados con DOTS

Este tema se ha tratado anteriormente en éste capítulo en la sección 1.1.2. y en la sección 1.1.3.

Como conclusión general, se puede afirmar que se requieren muchos más recursos, no sólo financieros. El nivel actual de gastos en la esfera de la salud en la mayor parte de los países de ingresos bajos es insuficiente para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud. A nivel mundial, las estimaciones sobre las necesidades actuales son:

- Una duplicación de la ayuda, de US\$ 50.000 a US\$ 100.000 millones por año, para el conjunto de los ODM;
- Para el 2007, US\$ 20.000 millones anuales totales a fin de sufragar gastos relacionados con el VIH/sida;
- Cinco veces más fondos de donantes para sufragar gastos en beneficio de la salud

Los progresos dependerán asimismo de que las políticas sean correctas, de que las instituciones responsables de aplicarlas funcionen eficazmente, de que los sistemas de salud funcionen bien y traten equitativamente a las personas, y de que haya personal suficiente para realizar todo el trabajo.

UNA EXPERIENCIA DE COOPERACIÓN EXITOSA EN VIH/SIDA

MÉDICOS DEL MUNDO

Integración y transferencia. Lecciones aprendidas Caso de Karatu y Ngorongoro, Tanzania

Al igual que otros países de África subsahariana, en Tanzania la pandemia del Sida se ha convertido en uno de los problemas acuciantes que impiden el desarrollo del país, golpeando con saña un segmento de la población especialmente decisiva para la consolidación del progreso, justamente aquella más joven, capacitada, activa y en edad reproductiva.

Cuando las cifras de mortalidad materno-infantil comenzaban a remitir gracias a las políticas de apoyo de los países desarrollados y a las propias actuaciones de los gobiernos tanzanos, pero también gracias a una mejora de la salud en general y las condiciones de salubridad en particular, aparece el problema del Sida con una prevalencia que se estima de 8% a 12% de adultos VIH+ entre la población de Tanzania.

No hay ninguna duda de que los efectos del VIH/sida en Tanzania siguen siendo desastrosos para el desarrollo humano en ese país. Y sin embargo, las peores repercusiones de la epidemia sobre la gente, las comunidades y la economía están todavía por llegar. Los especialistas en cuestiones de salud dicen que el país solamente ha experimentado un 10% del total de las enfermedades y las muertes que se esperan.

Cada año, alrededor de 50.000 a 70.000 niños contagiados con el VIH se unen a la población afectada, y un 80% de ellos tienen muy pocas posibilidades de sobrevivir más allá de los dos años de edad. En el grupo de edad de 15 a 59 años, el VIH/sida es la principal causa de mortalidad, y se calcula que un 60% de las infecciones de VIH se concentran en el grupo de edad de 15 a 24 años.

Sin embargo, aún no es demasiado tarde para aliviar las consecuencias del desastre en Tanzania, luchar contra la epidemia y concentrarse en la educación de su población a fin de establecer gradualmente entre los jóvenes una generación que no conozca el SIDA.

El estado actual respecto al VIH en el área de intervención del proyecto “Integración y transferencia. Lecciones aprendidas: Caso de Karatu y Ngorongoro,” es la siguiente:

El riesgo de transmisión de las ITS, incluida el VIH, en este distrito es importante por la movilidad de su población laboral: transportistas agrícolas y conductores de las agencias turísticas. Se ha experimentado un aumento sustancial de los hostales y pensiones con el correspondiente incremento de mujeres jóvenes que eventualmente ejercen la prostitución para conseguir un complemento salarial lo que aumenta el riesgo de transmisión del VIH.

- A estos grupos de riesgo, habría que añadir algunas etnias como los masai (población mayoritaria en el distrito de Ngorongoro) que tienen creencias culturales que favorecen las prácticas de riesgo (promiscuidad, poligamia, posición de la mujer en la comunidad, migraciones, etc).

- Alto porcentaje de población que no tiene acceso a los servicios gratuitos de consejo y testado voluntario.

- Aunque desde Septiembre del 2005 existe tratamiento disponible en el Hospital Distrital de Karatu, aún el número de pacientes diagnosticados positivos que acceden a terapia con ARV es bajo. El estigma asociado a la pobreza impiden que muchos pacientes puedan acceder a la clínica para un seguimiento oportuno.

El proyecto de Médicos del Mundo tiene como objetivo principal el control del VIH y la reducción del impacto social en los Distritos de Karatu (2002) y de Ngorongoro (2004). Sus componentes prioritarios son:

1. **Control de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS).** Diagnóstico y Tratamiento eficaz mediante la formación de los cuadros sanitarios locales, formación en el puesto de trabajo, compra y distribución de medicamentos. Según diversos estudios, mediante este control eficaz se reduce hasta en un 38-42% las posibilidades de transmisión del VIH. (2002 en adelante).
2. **Extensión de los Servicios de Diagnóstico voluntario y Test de VIH** a los Centros de Salud del Distrito de Karatu y la División de Ngorongoro. En concreto, se apoya la compra y distribución de Análisis rápidos de VIH, formaciones, supervisiones formativas continuadas, recogida, análisis y sistematización de datos. (2002 en adelante).
3. **Puesta en marcha de los Servicios de Prevención de la Transmisión Vertical del VIH** (de la madre al bebé) en aquellos Centros de Salud con Servicio de Clínica Antenatal en ambos Distritos. En concreto, se trabaja en la formación del personal de salud, el seguimiento y formación periódica en el puesto de trabajo, la compra y distribución de ARV, recogida, sistematización y análisis de datos en los Centros de Clínica Antenatal. (2003 en adelante).
4. **Mejora en el acceso a Seguimiento Clínico y Tratamiento ARV** para aquellas personas que viven con VIH en el Distrito de Karatu. Fortalecimiento, formación en VIH y apoyo psicológico a un Grupo de personas que viven con VIH. (2006 en adelante).
5. **Acciones, campañas y programas de sensibilización dirigidos a la población general,** especialmente a través de los mercados mensuales. (2002 en adelante).
6. **Acciones, campañas y programas de sensibilización dirigidos a la población más vulnerable,** en concreto, jóvenes de Escuelas profesionales, niños de la calle, clientes de bares y mujeres que ejercen prostitución, consumidores y vendedores de alcohol local, líderes religiosos. (2002 en adelante).
7. **Fortalecimiento institucional y comunitario** a través de la formación de Comités de VIH en los Distritos y mediante el apoyo a Asociaciones de Base Comunitaria. (2006 en adelante).

Algunos de los resultados positivos del proyecto que nos permiten considerarlo como una práctica adecuada, sobre todo, en el ámbito de la integración de los sistemas de atención en VIH/sida en el propio sistema de salud comunitario son:

1. El haber conseguido controlar la incidencia de VIH y estabilizar el crecimiento de la tasa de prevalencia en la Comarca de Karatu;
2. La integración de los Programas de VIH (ITS, VCT y PMTCT) en el Sistema de Atención Primaria de Salud (Unidades sanitarias y profesionales de salud); una alta cobertura y accesibilidad.
3. Destaca la exitosa extensión del Programa de VIH a todos los Centros de Salud de la Comarca de Karatu y de la División de Ngorongoro, incluidos los de carácter privado y misionero (60% en el caso de Karatu), junto con la cobertura a Unidades de Salud de diferentes niveles.
4. Por último, el desarrollo de un Sistema de Control de ITS pionero en la Región con un éxito en el diagnóstico y tratamiento en torno al 90% y el fortalecimiento institucional mediante el apoyo a la creación de dos grupos de base comunitaria y la formación y seguimiento de los Comités de VIH.

3/ LA RESPUESTA INTERNACIONAL

En el contexto actual, sobre la situación de la salud, considerada globalmente, encontramos diversas propuestas de intervención. Iniciativas internacionales que pretenden ir cubriendo las necesidades existentes con respecto a las distintas amenazas a la salud que se ciernen en el panorama actual y futuro.

Desde el punto de vista de la sociedad civil organizada encontramos un ejemplo de lo que un conjunto de organizaciones de muchos países del Norte y del Sur pueden ofrecer en forma de propuestas alternativas y complementarias a las grandes políticas mundiales de lucha contra la enfermedad: el Global Health Watch, compuesto por las organizaciones del Sur miembros del People's Health Movement, la Alianza Global Gauge para la Equidad y Medact; y los informes sobre la situación actual de salud en el mundo. Estos informes ofrecen un punto de vista complementario a la visión que tradicionalmente tenemos de la situación de la salud mundial ofrecidos por las Agencias de Naciones Unidas, como la Organización Mundial de la Salud, entre otras.

Por otro lado, también queremos mostrar, como complemento al enfoque anterior desde la sociedad civil, nuevas propuestas provenientes de Naciones Unidas y, más concretamente, desde la Organización Mundial de la Salud, con su nueva estrategia de abordar lo que se denominan los Determinantes Sociales de la Salud, en un intento de ir más allá del abordaje de las causas inmediatas de las enfermedades en el ámbito global y estudiar las causas que provocan las causas de las enfermedades, desde un enfoque más sistémico.

También consideramos del todo interesante conocer cómo se organizan los países del Sur en su combate contra los principales retos en salud. Para ello, mostramos la recientemente creada Estrategia de Salud de África 2007-2015. Un nuevo acuerdo entre los países africanos para apropiarse de la responsabilidad de luchar contra las enfermedades que aquejan a sus poblaciones, que son las más afectadas (especialmente en África subsahariana) por la mayor parte de las enfermedades que inciden sobre la población mundial.

Y, por último, complementando el enfoque sobre las estrategias que los propios países del Sur están desarrollando para afrontar los retos de salud actuales, queremos también exponer aquí cómo los países donantes, en coordinación con los propios países del Sur, establecen estrategias de financiación de la Ayuda Oficial al Desarrollo en Salud más eficaces y de manera más amplia, en contraste con las tradicionales estrategias de financiación por proyectos, a través de los Enfoques Sectoriales de Salud, los Sector Wide Approach.

3.1. GLOBAL HEALTH WATCH

Acción Global de Salud es un instrumento de campaña basado en el Primer Observatorio Global de Salud (Global Health Watch) publicado en julio de 2005. El Observatorio se constituye a través de una amplia colaboración de expertos, organizaciones no gubernamentales, activistas de la sociedad civil, grupos de comunidades, trabajadores de salud y académicos en el campo de la salud pública. Fue creado

por el Movimiento de Salud de los Pueblos ("People's Health Movement"), la Alianza Global Gauge para Equidad ("Global Equity Gauge Alliance") y Medact.

El Observatorio Global de la Salud (Global Health Watch) en su informe para el periodo 2005-06, muestra las disparidades en salud y llama la atención sobre los mecanismos mediante los cuales los gobiernos, instituciones internacionales y la sociedad civil pueden actuar para combatirlas. Los trabajadores de la salud en particular pueden jugar un papel vital en la transformación en una realidad de la retórica sobre los derechos universales de la salud y ciudadanía global. Aquellos que viven en las zonas más ricas del mundo tienen la particular responsabilidad de presionar hacia un cambio. La interdependencia generada bajo la globalización aumenta estas responsabilidades éticas.

Los temas que cubre el Observatorio son diversos, pero todos destacan las inequidades económicas, sociales y políticas que destruyen la salud:

- **Construyendo un mundo justo:** la conquista de un mundo justo donde se elimine la pobreza y donde se desarrolle la salud implica cambiar la manera en que se gestiona la economía global; para ello se deben incrementar sustancialmente la transferencia de recursos de los países centrales hacia los países periféricos.
- **Defendiendo y ampliando el sector público:** la reparación y desarrollo de los sistemas de atención en salud pública son cruciales para detener las amenazas de la mercantilización y reducir los crecientes abismos sociales y de salud. En el informe se propone una agenda de diez puntos para la acción.
- **Migración, empresas farmacéuticas y grandes corporaciones:** la migración de trabajadores de la salud, las normas globales de propiedad intelectual que incrementan los precios de las medicinas y el impacto de las multinacionales en salud destacan como tres ejemplos de la manera en que la globalización y la subordinación de los derechos de la salud a objetivos comerciales, afectan directamente a la salud y los sistemas de salud a través del mundo.
- **Actuando frente a los cambios climáticos y al militarismo:** El cambio climático global y el militarismo son dos de las más importantes causas presentes y futuras de deterioro de la salud a través del mundo. La incapacidad actual de enfrentar dicha problemática de modo significativo señala la urgente necesidad de mayor movilización de la sociedad civil, de las organizaciones populares y de los trabajadores de la salud para arrancar soluciones más efectivas y justas.
- **Afirmando el liderazgo por la salud global en la Organización Mundial de la Salud:** El mundo necesita una agencia de salud multilateral que sea capaz de proteger y promover la salud, reducir las desigualdades y asegurar la vigencia plena de los derechos universales frente a las necesidades básicas y de salud. Para que

esto suceda, la OMS requiere más recursos y ser más sensible a las necesidades de los pueblos, alcanzando estándares de administración mejores.⁴¹

3.2. OMS: DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

La Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud fue creada en marzo de 2005 por el Dr. Lee Jong-Wook, ex Director General de la Organización Mundial de la Salud.

En su Declaración Provisional sobre los Determinantes Sociales de la Salud se muestran la visión y los objetivos de la Comisión, así como los problemas que pretende mejorar y los fundamentos intelectuales para un enfoque de determinantes sociales. Las recomendaciones para la acción, basadas en los datos recopilados por los grupos de trabajo de la Comisión, se presentarán en el Informe Final de mayo de 2008.

El planteamiento global de dicha Comisión parte de la afirmación de que la salud es una aspiración humana universal y una necesidad humana básica. El desarrollo de una sociedad, sea rica o pobre, se puede juzgar por la calidad de la salud de su población, la justicia en la distribución de la salud a través de los distintos estratos sociales, y el grado de protección proporcionado a los más desfavorecidos por causa de enfermedad. La equidad en salud es central según esta premisa y para el trabajo de la Comisión.

El fortalecimiento de la equidad en salud (globalmente y dentro de los propios países) significa ir más allá del actual enfoque en las causas inmediatas de la enfermedad. Más que cualquier otro esfuerzo en salud, la Comisión se centra en **“las causas de las causas”**: las estructuras fundamentales de las jerarquías sociales y de las condiciones socialmente determinadas que generan estas estructuras allí donde la gente crece, vive, trabaja y envejece.

No es un misterio para nadie afirmar que los pobres que viven en países de rentas bajas sufren de altas tasas de enfermedades, particularmente de enfermedades infecciosas y malnutrición: poca comida, agua no potable, bajos niveles de higiene y cobijo, fracasos en la gestión de un ambiente que conduce a altos niveles de exposición a agentes infecciosos, y carencia de atención médica apropiada. Igualmente, tenemos mucha información sobre las causas de las enfermedades no infecciosas, éstas representan la mayor carga de enfermedad para las poblaciones situadas en las clases más bajas de los países de rentas medias y altas. En el estudio sobre la Carga de Enfermedad Global de la OMS y el Banco Mundial se identificaron el bajo peso, el sobrepeso, el tabaco, el consumo de alcohol, la hipertensión y el comportamiento sexual como las principales causas de morbilidad y de mortalidad (López et al.

⁴¹ Acción Global de Salud (2005-2006): Acción Global de Salud – Agenda de Campaña; Ed. Alison Whyte, David McCoy, _Mike Rowson.; 2007.

2006). En estas situaciones, la cuestión es ¿cuáles son las causas de las causas? Esto nos lleva a los determinantes de la salud y de la equidad de salud.

El contexto global afecta en tanto que las sociedades prosperan a través de su impacto sobre las relaciones internacionales y las normas y políticas domésticas. Esto, asimismo, conforma la manera en que las sociedades, a nivel local y nacional, organizan sus asuntos generando formas de posición y jerarquía social. Según donde se sitúen las personas en la jerarquía social así se ve afectado su crecimiento, su aprendizaje, su vida, su trabajo y su envejecimiento, su vulnerabilidad ante la enfermedad, y las consecuencias de la enfermedad.

Como contexto de los aspectos anteriores se encuentra el medioambiente natural y los impactos a nivel micro/macro del cambio climático. Los riesgos para la salud están en los impactos de las olas de calor y otros eventos del tiempo extremos, los cambios en los patrones de las enfermedades infecciosas, los efectos sobre las cosechas y los suministros de agua potable, la vitalidad dañada de los ecosistemas y la pérdida de los medios de sustento. Si continúan las tendencias actuales, los impactos adversos sobre la salud de los cambios provocados por el ser humano se distribuirán de manera desigual. Los más afectados serán los pobres, los vulnerables geográficamente, los políticamente débiles y otros grupos en desventaja. El abordaje de la intersección entre los determinantes sociales del cambio ambiental y el impacto del cambio ambiental sobre las inequidades en salud, beneficiará tanto a la ecología sostenible como la salud de la población.

Para trasladar este marco conceptual en acciones sobre los determinantes sociales de la salud, la Comisión acordó nueve redes de conocimiento temático: Globalización, Sistemas de Salud, Asentamientos Urbanos, Condiciones Laborales, Desarrollo de la Primera Infancia, Exclusión Social, Mujeres y Equidad de Género, Medición y Conclusiones basadas en los datos, y Condiciones Prioritarias de Salud Pública. También se investigan factores clave como la violencia y el conflicto, alimentación y nutrición, y el medioambiente.

3.3. ESTRATEGIA DE SALUD DE ÁFRICA 2007-2015 “REFORZANDO LOS SISTEMAS DE SALUD PARA LA EQUIDAD Y EL DESARROLLO DE ÁFRICA”

En la tercera sesión de la Conferencia de Ministros de Salud de la Unión Africana que tuvo lugar desde el 9 al 13 de abril de 2007 en Johannesburgo, se aprobó una estrategia de salud para África. Aunque en el NEPAD (New Partnership for Africa’s Development – Nueva Alianza para el Desarrollo de África) de la propia Unión Africana ya se hacía mención de la importancia de la salud, es la primera vez que desde África se presenta una estrategia de estas características, donde asumen su responsabi-

lidad en la situación de salud del continente, y por lo tanto, también asumen que parte de las soluciones deben provenir no tanto de la ayuda internacional, sino de los propios países africanos. El fin último de esta estrategia es servir tanto a las entidades regionales y africanas para seguir unas pautas comunes en lo referente al sector de la salud y actualizar sus estrategias o planes particulares.

En este documento se afirma que la carga de enfermedad del continente no es solamente un problema de salud sino que es una barrera para un desarrollo más rápido de África, y por lo tanto debe estar en las agendas de trabajo africanas. También determina que se debe buscar la mejoría de la salud de los más vulnerables, los cuales, a su vez, son los más necesitados y están en una situación de mayor pobreza; y, por último, propone que la mejoría de la salud en África pasa a través de mejores recursos, gestión y políticas de salud. Como ya hemos mostrado en anteriores informes, también observa que la triple carga de enfermedad que afecta a África son las enfermedades transmisibles, las enfermedades no transmisibles y los traumatismos.

Esta estrategia tiene muy claros los compromisos internacionales como son los ODM y que este continente debe mejorar mucho si quiere alcanzarlos. Por ejemplo, la mortalidad materna debe disminuir como mínimo más de un 50% de las cifras que tiene actualmente para alcanzar los 228/100.000 y la mortalidad en menores de 5 años disminuirla de 171 a 61/1000.

Un hecho positivo que lo diferencia de estrategias anteriores es que no se centra exclusivamente en las enfermedades que aparecen en los ODM, como malaria, sida o tuberculosis. Otras enfermedades como neumonías, diarrea, sarampión, oncocercosis, cólera, o enfermedades no transmisibles como hipertensión, diabetes, abuso de alcohol y tabaco o problemas de salud mental deben ser tenidas en cuenta. Por lo tanto, una estrategia de salud no debe centrarse exclusivamente en estrategias verticales de actuación, sino que el problema es más de sistema.

Como ya comentamos anteriormente, en un ejercicio de responsabilidad esta estrategia plantea las responsabilidades de los estados en la problemática de salud. Así describen como la mayoría de los países de África gastan 20\$ per cápita y año en salud, y algunos bajan a 10\$. Este gasto se considera insuficiente, ya que para un paquete esencial de servicios de salud se deben gastar entre 34 y 40\$ por persona. Este análisis supone un primer compromiso: los países africanos deben incrementar su presupuesto en salud hasta el 15% del Presupuesto General del Estado, y tenerlo presente en las agendas internacionales cuando se solicita dinero a los grandes donantes. Deben mejorar la eficiencia y solicitan que la ayuda en este sector se armonice y tenga ciclos largos para cumplir con la declaración de París. Para la ayuda internacional también solicitan que las iniciativas globales se integren y apoyen los sistemas nacionales de salud y sus recursos humanos.

Esta estrategia apuesta porque sean los Ministerios de Salud quienes deban proveer los servicios necesarios para mejorar la salud de sus ciudadanos, a través de la administración en salud (liderazgo en el sector), administración de la salud (gestión estratégica del sector) y administración para la salud (dirigiendo el ambiente sociopolítico intersectorial). Así mismo, todos los países deben tener un plan nacional de salud que debe ser evaluado periódicamente y sus políticas deben ser regularmente revisadas. Además deben tener una legislación adecuada que soporte estas políticas de salud.

En este documento se contemplan ciertos aspectos por los que deben apostar las organizaciones y los sistemas de salud en el continente:

- Tener un enfoque de APS, determinando en cada país o región qué paquete de servicios de APS tiene que tener un acceso universal
- Todos los sistemas deben mejorar la eficiencia e introducir la calidad
- Las decisiones que se tomen deben ser decisiones basadas en la evidencia
- Hay que colocar los recursos en las acciones más efectivas y equitativas
- Se apuesta por la descentralización, y la unidad descentralizada por la que se debe apostar debe ser el distrito sanitario
- Hay que reducir burocracia

Hay un problema que preocupa de manera especial y es la falta de recursos humanos adecuados para poder mejorar la situación de salud de la población africana. Para intentar mejorar la situación de los recursos humanos en África, esta estrategia aconseja que cada país tenga desarrollados unos planes de formación y despliegue de recursos humanos con incentivos y carrera profesional. Además la Unión Africana quiere facilitar una posición común sobre el tema de la migración de personal sanitario y buscar una solución con los miembros de la OCDE.

Otros asuntos que se observan en esta estrategia y que pueden cambiar de manera sensible los problemas de salud son el apoyo a la creación de un plan de desarrollo de fabricantes de medicamentos africanos, la integración de la medicina tradicional, el apoyo a la participación comunitaria y la creación de partenariados y sistemas de información. Y como la responsabilidad de la salud de la población africana es en gran parte de sus propias instituciones, cada país debe gastar entre el 2% del PNB o el 5% de la ayuda en investigación.

En definitiva es una estrategia que va a comprometer el futuro de la ayuda internacional en salud en este continente, pero sobre todo, y en un ejercicio de autorresponsabilidad, compromete a los propios africanos con la búsqueda de soluciones internas a sus problemas de salud, e iremos viendo el desarrollo de esta estrategia en el futuro.

DOS EXPERIENCIAS DE COOPERACIÓN EXITOSAS EN APOYO AL FORTALECIMIENTO DE LOS SISTEMAS PÚBLICOS DE SALUD

MEDICUSMUNDI

Apoyo al fortalecimiento de sistemas públicos de salud en América y África: dos experiencias de trabajo

Fortalecer los sistemas de salud debe ser una prioridad en la cooperación en salud, a pesar de que la gran heterogeneidad de sistemas y las grandes carencias de recursos puedan dificultar el trabajo en esta línea. Generalizando podemos decir que en América Latina hay que poner énfasis en el nivel de procesos de gestión y planificación y, sin embargo, la situación de África subsahariana nos obliga a trabajar en todos los niveles. Para visualizar esas diferencias, vamos a presentar dos experiencias de **medicmundi**, una en Guatemala y otra en Mozambique, que han sido evaluadas externamente.

El proyecto en Guatemala se realizó durante los años 2000 y 2001 y consistió básicamente en apoyar lo que el Ministerio de Salud del país nos sugirió: la descentralización de la Jefatura de salud Petén Norte. Nuestra participación se basaba en desarrollar las capacidades de la Jefatura de Salud en epidemiología, planificación, gestión y evaluación, así como las de atención preventiva y asistencial a la población, aplicando las estrategias propuestas por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala. Su objetivo era aumentar la cobertura de servicios básicos de salud al 100% de la población, y que estos resultados fueran sostenibles en el tiempo. Para medir el impacto se hizo una evaluación a finales de 2004, y los resultados fueron muy positivos, y el objetivo se consiguió.

Al finalizar el proyecto, los indicadores sanitarios más usuales habían mejorado y siguieron mejorando en los siguientes años. Por ejemplo, la mortalidad infantil que en 1999 alcanzaba los 34,7/1000 disminuyó más de un 40% en el tiempo del proyecto, y siguió descendiendo hasta alcanzar en 2004 un 14,5/1000. Estos datos positivos se debían a múltiples causas. Un equipo de **medicmundi** bien preparado para las tareas de formación, con cualidades profesionales y humanas, y una cierta estabilidad en las políticas nacionales, fueron elementos esenciales para el buen funcionamiento del proyecto. Pero lo que permitió que durante la evaluación se pudiera observar un alto nivel de conocimientos en gestión y una excelente capacidad técnica por parte del equipo directivo local, fue la formación recibida durante la ejecución del proyecto y sobre todo la estabilidad de la casi totalidad del equipo responsable de su ejecución.

En Mozambique, en la provincia de Cabo Delgado, la situación de partida era completamente diferente. Mozambique es uno de los países más pobres del mundo, y a pesar de los esfuerzos que el gobierno viene realizando, son notables las carencias en planificación, gestión, y en todo tipo de recursos, técnicos, económicos y humanos. Como consecuencia, se ofrecía una atención sanitaria deficiente y obligaba a trabajar en diferentes líneas a la vez. Se trabajaba la formación en gestión y planificación en los distritos sanitarios y se daba algún apoyo a la dirección provincial. También se construían las infraestructuras sanitarias necesarias y se formaba al personal sanitario. Dos de los aspectos más novedosos en este proyecto fueron el permitir que **medicmundi** adelantara la contratación de nuevo personal, cuyos salarios eran asumidos posteriormente por el Ministerio de Salud de Mozambique, y el apoyo presupuestario a los distritos y a la Provincia. Este apoyo presupuestario no estaba condicionado a ninguna actividad, por lo que los rectores públicos podían disponer de él libremente, y así podían realizar actividades no programadas, como por ejemplo reuniones de coordinación con todos los distritos para unificar criterios. Para conseguir resultados en África debes trabajar en un horizonte de medio largo plazo y así planificó **medicmundi** sus acciones en Cabo Delgado. Los grandes problemas encontrados fueron la alta rotación del personal, local y del expatriado, y las dificultades propias de trabajar en zonas tan extensas y con tantas carencias.

La evaluación externa realizada en Mozambique mostró mejoras sustanciales en las condiciones sanitarias y de atención de la población. Las acciones que tuvieron mayor impacto fueron la construcción de infraestructuras y equipamiento así como las de apoyo al presupuesto y a la financiación temporal de recursos humanos. Según la evaluación, estas acciones fueron un incentivo para las Direcciones provincial y distritales, y un elemento de dinamización de la capacidad local para resolver problemas mediante fórmulas de cooperación. También la participación local en la definición de las prioridades, así como la forma dinámica de trabajar diferentes líneas a la vez (gestión, infraestructuras, atención,...) dependiendo de las necesidades, fueron aspectos positivos a resaltar.

3.4. ENFOQUES SECTORIALES DE SALUD (HEALTH SECTOR WIDE APPROACH – SWAP)⁴²

El concepto de Enfoque Sectorial apareció en los 90 como mecanismo alternativo de ayuda por el cual tanto los países donantes como los receptores coordinan sus actividades en sectores específicos, como oposición a la multiplicidad de donantes aportando gran cantidad de proyectos descoordinados sin un marco de trabajo común. Los SWAP surgieron como solución para un problema que parecía llevar a un gasto de recursos significativo y a una consecución de objetivos por debajo de lo óptimo.

Los sectores comúnmente elegidos para SWAP son los de agricultura, salud y educación con un conjunto de ideas que modelan este concepto. En primer lugar, el gobierno receptor, y más precisamente el Ministerio correspondiente, debería liderar el proceso. Esto no sólo significa que el Ministerio tome las decisiones, sino que también los donantes están de acuerdo en que los procedimientos de planificación e implantación deberían seguir las estructuras y mecanismos que se llevan a cabo por el gobierno. Para ello debería haber un documento de política integral para ese sector que guíe y forzosamente enmarque todas las decisiones.

Además, los SWAP implican coordinación de los donantes, lo cual significa adoptar un código de conducta común, definido en un convenio marco (o un documento similar), y con la participación regular y efectiva de un organismo institucional de diálogo con el Ministerio.

Los SWAP que se han desarrollado adecuadamente hasta la actualidad establecen, asimismo, un conjunto de acuerdos de financiación que permiten la canalización de las contribuciones financieras de los donantes, y han cambiado el enfoque de gestión del gasto hacia un Marco de Gasto a Medio Plazo que refleja el documento de política sectorial e incorporan todos los fondos del sector en una perspectiva de medio o largo plazo.

⁴² Joao Costa, "Sector Wide Approach (SWAP) and Project Support in Health – A brief comparison"; Swiss Centre for International Health, 2006.

Si comparamos las características del enfoque de intervención por proyectos con el concepto de SWAP explicado precedentemente, se pueden ver las diferencias entre la naturaleza, el alcance, los métodos y las metas de los dos enfoques. Por definición, los SWAP son más ambiciosos que los proyectos; tienen unas metas sistemáticas que abarcan un conjunto completo de funciones institucionales y de gestión en el núcleo del sector, en este caso, de la salud; lo cual incluye definiciones de políticas, planificación, gestión financiera, reclutamiento y desarrollo de recursos humanos; en general, toda función desarrollada por las autoridades centrales de un sector.

Resumen de ventajas y desventajas de las dos modalidades de ayuda

Modalidad de la ayuda	Posibles ventajas	Posibles desventajas
Apoyo por proyectos	- Objetivos y resultados centrados - Actividades cerradas, seguimiento y evaluación - Los donantes cierran los huecos	- Expulsión de personal del sector público - Duplicidades y servicios paralelos - Prioridades gubernamentales no respetadas - Los sistemas gubernamentales son puenteados - Los modelos de gasto no son transparentes - La ayuda por proyectos es frecuentemente ligada (consultores internacionales, compra de suministros)
Apoyo presupuesto sectorial	- Planificación sectorial - Reducción de costes de transacción - Reducción de los costes de coordinación del receptor - Los procedimientos están armonizados - Apropiación por el ministerio - La ayuda es más predecible - Mecanismos del sector reforzados - Los donantes hablan con más unidad	- Los gastos del sector están sujetos a la utilización de los lentos sistemas del gobierno - Fungibilidad - Riesgo fiduciario - Falta de capacidad de absorción a corto plazo en el sector.

En un contexto de perfil alto, los países firmantes de la Declaración de París (Marzo 2005) acordaron que había que fortalecer las estrategias nacionales de desarrollo y la apropiación por los países receptores (llamados socios); también llegaron a un acuerdo sobre la necesidad de la armonización y el alineamiento de los enfoques de los donantes. La filosofía de los SWAP está en línea con esta Declaración. De hecho la Declaración de París en sí misma es el resultado de la experiencia acumulada por los países desarrollados después de décadas de ayuda a los países del mundo en desarrollo. La Declaración de París refleja el espíritu de los SWAP y del Apoyo Presupuestario

General, y va acompañada de un mensaje de alerta que hace referencia a los problemas de seguir llevando a cabo demasiados proyectos descoordinados a la vez.

4/ SISTEMAS DE SALUD

En el mundo desarrollado, los ciudadanos buscan signos de que el incremento de los fondos permite alcanzar los objetivos y los dirigentes miran con ansiedad el impacto que va a tener el envejecimiento de la población. Mientras tanto, el mundo en desarrollo recibe más recursos para la salud pero la mayoría de ellos vinculados a programas específicos. Sin embargo, existen signos de cambio. Hay un amplio reconocimiento sobre la interdependencia y la importancia de las oportunidades que brindan las políticas más amplias sobre los sistemas de salud, en particular el impacto de las migraciones y el comercio. De igual manera, es evidente que los gobiernos no tienen todas las respuestas. Las relaciones productivas con el sector privado y los grupos de voluntarios son posibles y deseables. Los gobiernos tienen un mayor espectro de instrumentos de políticas a su alcance⁴³.

¿Cuáles son los retos a los que se enfrentan hoy en día los sistemas de salud? A continuación mostramos algunos datos y cifras:

- Globalmente, la salud supone 3,5 millardos de dólares para la industria, o lo que es lo mismo, el 8% del Producto Nacional Bruto mundial.
- Persisten grandes inequidades en salud: incluso dentro de los países ricos como EE.UU., y Australia, la esperanza de vida todavía varía dentro de la población en unos 20 años.
- Algunas encuestas recientes sobre medicamentos esenciales realizadas en 39 países, principalmente de rentas bajas o medias-bajas, muestran que, aun con muchas diferencias, su disponibilidad media era de un 20% en el sector público y de un 56% en el sector privado.
- Cada año, 100 millones de personas se empobrecen como resultado de los gastos de salud.
- Se observan recortes extremos de personal sanitario en 57 países, 36 de ellos en África.
- En cerca de 60 países, menos de un cuarto de las muertes se registran en sistemas de registro civil.
- Se estima que cerca del 50% del equipamiento médico en los países en desarrollo no se usa, o por falta de repuestos o mantenimiento, o porque el personal sanitario no sabe cómo usarlo.

⁴³ WHO, "Everybody's Business: Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes", Geneva, 2007.

- Los proveedores privados son utilizados tanto por los pobres como por los ricos. Por ejemplo, en Bangladesh cerca de ¾ de los contactos en servicios de salud se realizan con proveedores no-públicos.
- En el año 2000, menos de un 1% de las publicaciones de Medline (Biblioteca Nacional de Medicina de EE.UU. y los Institutos Nacionales de la Salud) se referían a servicios de salud y a investigaciones sobre sistemas.
- Globalmente, alrededor del 20% de la ayuda total en salud se destina a apoyar los programas de los gobiernos, mientras que cerca del 50% de la ayuda en salud está fuera de los presupuestos.
- Ha habido un rápido aumento de partenariados globales de salud. Ahora existen más de 80, de los cuales la OMS alberga unos 30.

A nivel general, la OMS a través de su directora, la Dra. Chan, ha establecido la APS (Atención Primaria de Salud) y el fortalecimiento de los sistemas de salud como las dos principales estrategias que se deben de mejorar para que se puedan alcanzar los ODM. La OMS plantea el refuerzo de los sistemas de salud en seis grandes bloques:

- Prestación de servicios
- Información
- Productos médicos y tecnologías
- Recursos humanos sanitarios
- Financiación
- Liderazgo y buen gobierno

Hay que tener en cuenta las debilidades de las propias estructuras de salud nacional y de sus sistemas de salud, que impiden una cobertura y un acceso real a las iniciativas que se proponen. Sin un sistema público fuerte que coordine a los diferentes actores y oriente las políticas de salud de los países, sin unos recursos humanos y técnicos preparados para facilitar el acceso a los servicios de salud a toda la población, sin una implicación de la comunidad internacional que promueva el cumplimiento de los compromisos firmados o sin una adecuada investigación es muy difícil que las iniciativas que se están proponiendo tengan toda la eficacia que se les supone. El mal funcionamiento de los sistemas de salud de muchos países en desarrollo está en la raíz de la dificultad para alcanzar los ODM. La OMS estima que el acceso universal a servicios de salud de base amplia permitiría alcanzar entre el 60-70% del objetivo de mortalidad infantil y el 70-80% del de reducción de la mortalidad materna.

En muchos países, gran parte de la población no puede cubrir sus necesidades básicas, mientras que una minoría mantiene una posición privilegiada. Esta situación genera otras consecuencias más allá de las meramente sociales: la inequidad extre-

ma debilita la legitimidad política y corroe las instituciones que deben servir a la ciudadanía. En el informe de 2006 de la OMS se dedicó un apartado específico a la inequidad en salud. La situación es especialmente grave si se tiene en cuenta que con la riqueza y la tecnología disponible hoy es posible reducir la enorme brecha que separa a los países pobres de los ricos⁴⁴.

Las carencias descritas no tienen una respuesta proporcional a su impacto en el desarrollo. Los datos de atención sanitaria mundial no se corresponden con las regiones en las que la necesidad de atención es mayor. En los países de renta alta se dedican 3.000 dólares per cápita para la atención sanitaria y esta cantidad es de 78 dólares de media en los países de bajos ingresos, aunque en muchos países africanos es menor de 50 dólares.

Existen sistemas en los que una única organización, generalmente el ministerio de salud, concentra todas las funciones y actuaciones, hasta sistemas totalmente fragmentados de los que ni siquiera el Estado asume y coordina la función de rectoría.

Los indicadores para la evaluación de los sistemas de salud deberían estar en relación con los atributos deseables de éste: anticipación, efectividad, equidad, disponibilidad, accesibilidad, cobertura, calidad, eficiencia y sostenibilidad.

Actualmente los sistemas de salud se enfrentan a tres **retos fundamentales**:

1. La crisis mundial de personal sanitario.
2. La falta de recursos financieros
3. La falta de pruebas científicas idóneas y oportunas, sobre todo en salud pública

1) En lo que respecta al personal sanitario, en el Informe de Salud Mundial de la OMS del año se señalan varios elementos que deben ser tenidos en cuenta.

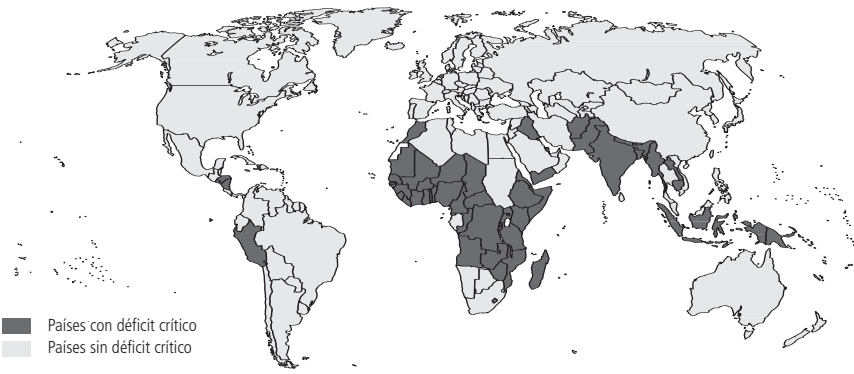
El número de enfermeras por cada médico va desde casi 8 en África a 1,5 en el Pacífico Occidental. Hay aproximadamente 4 enfermeras por cada médico en Canadá y EEUU, frente a menos de 1 en Chile, Perú, El Salvador y México. Destaca la grave escasez de especialistas en salud pública y gestores sanitarios en muchos países.

Los mercados de trabajo en expansión han intensificado la concentración de profesionales en las áreas urbanas y acelerado la migración internacional de los países pobres a los ricos. La consiguiente crisis de personal sanitario en muchos de los países más pobres se caracteriza por graves escaseces, combinaciones inadecuadas de capacidades y lagunas en la cobertura de servicios.

La OMS ha identificado un umbral en la densidad de personal sanitario por debajo del cual es muy improbable lograr una alta cobertura de intervenciones esenciales, como las necesarias para alcanzar los ODM relacionados con la salud.

⁴⁴ OMS, Informe Mundial de Salud 2006

Países con déficit crítico de personal sanitario



Gráfica 1.15. Países con déficit crítico de personal sanitario (médicos, enfermeras y parteras). Fuente: World Health Report, 2006.

Los sistemas de salud necesitan por lo menos 2,5 trabajadores de salud por cada 1.000 habitantes para lograr los ODM⁴⁵.

Basándose en estas estimaciones, hay actualmente 57 países con escaseces críticas equivalentes a un déficit mundial de 2,4 millones de médicos, enfermeras y parteras. En términos proporcionales el déficit es mayor en África subsahariana, pero en términos absolutos es muy elevado en Asia Sudoriental, debido a su gran población. Paradójicamente, es frecuente que en un mismo país coexistan estas insuficiencias con un gran número de profesionales sanitarios desempleados. La pobreza, las imperfecciones de los mercados de trabajo privados, la falta de fondos públicos, los trámites burocráticos y las interferencias políticas generan esta paradoja. Malos entornos de trabajo incluyen: salarios de miseria, gestores que no ofrecen apoyo, reconocimiento social insuficiente y un desarrollo profesional endeble.

La región de las Américas, con una carga de morbilidad del 10%, concentra un 37% de los trabajadores sanitarios del mundo que absorben más del 50% de la financiación sanitaria mundial. La región de África soporta el 24% de la carga pero sólo cuenta con el 3% de los trabajadores sanitarios que pueden disponer de menos del 1% del gasto mundial en salud. Esto sitúa a África en el epicentro de la crisis mundial de personal sanitario.

⁴⁵ Gorik Ooms

Personal sanitario mundial por densidad

Región de la OMS	Total personal sanitario		Dispensadores de servicios de salud		Personal administrativo y auxiliar	
	Número	Densidad (por 100 habitantes)	Número	Porcentaje de fuerza laboral sanitaria total	Número	Porcentaje de fuerza laboral sanitaria total
África	1.640.000	2,3	1.360.000	83	280.000	17
Las Américas	21.740.000	24,8	12.460.000	57	9.280.000	43
Asia Sudoriental	7.040.000	4,3	4.730.000	67	2.300.000	33
Europa	16.630.000	18,9	11.540.000	69	5.090.000	31
Mediterráneo oriental	2.100.000	4,0	1.580.000	75	520.000	25
Pacífico occidental	10.070.000	5,8	7.810.000	78	2.260.000	23
Todo el mundo	59.220.000	9,3	39.470.000	67	19.750.000	33

Gráfica 1.16. Personal sanitario mundial, por densidad. Fuente: OMS, Atlas Global del Personal Sanitario, 2006.

Como ejemplo, se puede indicar que los trabajadores sanitarios en Mozambique deberían multiplicarse por 7 para lograr los ODM. En Malawi por 4. Hay 12 países en África con una prevalencia de VIH de más del 5% y menos de dos enfermeras por cada 1.000 personas. A nos ser que aumente dramáticamente el número de trabajadores sanitarios será imposible aumentar la cobertura de tratamientos para el VIH/sida⁴⁶.

2) En lo que atañe a los recursos financieros necesarios, en 2004 el mundo gastó 4,1 mil millones de dólares en salud, pero la distribución de estos recursos financieros fue muy desigual. Los países de la OCDE, que albergan el 20% de la población mundial y sufren poco más del 10% de los años de vida perdidos ajustados por discapacidad (DALYs) del mundo, gastaron sin embargo el 90% de los recursos. Los países de la OCDE gastan una mayor proporción de su PIB en salud, gastando de media más del 11%, en contraste con el 4,7% de las regiones de África y el Sudeste asiático. Esto se traduce en un gasto en salud per cápita de 3.170 dólares en los primeros y 36 en los segundos. África y el Sudeste Asiático albergan el 37% de la población mundial, sufren más del 50% de los DALYs globales y tan sólo consumen un 2% de los recursos globales de salud⁴⁷.

En cuanto al gasto público en salud como porcentaje del PIB, los países con menor porcentaje en 2003-2004 son Pakistán, Burundi y República Democrática del Congo,

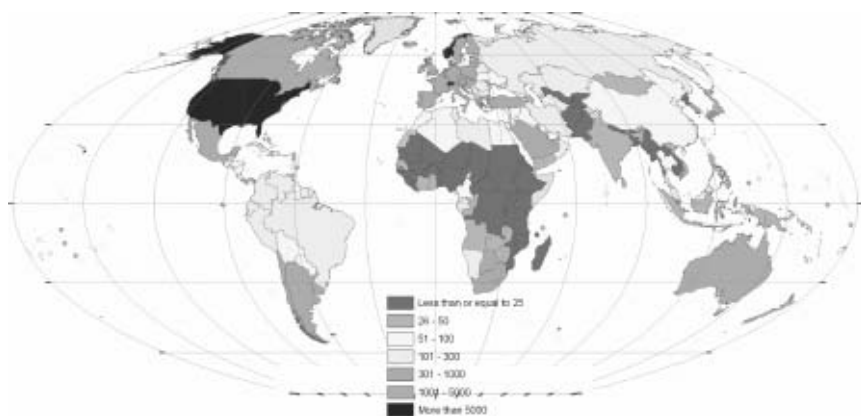
⁴⁶ Gorik Ooms

⁴⁷ OMS. NHA 2007.

con un 0,7% y Myanmar con un 0,5%, que contrasta con el 8,7% de Alemania, una de las cifras más altas. Otros países que dedican también el 1% o menos son: Georgia, Guinea, Guinea Ecuatorial y Costa de Marfil⁴⁸.

Incluso los recursos públicos destinados a la salud benefician más a los ricos que a los pobres de un país. En un estudio⁴⁹, en 21 países el 20% más rico recibió más del 26% del gasto público en salud, en comparación con el 20% más pobre que recibió el 16%.

Se calcula que, en promedio, la cobertura básica de salud de los países pobres costaría entre 30 y 40 dólares per cápita, mientras que muchos países sólo dedican a la misma 6⁵⁰.



Gráfica 1.17. Gasto total en salud per cápita, en dólares, 2004; Fuente: OMS, 2007.

La epidemia del VIH/sida ha supuesto un aumento en la demanda de atención sanitaria y de nuevos servicios. Por ejemplo, en República Centroafricana, el 95% de las camas están ocupadas por pacientes que tienen alguna patología relacionada con el VIH/sida. El impacto socioeconómico del VIH/sida fue analizado con más detalle en el informe 2005.

⁴⁸ Informe de Desarrollo humano 2006.

⁴⁹ Banco Mundial. World Development Indicators 2007.

⁵⁰ Informe 2006

3) Sistemas de información de los países del sur: aunque han mejorado mucho en los últimos años⁵¹, persiste una falta de información sanitaria, una dificultad para acceder a ella o un pobre análisis de la misma. En los países donde no existen estos sistemas de información o su calidad no garantiza la validez de la información, el apoyo a los servicios de salud pública para mejorar y desarrollar los sistemas de información sanitaria y la vigilancia epidemiológica deberían figurar entre las prioridades de las agencias de cooperación y desarrollo sanitario.

Una evaluación de la calidad de la información sobre las causas de muerte ofrecidas por la OMS reveló que sistemas ideales sólo funcionaban en 29 de los 115 países que reportan este tipo de información a la OMS. Estos sistemas representan a menos del 13% de la población mundial⁵². En el resto de países, las estadísticas de mortalidad sufren uno o más de los siguientes problemas: registro incompleto de nacimientos y muertes, adjudicación legítima de la causa de muerte, pobre cobertura e incorrección en las edades reportadas. La meta última debería ser establecer registros vitales completos con certificados médicos de defunción en todos los países.

Los datos sobre el progreso de los ODM en muchos casos se basan en predicciones estadísticas más que en datos corregidos⁵³. Esto es debido a la necesidad de disponer de datos en el menor tiempo posible, pero también por la falta de datos y buenas estrategias de medida para algunos de los indicadores. Es crucial para la comunidad internacional invertir en la recogida de datos y utilizar indicadores que sean válidos, fiables y comparables.

Es también preciso robustecer la capacidad nacional de recogida y análisis de datos relacionados con los sistemas de salud, de forma que las conclusiones puedan aprovecharse directamente en las políticas nacionales

⁵¹ Informe 2006, pág.28.

⁵² Mathers CD et al.

⁵³ Murray CJ



CAPÍTULO II

Cooperación al desarrollo en salud: perspectiva internacional¹

1/ INTRODUCCIÓN

En 2006 la cooperación al desarrollo a nivel internacional ha centrado su trabajo en el desarrollo de las propuestas de años anteriores, de modo que los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) siguen siendo los compromisos que se mantienen como eje fundamental para desplegar estrategias de cooperación y para erradicar la pobreza. Sin embargo, la forma de poner en marcha las acciones necesarias para alcanzar los ODM está en permanente discusión.

Las grandes instituciones internacionales se están dando cuenta de que para lograr los ODM no basta con trabajar exclusivamente en programas verticales y menos de una manera aislada, sino que se deben incorporar componentes horizontales o transversales, de manera que lo que se plantea es la necesidad de **apoyar los sistemas en su conjunto**.

Esta nueva visión tiene un reflejo claro en el campo de la salud. Así, por ejemplo, el Banco Mundial reconoce que para obtener mejores resultados se deben trabajar iniciativas globales de salud, y no fragmentar la ayuda por enfermedad. También, por su parte, el Fondo Global contra el sida, malaria y tuberculosis asume esta postura y requiere que haya actividades de refuerzo de los sistemas de salud en las propuestas que se le presentan contra enfermedades específicas. En la misma línea, la Alianza GAVI² proporcionará 500 millones de dólares para el refuerzo de los sistemas de salud.

También hay preocupación sobre cómo se debe utilizar la ayuda. Existen más de 200 organizaciones bilaterales y multilaterales que canalizan la ayuda oficial, y muchos países en desarrollo tienen más de 40 donantes que financian proyectos de cooperación, y, sin embargo, no están en camino de alcanzar los ODM. Esto es debido

¹ En algunos casos puede que las cifras ofrecidas a lo largo de este capítulo difieran de las recogidas en otros documentos. Esto es debido a que los datos presentados por el CAD no siempre coinciden con los presentados por la Secretaría de Estado de Cooperación Internacional, así como con los presentados de un año para otro en los diferentes informes PACI-seguimiento.

² La alianza GAVI es una iniciativa para la salud mundial de los sectores público/privado, que tiene el compromiso de *salvar las vidas de los niños y de proteger la salud de las personas a través de la utilización extensiva de vacunas*.

tanto a la complejidad de la cooperación, como a los numerosos obstáculos que impiden que la ayuda sea más eficaz: dificultad de confluir en estrategias sectoriales únicas, gran cantidad de recursos que deben destinar los receptores para gestionar la ayuda por los diferentes procedimientos de los donantes, existencia de agendas de desarrollo propias de cada donante, cada uno con sus propias prioridades³, etc. Y ello pese a *La Declaración de París*⁴ de 2005, que define las normas básicas para mejorar la **calidad y eficacia de la ayuda**.

Para evaluar los progresos de mejora, en la citada Declaración de París se establecieron 12 indicadores que, junto con una serie de objetivos y metas, debían ser cumplidos en 2010 por donantes y socios locales. Sin embargo, tras una investigación en 34 países, en un informe presentado en 2006 la propia OCDE muestra que la mitad de los países receptores, todos los agentes, donantes y socios locales, deben mejorar aún mucho si quieren alcanzar las metas propuestas para 2010⁵.

En 2006 la OCDE, además, consciente de la necesidad de mejorar la ayuda, ha elaborado tres guías para la **armonización** de las prácticas de los donantes, con el fin de conseguir una ayuda más efectiva⁶. Fruto de este trabajo en la búsqueda de una mayor eficacia de la ayuda, se concluye la necesidad de promover partenariados entre los países del Norte y los del Sur, lo que debería suponer, al menos, conceder un **mayor peso a los actores locales** en la definición de las políticas internacionales de cooperación.

No cabe duda de la importancia de dotar de una mayor coherencia interna a la cooperación al desarrollo, pero es necesario recordar que el mal desarrollo y la pobreza son multicausales y que no son sólo esas políticas de cooperación las que las determinan. El compromiso de intentar erradicar la pobreza será cierto para los países no sólo cuando la armonización se logre en las políticas de cooperación, sino cuando se pongan en marcha instrumentos que refuercen la **coherencia del resto de políticas internacionales** (de comercio, financieras, ...), de manera que, al menos, no interfieran con las políticas de desarrollo de los países de mayor fragilidad económica.

Pero la cooperación internacional no solamente se está dotando de instrumentos que intentan mejorar la calidad de la ayuda, sino que asume que para conseguir realmente los objetivos propuestos se deben **aumentar los presupuestos**.

³ Medicus Mundi, Médicos del Mundo y Prosalus. "La salud en la cooperación al desarrollo y la acción humanitaria". Informe 2006.

⁴ Declaración de París sobre la eficacia de la ayuda al desarrollo. Foro de alto nivel. París, 28 de febrero-2 de marzo de 2005.

⁵ "Aid effectiveness. 2006 Survey on monitoring the Paris declaration: Overview of the results" OECD Journal on Development: Volume 8, Nº2, 2006

⁶ http://www.oecd.org/document/22/0,3343,en_2649_3236398_34600534_1_1_1_1,00.html

La Conferencia de Monterrey de 2002 estableció unos compromisos de financiación de la comunidad de donantes y, a su vez, la responsabilidad mutua que tienen los países donantes y receptores para alcanzar los ODM. En este sentido, Naciones Unidas prevé que para 2010 la ayuda que se destinará a los países con menos desarrollo aumentará en un 60%, lo que supondrá un monto adicional de 50.000 millones de dólares⁷. Esa expectativa se realiza a pesar de los problemas específicos que existen para cumplir con los compromisos ya adquiridos.

Sin embargo, pese al incremento que en los últimos años se está produciendo en el campo de la cooperación, sigue siendo necesario precisar y consensuar, con todos los agentes implicados, el **significado de ayuda al desarrollo** y, por lo tanto, hacia qué partidas debe ir la ayuda, así como cuáles son los **instrumentos** más adecuados en cada caso.

En un informe elaborado por la Confederación Europea de ONG de urgencia y desarrollo (CONCORD)⁸ se sugiere que los gobiernos europeos pueden estar inflando las cifras de su Ayuda Oficial al Desarrollo en sectores que no pueden ser considerados específicamente como tales. Es el caso de la educación de estudiantes extranjeros, o la **cancelación de deuda**, uno de los temas más controvertidos de la cooperación. Según el CONCORD, casi una tercera parte de la AOD europea, 13.500 millones de euros, está formada por estos elementos que el informe considera como "no ayuda", y en este cómputo las operaciones de cancelación (en permanente discusión y con una gran variabilidad según los criterios con que se realice) tienen un enorme peso. El caso de España es claro en este sentido, ya que el espectacular incremento de la ayuda en 2006 se debe en buena parte a las operaciones de cancelación de deuda.

El citado informe de CONCORD demuestra, además, que lejos de lo que pueda parecer, la realidad es que **la ayuda europea específica para África se ha estancado** desde 2004, y que del dinero que se destina a este continente, una quinta parte se dedica a asistencia técnica, un tipo de cooperación que no se preocupa de promover capacidades locales.

Por último, CONCORD señala otras carencias de la ayuda europea, como su **falta de predictibilidad**, que dificulta la planificación local, y el **empleo de la condicionalidad** en su concesión. Este hecho es particularmente grave porque, si bien todos los países de la UE estuvieron de acuerdo en el 2001 en acabar con la concesión de ayuda condicionada a la compra de bienes o servicios del país donante, lo cierto es que salvo Reino Unido e Irlanda, el resto de países han seguido condicionado su ayuda

⁷ <http://daccessdds.un.org/doc/UNDOC/GEN/N05/487/60/PDF/N0548760.pdf?OpenElement>

⁸ "Hold the applause! EU Governments risk breaking aid promise" CONCORD, abril de 2007

durante 2005, siendo Portugal y Grecia, con más de una quinta parte del total, quienes más lo han hecho, seguidas de Dinamarca y España con un 13%.

Otro elemento destacable de la actual agenda de la cooperación, y que ya comentamos en el informe de 2006⁹, es que, aunque la mayor parte de la ayuda la siguen realizando los países de la OCDE, **se están incorporando al mundo de la cooperación otros países**, como China, que están empezando a sustituir a los países donantes clásicos. Unas incorporaciones que se producen con unos menores niveles de exigencia hacia los gobiernos de los países receptores y, por tanto, también con un menor nivel de compromisos con respecto a los exigidos por los países de la OCDE. El cumplimiento de los objetivos del desarrollo hace necesario establecer acuerdos entre todos los países donantes para que incorporen a sus estrategias de desarrollo los verdaderos fundamentos de la cooperación y las estrategias políticas y de acción internacionales que deben regir la cooperación al desarrollo, con el fin de **centrar el objetivo en el desarrollo, buscar la eficacia y el impacto e instaurar la transparencia**.

Estos procesos de reflexión sobre la ayuda también tienen su reflejo en la **cooperación sectorial en salud**. Para poder conseguir mejorar la salud de las poblaciones más vulnerables son necesarios **más presupuestos y mejor gestión**.

En el Foro de Alto Nivel que se celebró en Túnez en junio de 2006 se reunieron donantes, organismos internacionales y socios locales para reflexionar sobre cómo lograr los ODM de salud ante la evidencia de que los escasos avances son inaceptablemente lentos. En este Foro se identificaron una serie de limitaciones que necesitaban ser abordadas para cambiar la situación de la salud: por una parte, la **falta de estrategias, planes y presupuestos adecuados**; por otra, los **débiles lazos existentes entre el sector de la salud y procesos de desarrollo más amplios**, como la reforma del sector público, las estrategias de reducción de la pobreza o las planificaciones fiscales y macroeconómicas.

A estos elementos, además, hay que añadir **limitaciones específicas que para el sector salud tienen los países en desarrollo**. Entre ellas, la dificultad que tienen estos países para dedicar recursos locales a la salud, la escasa atención que se le presta a aquellos temas que tienen que ver con los sistemas de salud y con su personal para la correcta cobertura de los servicios de salud, los inadecuados sistemas de seguimiento de los progresos y resultados alcanzados, las dificultades a la hora de trasladar las propuestas globales de efectividad de la ayuda a nivel nacional, especialmente por la falta de predictibilidad de la ayuda, y la ausencia de un enfoque multisectorial para lograr resultados en salud.

⁹ Medicus Mundi, Médicos del Mundo y Prosalus.

"La salud en la cooperación al desarrollo y la acción humanitaria". Informe 2006.

Para reducir las limitaciones señaladas, es necesario que las acciones, apoyadas tanto por las instituciones regionales como por las globales, incluyendo a los actores no gubernamentales, se concentren en los **resultados de salud y en el desarrollo de los sistemas sanitarios**, a partir de las propias prioridades nacionales. Se deben mejorar las capacidades tanto locales, como de las organizaciones internacionales en este sector, y se deben mejorar los lazos entre los actores que trabajan en programas verticales de control de enfermedades específicas y los que trabajan la salud en general.

Además, para cumplir los principios de alineamiento y apropiación de la Declaración de París, es necesario reconsiderar cómo se deben **planificar las diferentes estrategias de salud que tienen tanto los países donantes como las organizaciones internacionales**; esta planificación requiere que **los países receptores definan sus propias prioridades en el sector para la mejora de la salud de su población, y que éstas sean incorporadas a las prioridades internacionales y a las de los propios donantes**.

2/ LA UNIÓN EUROPEA Y LA COOPERACIÓN EN EL SECTOR SALUD¹⁰

Sin duda alguna, dentro de los actores internacionales que trabajan la salud, la Unión Europea es uno de los más relevantes, y ello justifica la necesidad de analizar la ayuda en salud que se realiza desde la Unión Europea, tanto como conjunto de países, como a través de sus instituciones.

¹⁰ Dadas las referencias que se harán en esta parte a diferentes instituciones, conviene recordar que la Unión Europea, entendida como el conjunto de países europeos que se han comprometido a trabajar de forma común, cuenta con un triángulo institucional básico integrado por:

- El Consejo, representante de los Estados, formado, a su vez, por el Consejo de la Unión Europea -integrado por los ministros de todos los países miembros cuya materia sea objeto de estudio, y coordinado por los ministros de Exteriores- y el Consejo Europeo -formado por los Jefes de Estado o de Gobierno de todos los países miembros, más el presidente de la Comisión-. El Consejo dispone de poder legislativo.
- El Parlamento Europeo, representante de los pueblos, resulta de la elección directa de los ciudadanos de la UE. Comparte con el Consejo el poder legislativo y es el órgano de control político de las Comunidades Europeas.
- La Comisión Europea, órgano independiente de los estados y garante del interés general de los europeos, es el órgano de gestión de la UE y ejecuta las decisiones adoptadas por el Consejo, para lo cual dispone de una serie de presupuestos. Es la encargada de velar por la aplicación de reglamentos y directivas aprobadas por el Consejo.

2.1. EUROPA COMO DONANTE

La Unión Europea en su conjunto, con una contribución del 52% a la Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD global¹¹), es el **donante más importante**. Otra prueba de su importancia como donante es que, a lo largo del año 2006, la Unión Europea ha apoyado acciones en 160 países¹². Estos datos ponen de manifiesto que Europa está realizando una aportación vital para que se alcancen los ODM y, en última instancia, para la erradicación de la pobreza.

Por su parte, en el terreno de la salud, la UE se ha comprometido a realizar muchas acciones en su cooperación al desarrollo en apoyo a la salud, y para ello ha adoptado objetivos vinculantes; sin embargo, no se ha dotado, para el cumplimiento de estos objetivos y compromisos, ni de los niveles de financiación necesarios, ni de instrumentos eficaces para organizar la correcta distribución de los fondos aportados para mejorar la salud en los países en desarrollo. En definitiva, la UE **no ha desarrollado aún una estrategia específica de salud** como tal.

La contribución de la Unión Europea abarca el total de las aportaciones realizadas por los 27 Estados miembros y por la Comisión Europea.

En el Consejo Europeo de Barcelona, celebrado en marzo de 2002, los 15 Estados miembros de la Unión Europea (UE 15¹³) se comprometieron a cumplir el compromiso de Monterrey de destinar en 2006, cada uno individualmente, el 0,33% de su PIB a la AOD y alcanzar el 0,39% como objetivo colectivo con el fin de llegar progresivamente al 0,7%, objetivo de la ONU para 2015.

En 2005 estas cifras se actualizaron con el horizonte de 2010 y con una nueva realidad: la de la ampliación de la Unión Europea. Así, se acordó que para 2010 los países de la UE 15 contribuirían con un porcentaje del 0,51% de su PIB, fijando un nuevo porcentaje, del 0,17% del PIB para AOD, para los 10 nuevos estados miembro ("UE 10"). Esto se añadiría a una aportación conjunta de un 0,56% en 2010 o a 20.000 millones de euros más de ayuda. A este compromiso se añadía, además, el de que África, ante la situación de este continente¹⁴, debía ser destinatario principal de toda una serie de recursos del Fondo Europeo del Desarrollo.

Sin embargo, en el año 2005 los compromisos de 2002 aún estaban lejos de cum-

plirse para muchos países de la UE, por lo que se alejan aún más los compromisos adquiridos para 2010. Así, en 2005 Grecia (con el 0,17%), Italia (con el 0,29%), Portugal (con el 0,21%) y España (con el 0,27%) no habían alcanzado el objetivo de Monterrey (Gráfico 2.1). En el caso de España, pese al dato de 2005, hay que destacar el esfuerzo realizado en 2006, que ha supuesto alcanzar el 0,32%, porcentaje al que deben sumarse las previsiones presupuestarias del gobierno, que pasan por alcanzar el 0,42% en 2007 y el 0,5% en 2008.

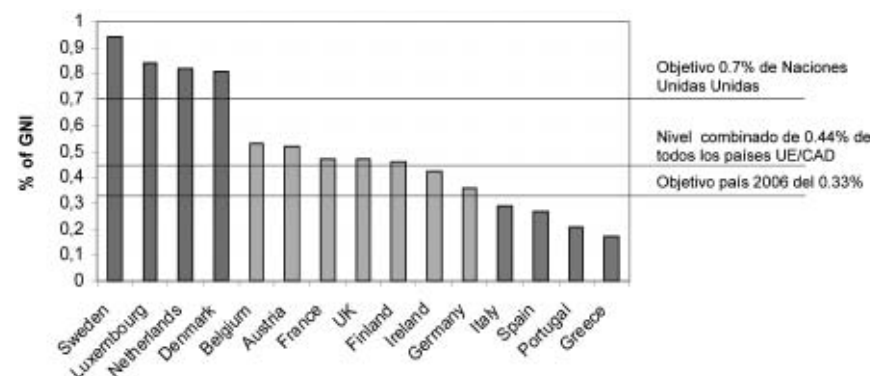


Gráfico 2.1: Porcentaje de PIB proporcionado como AOD por los países de la UE miembros del CAD: Datos del CAD de la OCDE para 2005 (OCDE, 2006)

En el resto del capítulo vamos a analizar las asignaciones totales de la UE a la AOD en salud, centrando nuestro estudio en las contribuciones que se realizan a través de la Comisión Europea.

2.2. POLÍTICA DE LA UE PARA COOPERACIÓN DEL DESARROLLO, CENTRADO EN EL SECTOR SALUD

El Consejo de relaciones externas de la Unión Europea (celebrado durante los días 23 y 24 de mayo de 2005) volvió a poner de manifiesto su compromiso de apoyar los Objetivos de Desarrollo del Milenio. En esa misma reunión, además, reafirmó el punto de vista de la Unión Europea de que la apropiación por los países debería dirigir las asociaciones entre la Unión Europea y los países en desarrollo, y concluyó la necesidad de llevar a cabo una financiación más predecible.

El Parlamento Europeo, por su parte, ha aprobado un buen número de resoluciones relacionadas con la ayuda internacional, entre las que se incluyen como más recientes dos. Una primera resolución sobre la eficacia de la ayuda y la corrupción en

¹¹ CAD de la OCDE 2006.

¹² Comunicación de la Comisión al Consejo y al Parlamento Europeo: "Informe anual 2007 sobre la Política de Desarrollo de la Comunidad Europea y la implementación de la ayuda exterior en 2006" COM(2007) 349 final.

¹³ Los UE 15 son: Austria, Bélgica, Dinamarca, Finlandia, Francia, Alemania, Grecia, Irlanda, Italia, Luxemburgo, Países Bajos, Portugal, España, Suecia y Reino Unido.

¹⁴ Comunicación de la Comisión al Consejo y al Parlamento Europeo sobre financiación del desarrollo y eficacia de la ayuda, COM (2006) 85 final.

los países en desarrollo (Parlamento Europeo, 2006), centrada en los mecanismos que deben servir para aumentar la responsabilidad y la transparencia, que incluye unos medios de comunicación independientes y libres, organismos de control del funcionamiento y una mayor participación de las mujeres, y la declaración de que “*la ayuda presupuestaria debería destinarse siempre a un sector específico*”. Una segunda resolución sobre ayuda presupuestaria para países en desarrollo (Parlamento Europeo, 2007) que estipula que el apoyo presupuestario sectorial o los enfoques sectoriales deberían considerarse como instrumentos privilegiados para la intervención en los sectores de educación y salud.

El Consenso Europeo¹⁵, adoptado por la Comisión Europea, el Parlamento Europeo y el Consejo de la Unión Europea en 2006 como marco político común de la UE para la cooperación al desarrollo, establece el cumplimiento de los ODM como el objetivo principal de la cooperación para el desarrollo de la UE. Incluye unos compromisos muy claros para promover la salud sexual y reproductiva; para hacer frente al VIH/sida, la tuberculosis y la malaria; para resolver la extraordinaria crisis de recursos humanos de los servicios sanitarios; para destinar una financiación adecuada para la salud, fortalecer los sistemas de salud y hacer que los medicamentos sean más asequibles para los pobres. También recoge el compromiso de que el género sea transversal en todos los aspectos de la cooperación para el desarrollo.

Por otra parte, durante las celebraciones del 50 aniversario de la UE en el año 2007, los Ministros de Desarrollo de la UE aprobaron la denominada *Petersberg Communiqué on European Development Policy*¹⁶ (Ministerio Federal para la Cooperación Económica y el Desarrollo, 2007). De este modo se renovaba el compromiso para solucionar los problemas de salud en los países en desarrollo. Este informe identifica la mortalidad infantil como uno de los principales objetivos europeos de cooperación al desarrollo e incide en la importancia de la atención primaria de salud y de la protección ante las infecciones prevenibles, como el VIH.

En mayo de 2007, el Consejo de Relaciones Externas y Asuntos Generales de la UE, (GAERC) aprobó las conclusiones sobre “Gender Equality and Women Empowerment in Development Cooperation¹⁷” (La igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres en la cooperación al desarrollo). En este documento se destaca la preocupación por el acceso limitado de la mujer a los servicios básicos sanitarios. Menciona la salud y los derechos sexuales y reproductivos como la principal área de preocupación. Indica que una inversión mayor en el apoyo a la salud sexual y reproductiva de la mujer responde a ese derecho humano fundamental, y que una

mejora en el estado de salud de las mujeres tiene efectos positivos sobre la economía en su totalidad. Por último cita la creciente tasa de infección por VIH en las mujeres y niñas como causa de profunda preocupación.

También en mayo de 2007, los Ministros de Desarrollo de la UE aprobaron un borrador para la propuesta de la Estrategia Conjunta de la UE y África, *Joint EU-Africa Strategy*¹⁸, (Europa, 2007). El objetivo de esta estrategia es asegurar que todos los Objetivos de Desarrollo del Milenio se cumplan en todos los países de África en el año 2015, y en una de sus secciones, dedicada a los problemas clave para el desarrollo, incluye el fortalecimiento de los sistemas de salud nacionales para garantizar una cantidad suficiente de personal sanitario, de infraestructuras, sistemas de gestión y suministros para alcanzar los ODM de salud. También enumera el logro del acceso universal a la salud reproductiva en 2015 y la transversalización del género en todas las políticas, especialmente en aquellas relacionadas con los servicios sociales para mujeres. Es evidente que los esfuerzos de la cooperación europea así como los de los gobiernos africanos deberán aumentar no solo en términos económicos, sino en capacidades, ya que los datos actuales no animan a creer que esta meta se alcanzará.

2.3. COMPROMISOS ESPECÍFICOS DE LA UE PARA LA SALUD

A pesar de no tener una estrategia definida como tal en la cooperación en salud, la UE lleva bastante tiempo presentando propuestas comunes de trabajo en este sector. Así, en marzo de 2002 se aprobó una *Comunicación de la Comisión Europea sobre Salud y Pobreza*¹⁹ que recoge cuatro objetivos:

- a. Mejorar los resultados relacionados con la salud, el sida y la población a nivel nacional, especialmente en los países más pobres.
- b. Maximizar los beneficios de la salud y minimizar los efectos potencialmente negativos en la salud causados por el apoyo de la Comisión Europea en otros sectores.
- c. Proteger a los sectores más vulnerables de la pobreza a través de apoyos para implantar mecanismos de financiación de la salud equitativos y universales.
- d. Invertir en el desarrollo de bienes públicos globales concretos.

Estas líneas de acción se vieron reafirmadas en mayo de 2002 por las Conclusiones del Consejo de la UE, en las que se declaró: “Con el objetivo de alcanzar mejores resultados en salud y de cumplir los objetivos para el desarrollo de la salud acordados internacionalmente, la UE dará su apoyo más enérgico a aquellos países en desarro-

¹⁵ <http://europa.eu/scadplus/leg/es/s05031.htm>

¹⁶ www.eu2007.de/en/News/download_docs/Maerz/0312-RAA1/080Abschlusskommunique.pdf

¹⁷ eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/en/com/2007/com2007_0100en01.pdf

¹⁸ http://www.europa-eu-un.org/articles/es/article_6804_es.htm

¹⁹ <http://europa.eu/scadplus/leg/es/lvb/r12516.htm>

llo que acordaron trabajar con la vista puesta en los objetivos marcados por ellos mismos para las inversiones en salud, como en Abuja (15% de los presupuestos nacionales). Pero incluso en el mejor de los casos en que se apliquen las políticas adecuadas y la financiación más alta de la salud por parte de los gobiernos nacionales en desarrollo, se producirá un gran vacío financiero. Para el cumplimiento de los ODM en salud será necesario un gran aumento de la ayuda externa para este sector”.

En 2005, la Comunidad Europea aprobó un *Programa de acción de lucha contra el VIH/sida, la malaria y la tuberculosis*²⁰. En éste se reconocía que había un déficit grave y creciente en relación con la financiación para luchar contra dichas enfermedades. Se esperaba que se alcanzasen los 14.900 millones de dólares en 2007, destinando 11.500 millones de dólares para VIH/sida, 2.600 millones de dólares para malaria y 800 millones de dólares para tuberculosis. El Programa de acción propone que la UE se marque como objetivo una contribución que ayude a acabar con el vacío financiero relacionado con las tres enfermedades y cumplir así el ODM 6, al tiempo que reflejase la importancia de Europa como socio internacional en el desarrollo.

Por último, el Consejo Europeo ha aprobado recientemente, dentro de un intento por coordinar las acciones de la Unión Europea para desarrollar sistemas de salud viables en los países en desarrollo, un “Programa de acción para hacer frente a la grave escasez de profesionales de la salud en los países en desarrollo²¹”, que incluye algunos principios sobre la contratación de dicho personal. En este programa se subraya la necesidad de un mayor apoyo de la UE para el desarrollo de las capacidades de la administración pública, incluidas la gestión de recursos humanos, la formación, la implantación de la reforma del servicio civil y la promoción de incentivos apropiados, sean éstos en forma de salario o mediante otro sistema de retribución. Se reconoce, además, que se necesitan recursos financieros adecuados, en particular aquellos que sean a largo plazo y previsibles, como el apoyo presupuestario general y sectorial, para aumentar el espacio fiscal disponible para la inversión en salud.

2.4. COMPROMISOS FINANCIEROS PARA LA AOD EN SALUD

Desde 2001, el presupuesto anual de la UE incluye una serie de indicadores para la asignación de la AOD de la Comunidad Europea, indicadores que se han reforzado a lo largo de los años.

- En 2003, el Parlamento Europeo y la Comisión Europea acordaron incluir la referencia del 35% del gasto en salud y educación.
- En 2004, las líneas presupuestarias para las relaciones de la Comunidad Europea con

los países en desarrollo en la región ACP (África, Caribe y Pacífico), Latinoamérica, Asia, Oriente Próximo y la región del Mediterráneo incluyeron la referencia del 35% para infraestructura social (“principalmente para salud y educación, pero también con inclusión de la ayuda macroeconómica con condicionalidad del sector social”). Además, en ese año se recoge que el presupuesto de la UE de 2004 asignará un mínimo del 20% de los compromisos anuales totales a “las actividades en los sectores de educación y salud básicas, incluida la ayuda presupuestaria”.

- En 2005 y 2006 se mantuvieron las referencias del 20% y del 35%. Además, desde 2005, se ha obligado a la Comisión Europea a informar sobre la forma en que su trabajo ha “contribuido al objetivo del 35% para infraestructura social y al cumplimiento de los ODM²²”.
- En 2007 se han mantenido las referencias asignadas, pero se modificó el 20% dedicado tanto a la educación básica y secundaria como a la salud básica²³ y el compromiso de información de la Comisión Europea para incluir los informes sobre la referencia revisada.
- Con vistas a los próximos años, la Comisión Europea se ha comprometido a que en el año 2009, el 20% de la financiación de los programas geográficos que cubre el Instrumento de Desarrollo de la Cooperación (DCI) se destinará a la salud básica y a la educación básica y secundaria.

El listado de los compromisos contraídos por la UE en los últimos años viene a demostrar el reconocimiento de que la salud es importante para el desarrollo y un elemento clave de sus objetivos. Pero el reconocimiento de esa importancia no ha ido aparejado del esfuerzo necesario para su cumplimiento, de manera que aún se está lejos de alcanzar esos compromisos, como se verá a continuación.

2.5. ASIGNACIONES FINANCIERAS DE LA UNIÓN EUROPEA PARA LA SALUD

En el periodo comprendido entre 2001 y 2004, la Comisión Europea comprometió unas cantidades para AOD que suponían un porcentaje de entre el 22% y el 25% de la AOD de la UE, pero de esas cantidades comprometidas, realizó un desembolso mucho menor, sólo de entre el 7% y el 9% (tabla 2.1.) Estas cifras mejoraron en el 2005, año en que la Comisión Europea triplicó los gastos, pasando de 2.700 millones de dólares del año 2004 a 9.000 millones en el 2005, lo que explica que, manteniendo un nivel de compromiso de gasto en AOD del 20%, en este año el desembolso real, aunque alejado, estuviera más próximo y fuera del 17% del total de gastos en AOD de la Unión Europea para ese 2005.

²⁰ <http://europa.eu/scadplus/leg/es/lvb/r12537.htm>

²¹ <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:52006DC0870:ES:HTML>

²⁰ <http://europa.eu/scadplus/leg/es/lvb/r12537.htm>

²¹ <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:52006DC0870:ES:HTML>

	2001		2002		2003		2004		2005	
	Compromiso	Gasto	Compromiso	Gasto	Compromiso	Gasto	Compromiso	Gasto	Compromiso	Gasto
AOD total de la UE	22,3	16,3	30,3	21,6	35,3	29,6	39,0	32,2	56,5 ²⁴	53,8
AOD bilateral de los 15 Estados miembros de la UE	16,8	14,9	23,7	20,2	27,3	27,6	29,9	29,5	45,1	44,8
AOD de la Comisión Europea	5,5	1,4	6,6	1,4	8,0	2,0	9,1	2,7	11,4	9,0
Porcentaje del total de AOD correspondiente a la Comisión Europea	25%	9%	22%	7%	23%	7%	23%	8%	20%	17%

Tabla 2.1: Contribución de la Comisión Europea al porcentaje total de la AOD de la UE: aportaciones y gastos. (Datos del CAD de la OCDE, 2007 en miles de millones de dólares)

En 2005, de la cantidad mencionada, la Comisión Europea destinó el 4,7% de su AOD total al sector salud (tabla 2.2), lo que viene a demostrar que la Comisión Europea todavía se encuentra muy por debajo del 15% que se aconseja para cumplir los ODM de salud.

	2001		2002		2003		2004		2005	
	Compromiso	Gasto	Compromiso	Gasto	Compromiso	Gasto	Compromiso	Gasto	Compromiso	Gasto
AOD total de la Comisión Europea	5.476	1.364	6.609	1.397	8.024	2.001	9.099	2.651	11.355	9.023
AOD de la Comisión Europea para salud y población	294	73	213	76	234	98	523	201	669	421
Porcentaje de AOD de la Comisión Europea para salud y población	5,3%	5,3%	3,1%	5,4%	2,9%	4,9%	5,8%	7,6%	5,9%	4,7%

Tabla 2.2: Porcentaje de AOD de la Comisión Europea para salud y población: compromisos y gastos. (Datos del CAD de la OCDE, 2007 en millones de dólares)

²⁴ Estas cifras no se corresponden, de manera exacta, con los 55.700 millones de dólares incluidos en el informe de CAD de la OCDE de 2006. Esto se debe a que las cifras de la tabla están en millones de dólares según los precios de 2006, mientras que los 55.700 millones de dólares reflejan los precios del año 2004. Esta diferencia en cifras, según el tipo de dólar que se tome como referencia, es una constante que dificulta en muchas ocasiones los estudios, análisis y comparativas como la que aquí se hace.

2.6. CONTRIBUCIONES FINANCIERAS CONJUNTAS DE LA UE A LA SALUD EN EL TOTAL DE LA AOD

De los 55.700 millones de dólares que la UE en su conjunto se comprometió a destinar a AOD en 2005, 3.500 millones (equivalentes al 6,2%) se asignaron al apoyo de la salud²⁵. A pesar del bajo porcentaje de la cifra, hay que destacar que, en conjunto, la UE proporciona alrededor de un tercio de todos los gastos en salud de la AOD que realizan los países de CAD de la OCDE.

Las cifras ponen en evidencia la deficiente financiación para la salud que realizan los donantes, hasta el punto de que para cumplir con el objetivo de la Comisión de Macroeconomía y Salud (CMS) de destinar el 0,1% del PIB de los donantes al sector de la salud, se estima que los países de la UE miembros del CAD tendrían que ofrecer AOD en salud por un total de 13.500 millones en 2007 (cuatro veces más que en el año 2005) y 19.100 millones en 2015. La Comisión Europea, por su parte, necesitaría niveles similares de incremento para lograr ese porcentaje, pues debería proporcionar AOD en salud por un valor de 1.300 millones de dólares en 2007 y de 1.900 millones de dólares en 2015²⁶.

2.7. COMISIÓN EUROPEA

Como se ha visto ya, en términos medios puede decirse que la Comisión Europea desembolsa aproximadamente el 20% de la asignación total de la AOD ofrecida por la UE. En cuanto al destino de esos fondos en salud, en el informe anual de 2006²⁷ la Comisión Europea centra su trabajo para este sector en dos grandes líneas: la cooperación directa con países y regiones (que supone el grueso de su ayuda) y la cooperación a través de cuatro líneas temáticas de enfermedades ligadas con la pobreza, más específicamente el sida, la tuberculosis, la malaria y la salud sexual y reproductiva. En este segundo sector, aparece un apoyo sustancial al Fondo Global de lucha contra sida, malaria y tuberculosis (con una aportación de 58 millones de euros) y el apoyo a la iniciativa GAVI (con otra aportación de 10 millones de euros).

Por otra parte, y con vistas a los siguientes años, la Comisión ha asignado 51.000 millones de euros para la cooperación al desarrollo para el período comprendido entre 2007 y 2013. Esta contribución se puede dividir entre las contribuciones temáticas y las contribuciones a través de los programas de los países en desarrollo. Es evidente

²⁵ Acción por la Salud Global, 2007

²⁶ Acción por la Salud Global, 2007

²⁷ Annual Report 2006 on the European Community's Development Policy and the Implementation of external Assistance in 2005" Euopaid, Comisión Europea, 2006 p

que dicha cifra supone un aumento en la AOD de la UE en total y, sin embargo, la proporción de la asignación de la Comisión Europea para la AOD en la salud se puede comprobar que ha disminuido en el año 2006. Las asignaciones de la Comisión Europea reflejan el promedio de la UE, que se ha situado en torno al 4,5% de la AOD para el sector salud.

2.8. LA COMISIÓN EUROPEA Y LA AYUDA AL DESARROLLO

La Comisión Europea desembolsa ayuda mediante dos canales principales: el Instrumento de Cooperación al Desarrollo (ICD) y el Fondo Europeo de Desarrollo (FED). El décimo FED, que está aún por ratificar, abarcará el período 2008-2013 (EuropAfrica, 2006). El tabla 2.4. muestra la contribución de los países de la UE tanto al ICD como al décimo FED, y en él se puede observar cómo cuatro de esos países - Francia, Alemania, Italia y Reino Unido- realizan contribuciones cada uno de más del 10% tanto al ICD como al FED. Juntos, por tanto, son responsables del 62% de los fondos del ICD y del 68% de los del FED. España es el quinto país en cuanto a contribuciones tanto para el ICD como para el FED, lo que lo coloca a la cabeza de los países de la Comisión que más contribuyen a la cooperación al desarrollo.

CARACTERÍSTICAS DEL ICD Y DEL FED	
ICD	FED
Parte del presupuesto general de la UE.	Independiente del presupuesto general de la UE. Los Estados miembros de la UE contribuyen directamente con el FDE.
Cubre países en Asia, Latinoamérica Oriente Próximo y Sudáfrica.	Cubre países en África, Caribe y Pacífico (ACP). El FDE se basa en el Acuerdo de Asociación entre los estados de África, el Caribe y el Pacífico, y la Unión Europea (Acuerdo Cotonou).
La toma de decisiones financieras la comparten el Parlamento Europeo y el Consejo de la UE.	El poder de toma de decisiones financieras recae en los Estados miembros de la UE, mientras que el Parlamento Europeo se encarga del pago anual.
El Parlamento Europeo se encarga del pago final para el presupuesto anual.	

Estado miembro	ICD		FED	
	Contribución (millones de euros)	% de contribución	Contribución (millones de euros)	% de contribución
Austria	13,7	2,3	546,6	2,4
Bélgica	18,1	3,0	800,7	3,5
Bulgaria	1,5	0,2	31,8	0,1
Chipre	0,9	0,1	20,4	0,1
República Checa	6,3	1,0	115,7	0,5
Dinamarca	12,4	2,1	453,6	2,0
Estonia	0,7	0,1	11,3	0,1
Finlandia	9,4	1,6	333,4	1,5
Francia	104,9	17,4	4.434,3	19,6
Alemania	120,1	19,9	4.649,8	20,5
Grecia	11,7	1,9	333,4	1,5
Hungría	4,9	0,8	124,8	0,6
Irlanda	8,9	1,5	206,4	0,9
Italia	80,8	13,3	2.916,9	12,9
Letonia	1,0	0,2	15,9	0,1
Lituania	1,3	0,2	27,2	0,1
Luxemburgo	1,5	0,3	61,2	0,3
Malta	0,3	0,1	6,8	0,03
Países Bajos	28,3	4,7	1.100,1	4,9
Polonia	15,0	2,5	294,9	1,3
Portugal	8,8	1,5	260,8	1,2
Rumanía	5,6	0,9	83,9	0,4
Eslovaquia	2,5	0,4	47,6	0,2
Eslovenia	1,8	0,3	40,8	0,2
España	57,7	9,6	1.780,5	7,9
Suecia	16,2	2,7	621,5	2,7
Reino Unido	69,7	11,5	3.361,5	14,8
TOTAL	604,0	100,0	22.682,0	100,00

Tabla 2.3: Contribuciones de los Estados miembros de la UE al ICD en el presupuesto de la UE de 2007 y al décimo FED (Comisión Europea, 2007; Consejo de la UE, 2005)

2.9. MECANISMOS DE DESEMBOLSO DE LA COMISIÓN EUROPEA

2.9.1. PROGRAMAS DE ESTRATEGIAS DE PAÍSES

Los Programas de Estrategias de Países (PEP) sirven de base para la asignación de fondos a los países específicos. De acuerdo con la Declaración de París sobre la alineamiento y armonización de la ayuda al desarrollo, los PEP deberían alinearse con las áreas prioritarias identificadas por los gobiernos nacionales. Ahora bien, en los países prioritarios y de atención especial casi nunca aparece la salud como sector prioritario y sólo en ocasiones se incluye como un sector secundario de la coopera-

ción en ese país.²⁸ La asignación de fondos al sector de la salud resulta ser especialmente baja para los países de África, Caribe y Pacífico (ACP), y así la investigación llevada a cabo para 2015-Watch, en junio 2007, indica que de 61 programas PEP para países ACP sólo dos incluirán apoyo a la salud como sector central.²⁹

También es evidente que la transversalización efectiva de la perspectiva de género, requisito para todas las políticas de la UE, no se ha integrado por completo en las estrategias de los países. En el caso de la Comisión Europea, en el informe "Evaluación Temática de la Integración de la Perspectiva de Género en la Cooperación al Desarrollo de la Comisión Europea con Terceros Países" (Thematic Evaluation of the Integration of Gender in EC Development Cooperation with Third Countries, 2003) se reconocía el trabajo constructivo que se ha realizado, pero concluía que los objetivos políticos específicos sobre igualdad de género y la integración de la perspectiva de género en la cooperación al desarrollo llevada a cabo por la Comisión Europea no han sido suficientes. Además, el informe concluía que los recursos financieros asignados específicamente a apoyar la integración de la perspectiva de género en la cooperación al desarrollo han sido insignificantes, comparados con los recursos asignados a otras cuestiones horizontales. Las indicaciones son que muchas de las recomendaciones de esta Evaluación siguen siendo válidas, tanto para la Comisión como para algunos países miembros de la Unión Europea.

2.9.2. APOYO PRESUPUESTARIO GENERAL

El apoyo presupuestario a determinados sectores está reduciéndose al tiempo que aumenta el apoyo presupuestario que se hace al estado en general. Con el fin de incrementar la efectividad del gasto de la AOD, la Comisión Europea estableció un objetivo para canalizar el 50% de su ayuda para 2007 a través del Apoyo presupuestario. En la actualidad, no existe información transparente sobre los indicadores relacionados con el Apoyo presupuestario general, incluidos, por ejemplo, los indicadores a tener en cuenta respecto a los problemas de igualdad de género. No existe tampoco un plan, ni una política para asegurar que se resuelva correctamente la asistencia sanitaria básica en aquellos países que no son aptos para la recepción del apoyo presupuestario, y que son a menudo los países que más ayuda necesitan para asegurar la existencia de instalaciones sanitarias básicas.

Asimismo, la Comisión Europea está preparando propuestas para contar las contribuciones del Apoyo presupuestario general a la salud y a la educación como parte

de los datos estadísticos sectoriales proporcionados por el CAD de la OCDE. En una reunión reciente, los expertos discutieron acerca de la credibilidad de la metodología propuesta y la conclusión a la que llegaron fue que una asignación sectorial del Apoyo presupuestario general no proporcionaría datos creíbles sobre las aportaciones específicas en salud y potencialmente podría inflar las cifras de la Comisión Europea relativas a la salud sin que éstas realmente aumentaran. También ocultaría el fracaso de la Comisión Europea a la hora de solventar las cuestiones de salud de su AOD.

La Comisión Europea prepara actualmente propuestas para los ODM, lo que vinculará de forma más explícita la previsión del apoyo presupuestario al alcance de resultados relacionados con los ODM. Se prevé que proporcionaría una financiación mayor predecible a largo plazo.

2.9.3. ASIGNACIONES TEMÁTICAS

Hasta el 2007, una proporción significativa del gasto de la Comisión Europea en salud fue asignado en función de líneas de presupuesto temáticas, como las enfermedades relacionadas con la pobreza (VIH/sida, malaria y tuberculosis), atención en salud sexual y reproductiva, y de género³⁰. En conjunto, estas líneas de presupuesto contribuyeron a la salud con 110 millones de euros al año aproximadamente y surgen ahora como un instrumento temático para el desarrollo social y humano, bajo la categoría titulada "Invertir en las Personas", que consta de cuatro pilares: salud, educación, igualdad de género y otros aspectos del desarrollo social y humano. El instrumento dispone de una asignación de 1.065 millones de euros para los próximos siete años, de los cuales, al menos el 55% debería destinarse a salud. De cumplirse, significaría que, como media, a través de este mecanismo habría un promedio de aproximadamente 84 millones de euros anuales disponibles para la salud. Sin embargo, en 2007 el total de Invertir en las Personas se destinará exclusivamente al Fondo Mundial de Lucha contra el sida, malaria y tuberculosis.

2.9.4. APOYO AL FONDO MUNDIAL

La Comisión Europea también ha sido un donante importante del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria (FMSTM) desde que se fundó en 2002. La Comisión ha prometido un total de 922,5 millones de euros³¹ (aproximada-

²⁸ Cf. también Acción por la Salud Global: "An Unhealthy Prognosis? The EC's development funding for Health" (2007) and 2015 Watch

²⁹ 2015 Watch (4ª edición)

³⁰ Regulation (EC) No. 1568/2003 of the European Parliament and of the Council of 15 July 2003

³¹ Consta de una cantidad de 522 millones de euros para el periodo 2002-2006 y de 400 millones de euros para 2007-2010, que fue anunciada en junio de 2007 y será cubierta por el presupuesto europeo y el décimo FED. Lo que significa que la cantidad anual proporcionada por la Comisión Europea al Fondo Global se ha estancado durante mucho tiempo en unos 100 millones de euros al año (consultar el Fondo Global, 2007b para obtener más información)

mente 1.180 millones de dólares) al Fondo Mundial para un periodo comprendido entre 2002 y 2010. Hasta junio de 2007 había destinado 639 millones de dólares al Fondo Mundial. Estas contribuciones proceden tanto del presupuesto de la UE ("*Invertir en las Personas*") como del FED.

2.10. IMPLICACIONES PARA LA AOD DEL CÓDIGO DE CONDUCTA DE LA UNIÓN EUROPEA SOBRE LA DIVISIÓN DEL TRABAJO EN POLÍTICA DE DESARROLLO

En mayo de 2007, la UE adoptó el Código de conducta sobre la División del trabajo en Política de desarrollo, en el que se esbozan algunos principios a los que los donantes de la Unión Europea se comprometen consigo mismos, como centrar sus actividades en los sectores focales, establecer países prioritarios, destinar ayuda a los países "huérfanos", garantizar la presencia de la UE en los sectores estratégicos, complementarse y mejorar los sistemas de ayuda, etc. Las implicaciones de esta división del trabajo no quedan claras en este momento, pero existe una preocupación acerca de las siguientes cuestiones:

- No se han identificado explícitamente los sectores estratégicos³².
- No queda claro que los mecanismos para asegurar la salud se hayan solventado de forma correcta en todos los países en desarrollo.
- El primer principio de la Declaración de París podría ser interpretado por algunos donantes como que no deben centrarse en la salud de un país concreto porque otros ya lo hacen. Existen pruebas, a través de los documentos sobre estrategia de los respectivos países, de que la Comisión Europea no está dando prioridad a la salud en los programas de éstos.
- Parece que no existen mecanismos para hacer un seguimiento de todas las contribuciones de la UE a los sectores estratégicos, como la salud, en países concretos.
- No se ha identificado explícitamente la ayuda a los países "huérfanos".³³ No quedan claras las implicaciones que conllevan estas decisiones financieras.

Es necesario que la UE asuma el papel que como donante debe ejercer en el sector de la salud. Para ello debe priorizar la salud como eje específico de cooperación, y por lo tanto elaborar una estrategia en el sector que armonice y haga coherentes todas las iniciativas en salud y plantee las prioridades tanto geográficas como secto-

³² A pesar de que se hace referencia indirectamente a la salud infantil como sector relacionado con la reducción de la pobreza

³³ Excepto como estados frágiles en general

riales, así como los compromisos presupuestarios que las avalen. Esta apuesta debe ser garantizada por cifras, y la Comisión Europea debe asegurar que el porcentaje de su AOD destinada a salud no sea inferior al 20%-22% del total. Dentro de sus prioridades en salud, los países de África subsahariana deben tener una presencia específica en su agenda, dado que es el continente que tiene mayores problemas en el sector. El fortalecimiento de los sistemas de salud, así como la APS, deben ser las líneas principales de trabajo en el sector. Si realmente se pretende fortalecer los sistemas de salud, es necesario desarrollar mecanismos de financiación destinados a cubrir los gastos corrientes de los sistemas sanitarios, como, por ejemplo, la partida de personal, y que contemplen la previsibilidad de la ayuda.

3/ EVOLUCIÓN DE LA AYUDA BILATERAL EN SALUD

La Ayuda Oficial al Desarrollo de los países del Comité de Ayuda al Desarrollo (CAD) de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) ascendió en 2005 a casi 107 mil millones de dólares³⁴, es decir un 32% más que en 2004, incremento debido principalmente a la condonación de la deuda de Irak y Nigeria.

En 2005 la AOD bilateral en salud del CAD siguió incrementándose, y alcanzó los 5.413 millones de dólares, lo que supuso un importante incremento de 733 millones con respecto a 2004³⁵. Este dato indica que la inversión en salud por parte de los donantes se mantiene en una línea ascendente, aunque aún no se ha alcanzado la financiación suficiente para cubrir el déficit que tiene el sector para conseguir los niveles adecuados de salud. En el siguiente gráfico observamos que la salud supone en 2005 un 12,73% del conjunto de la AOD distribuible del conjunto del CAD, con un pequeño incremento respecto a 2004.

Comparando los datos de ayuda de 2005 entre España y el conjunto de donantes, se puede concluir que España está incrementando de una forma más significativa su compromiso con la salud, hasta alcanzar los 146,07 millones de euros. Estas cifras suponen un 14,3% de toda nuestra AOD, y un incremento de casi 3 puntos con respecto a 2004, incremento porcentual sustancialmente mayor al del CAD, que se ha situado en apenas 0,5 puntos en 2005 con respecto a 2004 para salud.

³⁴ 106.800 millones de dólares. Todas las cifras serán en dólares constantes 2005, a no ser que se indique lo contrario

³⁵ Estas cifras varían de las del año anterior porque son desembolsos y no compromisos y por utilizar este año dólares constantes 2005

Evolución de la ayuda en salud respecto a la AOD bilateral distribuible bruta del CAD 1998-2005

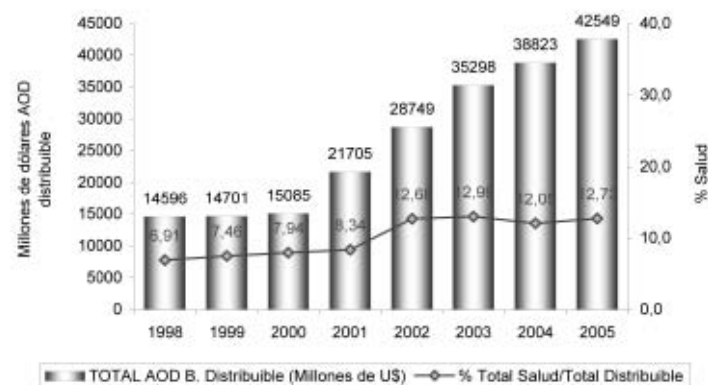


Gráfico 2.2. Evolución de la ayuda en salud respecto a la AOD bilateral distribuible bruta del CAD 1998-2005; Fuente: Elaboración propia a partir de datos del CAD.

El dato positivo, que se refleja en el siguiente gráfico, es la relativa estabilidad que vienen mostrando los porcentajes que destina al sector salud el CAD en su conjunto y España en particular, aunque en nuestro caso con mayor irregularidad.

Evolución porcentaje AOD bilateral bruta en salud sobre AOD distribuible en salud. CAD-España 1998-2005

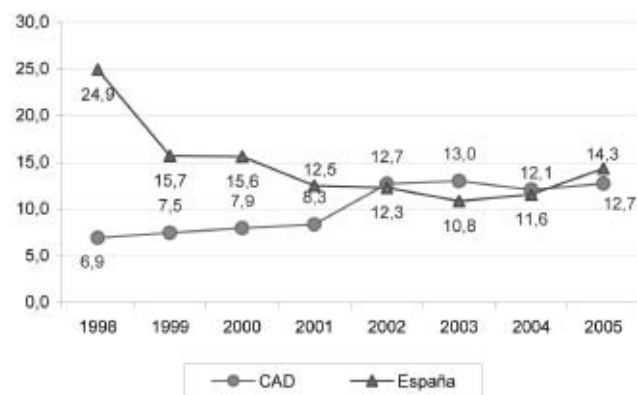


Gráfico 2.3.: Evolución porcentaje AOD bilateral bruta en salud sobre AOD distribuible en salud. CAD-España 1998-2005. Fuente: Elaboración propia a partir de datos del CAD.

Estos fuertes incrementos de la ayuda española en salud nos hacen superar para el periodo 2000-2005 la media para el sector, tanto del CAD como de la UE, dato que observamos por primera vez desde que hacemos este análisis comparativo.

% AOD en salud sobre el total AOD bilateral Sectorial Bruta. Todos los miembros del CAD 2000-2005

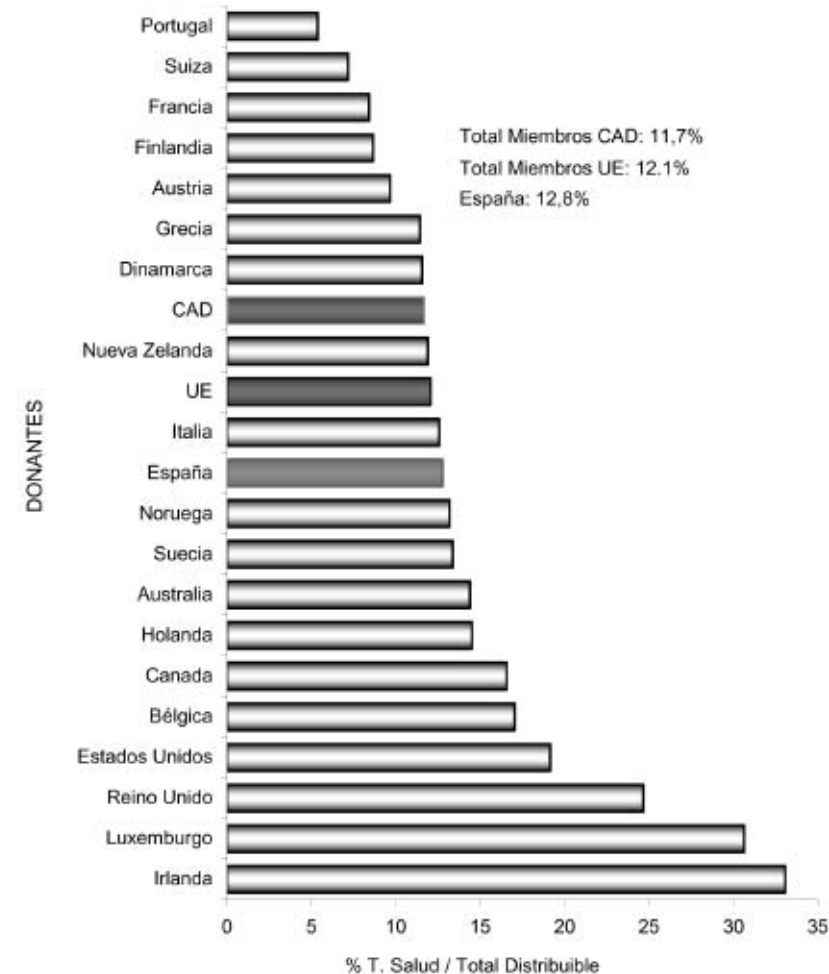


Gráfico 2.4.: % AOD en salud sobre el total AOD bilateral Sectorial Bruta. Todos los miembros del CAD 2000-2005. Fuente: Elaboración propia a partir de datos del CAD.

4/ COMPOSICIÓN DE LA AYUDA EN SALUD

La composición de la ayuda en salud del CAD ha sufrido grandes cambios desde 1998. Por una parte, los tres sectores principales de salud (salud general, salud básica y salud reproductiva) han tenido un extraordinario incremento de sus cantidades absolutas, como podemos observar en el siguiente gráfico. También el peso de cada sector ha ido variando al cabo de los últimos años, siendo el incremento de la salud reproductiva el hecho más destacable, pese al descenso que se observó en 2005. Este sector pasó de tener un peso del 9,5% de la ayuda en 1998 a un 35,2% en 2005.

Evolución de la AOD bilateral bruta destinada a los sectores de salud. Todos los países del CAD 1998-2005 (millones de \$)

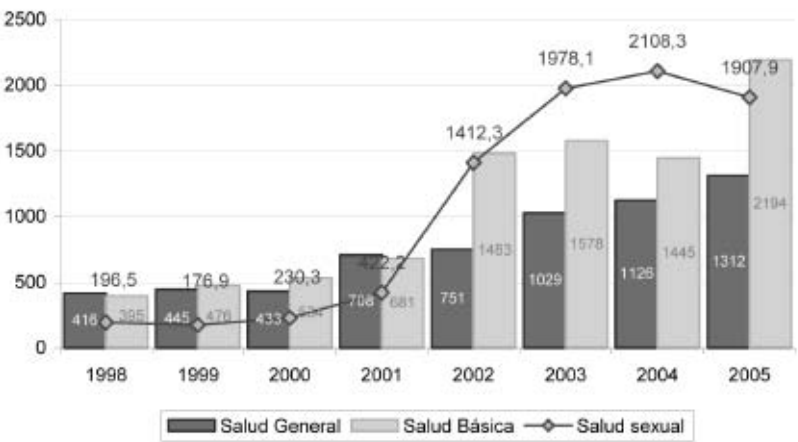


Gráfico 2.5. Evolución de la AOD bilateral bruta destinada a los sectores de salud. Todos los países del CAD 1998-2005 (millones de \$). Fuente: Elaboración propia a partir de datos del CAD

El análisis del desglose de la ayuda en los tres sectores relacionados con la salud, salud general, salud básica y salud reproductiva, entre los años 2000 y 2005 muestra ciertas diferencias entre las prioridades de España con respecto a las del conjunto del CAD y de la UE, así como con respecto a Francia, Suecia o Reino Unido, países con una mayor trayectoria de cooperación.

Lo más destacable es la gran diferencia existente en los porcentajes que se destinan a salud reproductiva. Así, España destina a este sector tres veces menos que el CAD y dos veces menos que la media de la UE. No obstante, observamos que esta divergencia de la cooperación española es cada vez menor, debido a la tendencia ac-

tual de la cooperación española a incrementar la ayuda a la salud sexual y reproductiva. De todos los países analizados, solamente Francia mantiene un interés escaso en este sector, y es que Francia concentra su AOD en el sector de salud general con más de un 92% de los fondos, mientras que en este sector la tendencia de España es a acercarse a los porcentajes de la media europea. España, por último, sigue destinando más fondos a la salud básica, más del 52% de su ayuda.

AOD EN SALUD POR SECTORES CAD. PORCENTAJES PROMEDIO 2000 - 2005						
	España	CAD	UE	R.Unido	Suecia	Francia
Porcentaje de Salud en la AOD Bilateral Distribuible	12,8	11,7	12,1	24,7	13,4	8,4
Total Salud	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Salud General	36,4	25,1	39,7	27,1	33,6	92,8
Salud Básica	52,6	37,1	35,8	38,0	23,5	5,0
Salud Reproductiva	11,0	37,8	24,6	34,9	43,0	2,2

Tabla 2.4: AOD en salud por sectores CAD. Porcentajes promedio 2000 – 2005
Fuente: Elaboración propia a partir de datos del CAD

Al realizar el análisis por subsectores CRS, se observa que en el periodo de referencia 2000-2005 España es, con diferencia, quien menos porcentaje de ayuda destinó a apoyar las políticas sanitarias, con sólo un 5,4% de su ayuda en salud, en comparación con casi el 25% que destina el conjunto de la UE. Hay que tener en cuenta que este subsector es un elemento clave para el desarrollo de sistemas sanitarios adecuados para cubrir las necesidades en salud, junto con el subsector de apoyo a la investigación y a la formación, y, sin embargo, España, al contrario que el CAD, UE, Reino Unido Suecia y Francia, priorizó en dicho periodo el subsector de servicios médicos, que ha sido el más apoyado en el conjunto de la AOD en salud española, con un 28,8%. De hecho, destinó cuatro veces más ayuda a los servicios médicos que al resto de los subsectores de salud general en su conjunto. Por su parte, podemos observar cómo Francia, que es el otro país que se aleja de la media del CAD y de la UE, apostó muy decididamente por dos elementos importantes en el desarrollo de los sistemas sanitarios, como son el apoyo a las políticas sanitarias y la investigación médica, que suman casi el 88% de toda su ayuda en salud.

En los subsectores de salud básica, España destinó porcentajes similares al resto de donantes, salvo en el apartado de infraestructuras sanitarias, ya que destina un 25,2%, es decir, cuatro veces más que la media europea o que el CAD; supone el segundo subsector en importancia entre todos los sanitarios, después de servicios médicos. El excesivo peso de este subsector en la ayuda sanitaria española es un defecto de las políticas de

cooperación que, según los datos de 2006 de la cooperación española está en vías de corrección, dado que el porcentaje de este subsector ha disminuido de forma notable.

En los subsectores de salud reproductiva observamos cómo las grandes diferencias aparecen en la lucha contra ETS, incluyendo sida, donde la media del CAD y de la UE superó con creces el 5,4% que destinó España. También llama la atención el peso residual que tuvo para la ayuda española el sector de apoyo a políticas de población y planificación familiar, con sólo un 0,1%.

En conclusión, observamos que en el análisis conjunto en la cooperación en salud de los años 2000-2005, la ayuda oficial española está aún lejos de acercarse a las prioridades que se marcan el resto de donantes y sigue poniendo el énfasis en dos subsectores, servicios médicos e infraestructura sanitaria, que suponen más del 50% de su ayuda; estos sectores, sin embargo, no son los más relevantes para reforzar los sistemas locales de salud, ámbito que debería centrar las prioridades del trabajo de salud de la cooperación española. Debemos también reconocer que, al menos en lo que respecta a infraestructuras sanitarias, la cooperación española está haciendo un esfuerzo importante para acercarse a los niveles del resto de donantes.

AOD SALUD SUBSECTORES CRS. PORCENTAJES PROMEDIO 2000 - 2005						
Sectores Salud/Subsectores CRS	España	CAD	UE	R.Unido	Suecia	Francia
SALUD GENERAL						
12110 Política Sanitaria y Gestión Admtva.	5,4	15,6	24,6	22,7	25,6	60,0
12181 Enseñanza y Formación médica	1,6	1,2	1,9	0,3	0,0	2,2
12182 Investigación médica	0,5	2,7	5,6	3,0	2,7	27,7
12191 Servicios Médicos	28,8	5,6	7,5	1,1	5,2	3,0
Total Salud General	36,3	25,1	39,5	27,1	33,5	92,8
SALUD BÁSICA						
12220 Atención Sanitaria	15,1	14,3	13,1	8,8	19,4	0,6
12230 Infraestructura Básica	25,2	6,6	5,9	0,8	1,2	1,5
12240 Nutrición Básica	2,7	2,2	1,6	1,1	0,7	0,0
12250 Control de Enfermedades Infecc.	4,6	12,4	12,4	24,7	0,2	2,5
12261 Educación Sanitaria	2,6	1,0	1,4	2,4	1,2	0,2
12281 Formación de Personal Sanitario	2,5	0,7	1,2	0,2	0,9	0,2
Total Salud Básica	52,7	37,1	35,6	38,0	23,5	5,0
SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA						
13010 Política sb. Población y Gestión Ad.	0,1	5,4	0,6	0,6	0,8	0,0
13020 Atención en Salud Reproductiva	5,2	4,2	5,8	7,5	16,6	0,2
13030 Planificación Familiar	0,1	4,9	4,5	7,5	0,0	0,0
13040 Lucha contra ETS, incluido VIH/sida	5,4	23,3	13,9	19,3	25,5	2,0
13081 Formación para población y S. Reprod.	0,2	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0
Total Salud Reproductiva	10,9	37,8	24,9	34,9	43,0	2,2
Total Salud	100	100	100	100	100	100

Tabla 2.5: AOD salud subsectores CRS. Porcentajes promedio 2000 – 2005
Fuente: Elaboración propia a partir de datos del CAD

5/ DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA DE LA AYUDA EN SALUD

Ya hemos visto anteriormente cómo existe un consenso para que los países de menos ingresos reciban un mayor apoyo de los donantes. Cuando se analiza la ayuda en salud según el nivel de ingreso, vemos cómo España, en el periodo 2000-2005, aún está alejada de la media de los porcentajes que destinan a los países de renta baja tanto la UE como el CAD, ya que destina un 15% y un 12% menos respectivamente. Esta distancia es algo menor cuando lo comparamos con el porcentaje que destina el CAD para los Países Menos Adelantados (PMA). Sin embargo, como veremos más adelante, parte de esta ayuda española a los PMA es reembolsable, lo que en estos países puede suponer un freno al desarrollo más que una ayuda. Si, además, comparamos solamente la ayuda no reembolsable, España se distancia bastante de las cifras del resto de donantes. Los datos que muestran esa imagen han cambiado en 2006, año en el que la ayuda reembolsable española en salud es residual y no se dirige a PMA.

España se diferencia en este análisis por nivel de renta con el resto de donantes en que destina un elevado porcentaje de su ayuda a los países de renta media-baja, un 51,4%. Pero hay un dato que hay que tener muy en cuenta: tanto la UE como el CAD tienen un porcentaje muy elevado de países no especificados, con un 24% y un 29% respectivamente, dato que puede o disminuir las diferencias con respecto a España -que solamente tiene un 6% en este apartado- o agrandarlas. Estos elevados porcentajes se dan también en Reino Unido, Suecia y Francia. La explicación más factible es que esa inespecificidad sea debida a las canalizaciones de ayuda que se realizan a través de entidades multilaterales. Dado que España está aumentando de forma considerable en las aportaciones a dichas entidades, en años posteriores veremos cómo este porcentaje también se incrementa para España.

DISTRIBUCIÓN DE LA AOD EN SALUD SEGÚN NIVEL DE RENTA. PORCENTAJES PROMEDIO 2000 - 2005						
Nivel de renta	España	CAD	UE	R.Unido	Suecia	Francia
Países Menos Adelantados	25,7	29,6	36,2	29,8	30,1	<
P. Renta Baja	10,1	17,9	14,2	40,3	14,0	7,4
Total Países Renta Baja	35,8	47,5	50,4	70,1	44,1	32,5
P. Renta Media-Baja	51,4	19,6	20,1	6,7	10,4	21,6
P. Renta Media-Alta	6,1	3,9	5,5	3,0	1,4	16,2
Total Países Renta Media	57,5	23,5	25,5	9,7	11,8	37,8
Total Países no especificados	6,8	29,0	24,1	20,2	44,1	29,6
Total Salud	100	100	100	100	100	100

Tabla 2.6. Distribución de la AOD salud según nivel de renta. Porcentajes promedio 2000 – 2005.
Fuente: Elaboración propia a partir de datos del CAD

Esto nos debe obligar a una reflexión sobre la forma en que se registran las ayudas multilaterales. A pesar de las dificultades de poder especificar geográficamente la ayuda multilateral, sería muy positivo que se investigara la posibilidad de que este tipo de ayuda tuviera unos registros más detallados de hacia dónde se destinan los fondos, aunque sólo fuera por regiones. Así los países podrían conocer de una forma más exacta hacia dónde destinan su ayuda.

En la distribución por zonas geográficas también se observan algunas diferencias. La más importante es el elevado porcentaje comparativo que España destina a América en comparación con el resto de donantes. España destina el 32% de su ayuda al continente americano, cuatro veces más que el CAD o la UE. La ayuda al resto de continentes es similar, salvo la apuesta de España por el norte de África, que, aunque solamente es del 5,7%, es también cuatro veces mayor que la del conjunto del CAD y la UE. En esta zona, solamente Francia se acerca a las cifras españolas. Pero como la ayuda española a África subsahariana es algo menor que la del resto de donantes, el dato global para el continente africano es similar al del resto de donantes con quienes estamos estableciendo la comparación.

DISTRIBUCIÓN DE LA AOD EN SALUD POR REGIONES. PORCENTAJES PROMEDIO 2000 – 2005 (En millones de dólares)						
Regiones	España	CAD	UE	R.Unido	Suecia	Francia
Norte de África	5,7	1,4	1,2	0,0	0,2	3,4
África subsahariana	30,3	36,5	43,4	40,6	38,2	43,5
Total África	35,9	37,9	44,6	40,6	38,4	46,9
Norte y Centro de América	18,5	4,6	4,1	0,9	9,7	3,4
Sur de América	13,5	3,5	4,2	1,2	1,0	7,5
Total América	32,0	8,1	8,4	2,2	10,7	10,9
Extremo Oriente	23,3	9,4	9,6	5,9	7,0	6,1
Centro y Sur Asia	3,2	12,7	15,1	33,9	9,2	1,4
Medio Oriente	2,5	4,3	1,7	0,7	2,8	1,2
Total Asia	29,0	26,4	26,4	40,6	19,0	8,7
Oceanía	0,0	2,7	1,4	0,0	0,0	9,6
Europa	0,5	2,0	1,1	0,3	3,0	0,7
Total sin localizar	2,6	22,9	18,1	16,3	28,9	23,3
Total Salud	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Tabla 2.7. Distribución de la AOD en salud por regiones. Porcentajes promedio 2000 – 2005 en millones de dólares³⁶. Fuente: Elaboración propia a partir de datos del CAD

³⁶ En dólares constantes 2004

En resumen, cuando analizamos regiones, observamos cómo África subsahariana es el mayor receptor de la ayuda española con un 30%, pero resulta curioso observar que Extremo Oriente sea la segunda región con un 23%, por encima de América del Sur (13,5%) o América Central y Norte (18,5%), cuando España no tiene grandes vínculos históricos con la zona. La utilización de ayuda reembolsable puede ser una explicación factible que haga entender este interés por la cooperación en salud con Asia.

Esta apuesta por los países de renta media baja, América Latina y el Magreb nos muestran cómo la ayuda española en salud está condicionada por los intereses geopolíticos y económicos de la política exterior española, aun cuando esta misma reflexión es aplicable a otros países como Reino Unido o Francia cuando analizamos las zonas de su cooperación.

Este tipo de ayuda sectorial debería tener como prioridad las necesidades de salud de los países de rentas más bajas, pues son las que tienen mayores problemas y deberían de ser prioritarios en el sector. Esto no significa que la ayuda española esté mal orientada, pero es necesario que priorice dentro de estos continentes qué regiones y poblaciones deben ser las prioritarias y en las que se debe centrar su ayuda. Así, en América Latina, el continente con mayores desigualdades, sería necesario que la ayuda en salud estuviera lo menos condicionada posible y que se utilizara para disminuir la inequidad existente, trabajando para ayudar a erradicar las bolsas de pobreza que existen en esos países.

PRINCIPALES PAÍSES RECEPTORES DE AOD BILATERAL BRUTA EN SALUD. 2000-2005 (porcentaje sobre el total de AOD en salud)											
España		CAD		UE		R.Unido		Suecia		Francia	
Nicaragua	12,7	India	6,2	India	9,9	India	23,8	Tanzania	7,9	Rep. Dem. Congo	7,7
China	4,9	Tanzania	3,8	Tanzania	4,3	Kenya	7,5	Mozambique	6,2	Costa de Marfil	6,0
Marruecos	4,4	Mozambique	3,7	Mozambique	4,1	Bangladesh	6,6	Uganda	4,4	Marruecos	4,8
Honduras	4,0	Indonesia	3,4	Kenya	3,8	Pakistan	5,9	Congo, Dem. Rep.	4,1	Senegal	4,6
Bolivia	3,9	Kenya	3,3	Bangladesh	3,7	Malawi	5,8	Nicaragua	3,8	Camerún	4,4
Peru	3,5	Zambia	3,3	Zambia	3,6	Nigeria	4,5	Viet Nam	3,6	Nigeria	4,2
El Salvador	3,1	Iraq	3,2	Uganda	3,4	Zimbabwe	4,3	Etiopía	3,5	Rep. Congo	3,7
Turquía	2,9	Uganda	3,0	China	3,3	China	4,2	Bosnia-Herzegovina	3,5	Egipto	3,7
Iraq	2,9	Bangladesh	3,0	Indonesia	3,3	Ghana	3,9	Palestina	3,4	Pakistan	3,4
Ecuador	2,9	Nigeria	3,0	Ghana	3,3	Tanzania	3,7	Serbia-Montenegro	3,3	Madagascar	3,3

Tabla 2.8: Principales países receptores de AOD bilateral bruta en salud. 2000-2005 (porcentaje sobre el total de AOD en salud). Fuente: Elaboración propia a partir de datos del CAD

Existen grandes variaciones entre los donantes sobre los principales países receptores de la ayuda en salud en el periodo 2000-2005. España tiene entre los 10 primeros a 6 países de América Latina, mientras que no aparece ningún país americano

entre los 10 primeros del resto de donantes. También resulta curioso el papel de China, que ocupa el segundo puesto en la cooperación española con un 4,9% de la ayuda en salud. Como ya hemos comentado anteriormente, este país realiza cooperación con otros países, especialmente en África, y resulta incoherente con los principios de desarrollo y de salud que un país que pueda destinar recursos a cooperación sea a su vez un receptor importante de ayuda en salud, y no destine esos recursos externos a su propio país. La explicación más probable es que, de nuevo, otros intereses fuera de los propios de cooperación al desarrollo o salud, como económicos o políticos, prevalecen a la hora de tomar decisiones en este sector.

6/ INSTRUMENTACIÓN DE LA AYUDA

Cuando analizamos la ayuda reembolsable según el nivel de renta, podemos ver que el conjunto de países de rentas bajas (PMA y de bajo ingreso) tienen un nivel inaceptablemente alto de ayuda reembolsable, lo que nos debería hacer reflexionar sobre qué tipo de condicionamientos tiene la AOD española. En el capítulo 3 se comenta cómo esta tendencia está cambiando y cómo la ayuda reembolsable apenas llegó en el ejercicio 2006 al 4,58%, frente al 21,14% de 2005.

PORCENTAJE DE AYUDA REEMBOLSABLE RESPECTO AL TOTAL DE AOD EN SALUD SEGÚN NIVEL DE RENTA (de países receptores) 2000-2005						
	España	CAD	UE	R.Unido	Suecia	Francia
Total AOD en Salud reembolsable	36,94	2,89	6,47	0,00	0,00	1,95
Países Menos Adelantados	25,39	0,83	1,60	0,00	0,00	0,00
Otros Países de Bajo Ingreso	49,18	2,49	4,67	0,00	0,00	7,76
Países de Ingreso Medio Bajo	43,03	9,94	25,70	0,00	0,00	4,44
Países de Ingreso Medio Alto	48,36	5,76	10,59	0,00	0,00	2,55
Países no especificados	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Tabla 2.9. Porcentaje de ayuda reembolsable respecto al total de AOD en salud según nivel de renta (de países receptores) 2000-2005 Fuente: Elaboración propia a partir de datos del CAD

La ayuda reembolsable específica en salud es una característica diferenciadora entre los países donantes. En el periodo 2000-2005 España, con más del 36% del total de toda su ayuda en salud, y en mucho menor medida Francia con un 2% son los únicos países de los analizados que utilizan este tipo de ayuda en este sector. Por los datos del conjunto de donantes y de la UE, parece que existen otros países que pueden estar utilizando la ayuda reembolsable, pero no en unos porcentajes tan elevados como España. Si desglosamos esta ayuda reembolsable del sector salud, podemos observar que ma-

yoritariamente se destina al subsector de salud general, del que un 61% es reembolsable. En el subsector de salud básica el peso de la ayuda reembolsable es del 27%. Al analizar esta ayuda reembolsable según los criterios geográficos, podemos obser-

PORCENTAJE DE AYUDA REEMBOLSABLE RESPECTO AL TOTAL DE AOD DE CADA SUBSECTOR CRS. 2000-2005.						
	España	R.Unido	Suecia	Francia	UE	CAD
Total Salud	36,9	0,0	0,0	1,9	5,7	2,9
S. General	61,7	0,0	0,0	0,7	7,4	5,2
S. Básica	27,2	0,0	0,0	25,6	7,5	4,1
S. Sexual	1,8	0,0	0,0	0,0	0,4	0,1

Tabla 2.10. Porcentaje de ayuda reembolsable respecto al total de AOD de cada subsector CRS. 2000-2005. Fuente: Elaboración propia a partir de datos del CAD

var cómo casi una tercera parte de la ayuda a África subsahariana es reembolsable, cuando hay un acuerdo generalizado sobre la inadecuación de utilizar los créditos en un sector tan sensible como la cooperación sanitaria en estos países, donde los sistemas públicos son muy frágiles, tienen graves problemas de deuda externa y su capacidad de devolución es escasa si no quiere comprometer su propio desarrollo. En la siguiente tabla confirmamos la explicación anteriormente dada del interés de la cooperación española por Extremo Oriente, donde cerca del 85% de toda su ayuda es reembolsable; esto permite suponer que existen otros intereses, presumiblemente económicos, que explican la presencia de España en la región.

PORCENTAJE DE AOD EN SALUD REEMBOLSABLE POR REGIONES RESPECTO AL TOTAL DE AOD DEL PERÍODO 2000 – 2005						
Regiones	España	R.Unido	Suecia	Francia	CAD	UE
África (Norte Sahara)	6,62	0,00	0,00	0,00	0,97	2,64
África (Sur Sahara)	30,33	0,00	0,00	0,71	1,39	2,65
Norte y Centro América	27,47	0,00	0,00	5,32	4,91	12,21
Sur de América	17,11	0,00	0,00	0,23	7,85	14,80
Oriente Medio	12,76	0,00	0,00	38,22	0,93	5,18
Centro y Sur de Asia	30,87	0,00	0,00	31,06	0,87	1,43
Extremo oriente	84,14	0,00	0,00	8,76	18,98	34,00
Oceanía	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Europa	0,00	0,00	0,00	6,24	0,13	0,47
Regiones sin especificar	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Total Regional	37,71	0,00	0,00	1,97	2,96	5,84

Tabla 2.11. Porcentaje de AOD en salud reembolsable por regiones respecto al total de AOD del período 2000 – 2005 Fuente: Elaboración propia a partir de datos del CAD



CAPÍTULO III

La salud en la cooperación española

1/ INTRODUCCIÓN

La cooperación española en 2006 se ha caracterizado por un incremento cuantitativo sin precedentes al alcanzar los 3.038.352.144 euros; es decir, un 25,12% más que en 2005. Este aumento sitúa la AOD española en el 0,32% de la Renta Nacional Bruta, frente al 0,27% de 2005. El aumento se ha debido fundamentalmente al crecimiento de la ayuda multilateral, que ha crecido un 47,5% respecto a 2005 y que supone el 45,1% de los desembolsos totales de AOD.

Las previsiones del PACI 2006 contemplaban cumplir el compromiso de la Conferencia de Monterrey de destinar en este año el 0,33% de la RNB a la cooperación al desarrollo, compromiso que se ha quedado a tan sólo una centésima de su cumplimiento, y ello debido en parte a que la RNB real ha sido mayor que la prevista en el PACI 2006. En términos absolutos la cantidad dedicada a AOD se ha situado en casi 200 millones de euros por debajo de la cantidad prevista de 3.234.960.000 euros.

El año 2006 ha sido el primero en el que se ha trabajado totalmente sobre el Plan Director 2005-2008, sin ejecutar compromisos anteriores. Además, ha sido el año de aprobación de convenios plurianuales como nuevo instrumento de la cooperación española¹.

Por otra parte, este año se ha concretado el proceso de planificación recogido en el Plan Director iniciándose la elaboración de diferentes documentos estratégicos sectoriales, entre ellos el de salud, que se han ido aprobando a lo largo de 2007.

ESTRATEGIA DE SALUD DE LA COOPERACIÓN ESPAÑOLA **medicmundi, Prosalus y Médicos del Mundo**

Este año se ha presentado la nueva estrategia de salud de la cooperación española. Esta estrategia ha presentado evoluciones positivas con respecto a anteriores estrategias, aunque siguen apareciendo ciertas carencias que deberían cubrirse para conseguir una estrategia de salud completa y coherente.

Como aspectos positivos podemos resaltar varios. Por una parte, y como comentamos en el informe anterior, en la elaboración de la estrategia se ha realizado un proceso consultivo con la

¹ Medicusmundi, Prosalus y Médicos del Mundo. "La salud en la cooperación al desarrollo y la acción humanitaria". Informe 2006.

gran mayoría de actores que trabajan en el sector (ONG, empresas, sindicatos, CC.AA. y universidades), pero no podemos definir el proceso como totalmente participativo, pues conllevaría el haber podido trabajar en las decisiones finales, algo que no ocurrió. La DGPOLDE ha escuchado las opiniones de los agentes sobre los distintos borradores de la estrategia y fruto de este trabajo consultivo se ha desarrollado una estrategia que, a nuestro entender, ha mejorado de forma importante el documento anterior, aunque no haya habido la participación suficiente en el documento final.

Otro aspecto que debemos destacar es que se ha realizado una exhaustiva justificación de la importancia del sector salud en la cooperación, describiendo cuál es la actual situación de salud en el mundo, qué evolución ha tenido la cooperación española en salud, y sobre todo estableciendo un marco normativo, institucional y teórico que permite determinar las líneas principales que deben regir al sector. En este sentido debemos saludar el interés mostrado en este documento sobre diversos aspectos en los que hemos incidido en los informes anteriores: la importancia de la Atención Primaria de Salud, la necesidad de trabajar también en los determinantes de salud y en el papel de fortalecimiento de los sistemas públicos de salud y de su función de rectoría como garantes de la salud de la población.

Es un documento muy exhaustivo, donde se han detallado aspectos muy interesantes como son los instrumentos de cooperación, o la descripción de las distintas regiones donde quiere trabajar la cooperación española en salud. La exhaustividad con la que se han definido tanto las actuaciones prioritarias como las pautas de intervención, y su relación con las distintas áreas geográficas, permite definir claramente qué es lo que se debe hacer en salud.

Un aspecto que nos parece también relevante y positivo del documento es su descalificación de los créditos como herramienta para trabajar en el sector de la salud, a pesar de que en el 2006 sigan apareciendo como una de las herramientas para la cooperación en salud, situación que esperamos que desaparezca antes de finalizar el periodo de funcionamiento de esta estrategia.

Pero la estrategia de salud aprobada también presenta una serie de déficits. Una estrategia que quiera satisfacer a todos tiene el problema de una posible indefinición y una probable confusión a cerca del planteamiento que tienen ciertos elementos en la cooperación española en el sector. Así, en ocasiones, hay temas que se abordan en distintos apartados, sin saber exactamente dónde se deben ubicar; es lo que pasa, por ejemplo, con el fortalecimiento de los sistemas públicos de salud, que aparece como objetivo específico, como sector prioritario y como línea estratégica. Además, aparecen otras posibles incoherencias metodológicas, como ocurre con la transversalidad de género y la interculturalidad, que se explicitan en los objetivos específicos además de aparecer como prioridades horizontales, algo que no ocurre con otra prioridad horizontal como es la sostenibilidad ambiental, sin que se explique si con ello se pretende indicar el nivel de importancia de unas y otra.

Uno de los mayores problemas que puede llegar a tener esta estrategia es la concreción sobre su utilidad para cada uno de los múltiples actores implicados en este sector. Desde nuestro punto de vista, esta estrategia debe ser el referente primordial de los actores que pertenecen directamente al Estado español, y facilitar la coherencia entre los mismos, pero debemos ver cómo puede influir en el resto de actores que juegan un papel muy importante en la cooperación en salud, como pueden ser las CC.AA. y las entidades locales, y las propias ONG, que son independientes del sector gubernamental. Es cierto que debería ser el referente para todos, pero otros intereses, políticos o económicos, pueden influir en la decisión a la hora de adoptar o no esta estrategia.

Por otra parte, y es uno de los déficits importantes de la estrategia en salud, se observa una carencia de referencias en cuanto a las previsiones presupuestarias, lo cual puede hacer que esta estrategia no pase de ser un simple documento de intenciones. Es necesario definir unas previsiones presupuestarias, aunque sea de forma porcentual. No se presenta un porcentaje mínimo que la cooperación española deba destinar a la salud (al menos en la parte que depende del Gobierno, y una invitación al resto de actores públicos a alcanzar ese porcentaje en salud) y no

se indica tampoco cuánto dinero se va a destinar a cada partida. Visto así, puede desprenderse que la cooperación española va a destinar importantes recursos a todas las líneas y sublíneas, independientemente de si tiene capacidades para desarrollarlas. Es importante que haya un presupuesto y que se vea con qué cantidades se va a dotar cada línea estratégica de intervención y a cada región geográfica por dos motivos: para asegurar un compromiso a medio plazo y para garantizar que todo lo que aparece en la estrategia es prioritario. Si no se cuenta con un presupuesto adecuado para cada línea, o con un compromiso de porcentaje de gasto, habría que explicar qué razones (su carácter innovador, o su implementación con pocos recursos económicos, por ejemplo) permiten considerarla como prioritaria.

Otro aspecto pendiente de concreción es el de qué países son prioritarios para esta estrategia, porque no es necesario que coincidan en su totalidad con los del Plan Director. Puede haber para la salud distintos niveles de preferencia en relación sobre todo con sus niveles de salud y de pobreza.

En definitiva, la estrategia en salud es un paso adelante, mejora los documentos anteriores, pero es necesaria una mayor definición que nos asegure el compromiso con el sector.

El PACI 2006 planteaba como objetivo general “Aumentar la calidad y la cantidad de nuestra AOD por medio de una mayor coordinación entre los agentes participantes”, objetivo general que, junto con algunos de los objetivos específicos allí recogidos y que mencionamos a continuación, han tenido una traducción clara en la AOD en salud realizada durante ese año como son:

- Aumentar la AOD hasta el 0.35% de la Renta Nacional Bruta.
- Aumentar las contribuciones a Organismos Internacionales No Financieros.
- Aumentar la participación de los Países Menos Adelantados en las ayudas, manteniendo el apoyo a las regiones preferentes de América Latina y el Mediterráneo.
- Ahondar en la orientación de las ayudas hacia el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.
- Destinar más del 20% de las contribuciones distribuibles a la dotación de servicios sociales básicos.
- Fomentar y fortalecer los procesos de coordinación entre los agentes de la cooperación española.
- Elaborar o revisar todas las estrategias sectoriales previstas de acuerdo con las prioridades establecidas en el Plan Director.

En términos generales, el año 2006 ha sido positivo para la AOD, pero sin embargo, hay aspectos que invitan a la reflexión respecto a cómo está creciendo la AOD española en general y en el sector salud en particular, como por ejemplo el importante descenso de la ayuda reembolsable o el espectacular crecimiento de la AOD multilateral, máxime cuando todavía está pendiente de finalización y aprobación la estrategia de cooperación multilateral.

El PACI incluye 8 directrices dirigidas a alcanzar ese objetivo general de mayor coordinación. De esas directrices, la tercera ("Mejorar la asignación sectorial de la ayuda, a través de los criterios establecidos en la Plan Director") es la que se vincula más directamente con la cooperación en salud y la que debe servir de guía para el análisis del cumplimiento de los compromisos en materia de AOD en este sector.

Dentro de esta directriz III, hay que resaltar dos aspectos, por un lado la orientación general hacia el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, que incluye el compromiso de reducción de la dotación de infraestructuras a través de créditos FAD, y por otro el cumplimiento del compromiso 20/20.

A la vista de las cifras se puede concluir que el ejercicio 2006 ha sido efectivamente de un importante incremento de la AOD, también en el sector salud. Concretamente, la AOD en salud sumó en el año 2006 un total de 269,7 millones de euros, casi 144 millones más que en 2005. Esta diferencia se debe al fuerte aumento ya señalado de la ayuda multilateral, que recibe el 56,86% del total de AOD en salud, algo totalmente novedoso en la cooperación española, y que ha ido aparejada de un descenso de la AOD bilateral para este sector, tanto en términos absolutos como relativos.

AYUDA PLANIFICADA VERSUS AYUDA EJECUTADA medicmundi, Prosalus y Médicos del Mundo

Cada año, el Plan Anual de Cooperación Internacional (PACI) establece las previsiones sobre el volumen de la ayuda española al desarrollo, indica los instrumentos a través de los cuales se canalizará, y señala sus destinos geográficos y sectoriales. Durante el año siguiente se elabora un informe de Seguimiento del PACI en el que se analiza lo realmente ejecutado.

El PACI 2006 hacía la previsión de que la AOD española alcanzaría el 0'35 % de la renta nacional bruta (RNB), sobrepasando así el compromiso -formulado en el seno de la Unión Europea y reiterado en la Cumbre de Monterrey sobre Financiación para el Desarrollo- de alcanzar en 2006 al menos el 0'33%. Sin embargo, el Seguimiento PACI 2006 cifra este esfuerzo en el 0'32%, tres centésimas por debajo de lo planificado y, por tanto, dejando incumplido el compromiso de Monterrey.

La ejecución general de la AOD durante 2006 ha sido aproximadamente el 94%. Sin embargo, si hacemos un análisis por instrumentos, podemos observar que la ayuda multilateral ha tenido una ejecución por encima de lo previsto, alcanzando el 110%, mientras que la ayuda bilateral se ha quedado por debajo del 84% de ejecución. Esto es especialmente preocupante en el caso de la ayuda bilateral no reembolsable realizada a través de programas y proyectos, componente muy importante de nuestra cooperación, que ha tenido una ejecución del 87%, a pesar de que es precisamente la ayuda bilateral la que se apoya en un amplio esfuerzo de planificación geográfica y sectorial², algo que no ocurre en el caso de la AOD multilateral, que carece por el momento de una estrategia definida de actuación.

También en la asignación geográfica la planificación establecía unas previsiones que no han llegado a cumplirse en el 2006. El Plan Director marca un indicador según el cual se debe tender hacia el destino del 20 % de la AOD bilateral a los Países Menos Avanzados (PMA). El PACI 2006 hacía la previsión de llegar casi al 19 % y sin embargo la ejecución real refleja que tan sólo el 12,64% de la AOD bilateral bruta especificada por países se ha destinado a PMA, con diferencias muy notables entre actores, ya que mientras la AEI ha destinado hasta el 33 %, otras unidades del MAEC han dedicado a estos países sólo el 14,4%, y observando los datos del conjunto de los restantes ministerios el porcentaje desciende hasta el 2,34% (siendo llamativa la escasa contribución a los PMA del Ministerio de Economía, con sólo un 0,02 %). La cooperación descentralizada, por su parte, sitúa su contribución en AOD a estos países en el 15 %.

Otro de los indicadores de asignación geográfica que establece el Plan Director es concentrar el 70 % de la AOD bilateral en los países prioritarios de la Cooperación Española. Sobre este aspecto, el PACI 2006 no daba referencias que permitieran establecer cuál era la previsión, pero el Seguimiento PACI 2006 permite apreciar que sólo un 50,23% de la AOD bilateral bruta especificada por países va dirigida al grupo de veintitrés países definidos como prioritarios en el Plan Director. Respecto a este indicador se han producido oscilaciones en los últimos años; en 2004 dicho porcentaje era del 61,5% y en 2005 del 45,3%. Pero además llama especialmente la atención que el mayor peso en esta desviación está en la propia Administración General del Estado (AGE), que destina a los países prioritarios el 44,33% de la AOD bilateral bruta especificada por países (dentro de la AGE, el MAEC destina el 59 %, el MEH el 37,87% y el MINTC el 32,29%). Esto pone una vez más de relieve la dificultad para impulsar una coherencia de políticas entre los diferentes departamentos de la AGE a pesar de los esfuerzos realizados por la Secretaría de Estado de Cooperación Internacional. Las Comunidades Autónomas en conjunto destinan un 70,65 % y los Entes Locales un 65,86 % a estos países; es decir, un porcentaje mayor que el del principal responsable del cumplimiento del Plan.

En cuanto a la distribución sectorial de la ayuda, el Plan Director establece el indicador de destinar al menos el 20 % de la AOD bilateral a necesidades sociales básicas, indicador que es similar al compromiso 20/20 alcanzado en la Cumbre de Desarrollo Social de Copenhague, en el año 1995, y que implica destinar el 20 % de la AOD a servicios sociales básicos (SSB). El PACI 2006 señalaba como previsión alcanzar el 21,3% de sus contribuciones distribuibles sectorialmente. Sin embargo, en el seguimiento PACI 2006 podemos ver que el porcentaje de la AOD total bruta distribuible destinada a SSB fue de sólo el 16,88%, y el de AOD bilateral distribuible fue del 17,27%.

Si aplicamos estas tendencias de desajuste entre AOD planificada y AOD ejecutada a las previsiones hechas en el proyecto de Presupuestos Generales del Estado para 2008, podemos concluir que será muy difícil que la ejecución real de la AOD en ese año permita alcanzar el compromiso de alcanzar el 0'5% realizado por el Presidente Rodríguez Zapatero durante la anterior campaña electoral, previa a las elecciones generales de marzo 2004, especialmente si tenemos en cuenta que, aparentemente, para alcanzar ese compromiso, tendría que producirse:

- Un incremento del 35 % respecto a las previsiones para 2007 –que todavía no sabemos si se cumplirán- en la cooperación autonómica y local y en las operaciones de deuda bilateral, y
- que el MAEC pueda gestionar la partida de FAD (Fondo de Ayuda al Desarrollo) que se le asigna en los PGE 2008, de más de 1.500 millones de euros, de los cuales parece que sólo podría destinar 300 millones a aportaciones de capital y contribuciones voluntarias a Organismos Internacionales no Financieros, y sin que quede clara ninguna previsión sobre la ejecución de los restantes 1.200 millones.

² Medicmundi, Prosalus y Médicos del Mundo. "La salud en la cooperación al desarrollo y la acción humanitaria". Informe 2006.

RESUMEN DE LA AOD ESPAÑOLA EN SALUD AÑO 2006				
	2005		2006	
	TOTAL	%	TOTAL	%
Total AOD SALUD BILATERAL	117.137.286	70,76	116.373.074	43,14
AOD bilateral reembolsable	24.760.448	21,14	5.327.695	4,58
AOD bilateral no reembolsable	92.376.838	78,86	111.045.379	95,42
TOTAL AOD SALUD MULTILATERAL	48.400.000	29,24	153.400.000	56,86
TOTAL AOD SALUD	165.537.286	100,00	269.773.074	100,00
TOTAL AOD	2.275.118.085		3.038.352.144	
PORCENTAJE AOD SALUD SOBRE EL TOTAL DE AOD		7,28		8,88

Tabla 3.1: resumen de la AOD española en salud año 2006 Fuente: elaboración propia a partir de datos del seguimiento PACI 2006 de la DGPOLDE

La AOD en salud pasa a suponer el 8,88% del total de la AOD española, un 1,6% más que en 2005³, año en que el peso porcentual del sector salud sobre el total de la AOD fue del 7,28%.

La AOD en salud durante el año 2006 se caracteriza por dos elementos, en primer lugar el significativo descenso de la ayuda reembolsable en casi 20 puntos porcentuales⁴ y, en segundo lugar por el incremento en más de 25 puntos porcentuales de la ayuda multilateral que pasa de suponer el 29,24% del total de AOD en este sector al 56,89%, lo que sitúa a la ayuda multilateral como el primer instrumento de ayuda oficial al desarrollo en salud de la cooperación española.

En líneas generales se puede decir que la distribución de la AOD en el sector salud por agentes donantes (Administración general del Estado, Comunidades Autónomas y Entidades Locales) no ha sufrido variaciones significativas desde 2003 como se puede apreciar en la tabla 3.2. Sin embargo, sí se han producido cambios importantes en el reparto entre los agentes de la propia Administración General del Estado (AGE). Así, por ejemplo, se ha pasado de la situación de 2003, en la que el principal donante de la AOD en salud dentro de la AGE era el Ministerio de Industria, Comercio y Turismo, debido al peso excesivo de la ayuda reembolsable vía créditos FAD, a la situación de 2006, en la que el 86,57% de la AOD canalizada por la AGE lo ha sido a través del Ministerio de Asuntos Exteriores y Cooperación.

³ Estos datos no son coincidentes con los publicados por el CAD y que aparecen en el capítulo 2 del presente informe. En el momento de la elaboración del presente no se ha obtenido una justificación a esta diferencia salvo que en el capítulo 2 se incluye la ayuda distribuible y la no distribuible, y en el actual solamente la distribuible.

⁴ Este aspecto se analiza en mayor profundidad en el apartado 4 de este capítulo.

DISTRIBUCIÓN DE LA AOD BILATERAL ESPAÑOLA EN SALUD SEGÚN AGENTES								
AGENTE	2003	%	2004	%	2005	%	2006	%
1. Administración General del Estado	59.671.024	63,87	52.910.391	57,01	71.416.289	60,97	69.469.193	59,70
MAEC	24.979.088	41,86	26.417.526	49,93	37.936.985	53,12	60.142.214	86,57
AECI	24.979.088	100,00	26.597.526	100,68	37.936.985	100,00	50.667.214	84,25
M. Defensa	1.055.852	1,77	978.445	1,85	4.353.892	6,10	132.751	0,19
M. Industria, comercio y turismo	32.369.902	54,25	22.271.819	42,09	24.760.448	34,67	5.327.695	7,67
M. Sanidad y Consumo	1.263.982	2,12	3.062.601	5,79	2.388.963	3,35	1.716.213	2,47
M. Trabajo y Asuntos Sociales	0	0,00	0	0,00	0	0,00	37.000	0,05
M. Vivienda ⁵	0	0,00	0	0,00	0	0,00	137.410	0,20
Otras entidades públicas (rtve)	2.200	0,00	0	0,00	1.976.000	2,77	1.976.000	2,84
2. Comunidades Autónomas	23.400.951	25,05	28.260.484	30,45	33.049.208	28,21	34.444.799	29,60
3. Entidades Locales	10.354.510	11,08	11.636.349	12,54	12.671.791	10,82	11.779.255	10,12
4. Universidades	0	0,00	0	0,00	0	0,00	679.737	0,58
TOTAL	93.426.485	100,00	92.807.224	100,00	117.137.288	100,00	116.372.984	100,00

Tabla 3.2.: Distribución de la AOD bilateral española en salud según agentes. Fuente: elaboración propia a partir de datos del seguimiento PACI 2006 de la DGPOLDE

Probablemente, junto con el Ministerio de Industria, Comercio y Turismo, sea el Ministerio de Defensa quien más recelos suscita como agente de cooperación. En el caso del Ministerio de Industria, Comercio y Turismo por la utilización de los créditos como instrumento de ayuda y en el del Ministerio de Defensa por el papel de los ejércitos como actores humanitarios. En 2006 el porcentaje de ayuda en salud del Ministerio de Defensa apenas ha alcanzado el 0,19%, cifra muy inferior al 6,10% de 2005, seguramente debido a que en 2006 no tuvo lugar ninguna catástrofe que supusiera el envío de tropas, como ocurrió en el 2005, tras el tsunami en Indonesia del 26 de diciembre de 2004.

Un año más es necesario insistir en el papel residual del Ministerio de Sanidad y Consumo pese a que, por las declaraciones de los responsables de la cooperación, hubiera cabido esperar un cambio en este sentido. Es de esperar que este cambio se produzca con la implementación de la nueva estrategia sectorial de la cooperación en salud.

⁵ Ministerio creado en 2004.

Respecto al resto de agentes de la AGE, llaman la atención sobre todo dos entradas, la correspondiente al Ministerio de Vivienda, donde se ha computado como AOD en "Política sobre población y gestión administrativa" la aportación a la realización de unas jornadas dentro del programa "Hábitat" de Naciones Unidas; y los casi dos millones de euros correspondientes a Radio Televisión Española por la emisión en el canal internacional de los programas "Saber vivir" y "La botica de la abuela" que son computados como AOD en "Educación sanitaria", imputaciones dudosas en cooperación que obligan a pensar que sigue siendo necesario definir con mayor precisión qué acciones se deben y se pueden computar como cooperación en salud.

Distribución de la AOD en salud según los agentes

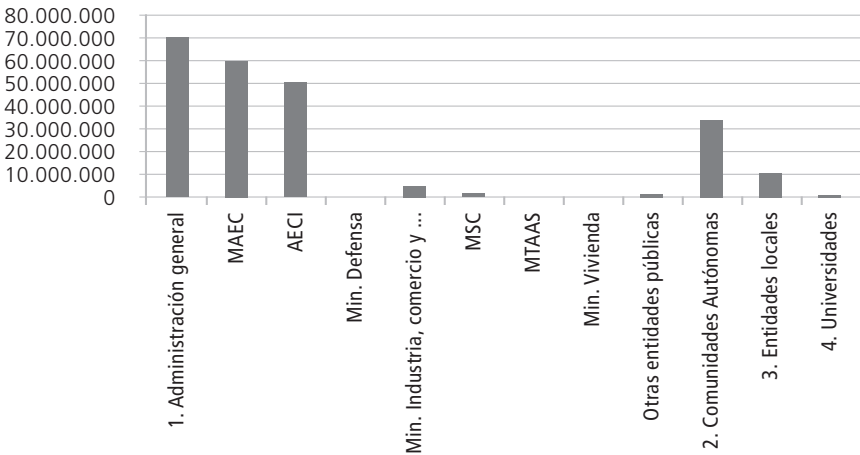


Gráfico 3.1. Distribución de la AOD en Salud según los agentes. Fuente: elaboración propia a partir de datos del seguimiento PACI 2006 de la DGPOLDE

En el capítulo 4 se hace un análisis pormenorizado de la cooperación en salud realizada desde las Comunidades Autónomas, por lo que en este punto solo se apunta que su peso como agente de la cooperación en salud se mantiene constante en una media del 28% del total de la AOD española en salud.

Por último queremos destacar que en 2006 aparecen las Universidades, como nuevo agente en la cooperación en salud, con un 0,58% del total de la ayuda en este sector. Este agente presenta grandes potencialidades, pero su evolución como donante está por verse y será necesario seguir de cerca.

2/ LA AYUDA MULTILATERAL

El incremento de la ayuda multilateral es una reclamación antigua de las organizaciones que elaboramos este informe de análisis de la cooperación en salud y, por tanto, bienvenido. No obstante, el incremento debe responder a una planificación y a una estrategia de fortalecimiento o mejora de la participación del Estado español en organismos multilaterales como el Fondo Mundial contra la malaria, sida y tuberculosis. Esta planificación o estrategia no existe en la actualidad, a la espera de que se apruebe la estrategia de cooperación multilateral contemplada en el actual proceso de planificación en que está inmersa la cooperación española.

Es cierto que la participación real en el diseño de las políticas en materia de salud en los organismos multilaterales solo es posible en la mayoría de los casos si va precedida de una participación económica importante. Por ello, teniendo en cuenta la apuesta que el gobierno actual ha realizado por el multilateralismo, el Gobierno debe tomar en consideración que el incremento en estas partidas debe ir acompañado, por tanto, de una incidencia en la toma de decisiones para que las actuaciones de los organismos en los que se participa contribuyan realmente a la mejora de la salud de las personas. En este sentido es igualmente importante que España insista en los principios que sobre la salud ha recogido en el Plan Director, apostando por la Atención Primaria de Salud y el fortalecimiento de los sistemas públicos de salud como estrategia más eficaz de cooperación en salud.

DISTRIBUCIÓN DE LA AOD MULTILATERAL EN SALUD SEGÚN SECTOR CRS			
Código	Sectores	Importe	% del total
121	Salud general	22.175.342	14,46
12110	Política sanitaria y gestión administrativa	19.336.467	12,61
12182	Investigación médica	614.875	0,40
12191	Servicios médicos	2.224.000	1,45
122	Salud básica	108.814.172	70,96
12220	Atención sanitaria básica	35.072.741	22,87
12230	Infraestructura sanitaria básica	19.600.000	12,78
12250	Control de enfermedades infecciosas	53.966.064	35,19
12261	Educación sanitaria	175.367	0,11
130	Programas/pol. Población y salud reproductiva	22.351.274	14,58
13010	Política sobre población y gestión administrativa	7.857.315	5,12
13020	Atención salud reproductiva	1.865.000	1,22
13040	Lucha contra ETS incl. Sida	12.628.959	8,24
TOTAL		153.340.788	100,00

Tabla 3.3: distribución de la AOD multilateral en salud según sector CRS Fuente: elaboración propia a partir de datos del seguimiento PACI 2006 de la DGPOLDE

Al observar la tabla de distribución de la AOD multilateral en salud se puede confirmar la tendencia general entre los donantes de concentrar la ayuda en el control de enfermedades infecciosas. En el caso español, el 35,19% del total de la AOD multilateral en salud se dirige a este sector, destacando la aportación al Fondo Global contra el sida, la malaria y la tuberculosis. Reconociendo el esfuerzo realizado por apoyar al Fondo Global e igualmente reconociendo el papel que esta institución desempeña en la lucha contra esas tres enfermedades, es necesario insistir en la tendencia de este tipo de entidades a financiar programas verticales que pueden tener un impacto negativo en los sistemas públicos de salud. Si la cooperación española quiere ser coherente con las orientaciones dadas por su Plan Director –APS y fortalecimiento de sistemas públicos- debe poner atención a la forma en que se orienta su ayuda multilateral y al necesario equilibrio entre crecimiento de programas verticales y estabilidad de los sistemas de salud.

DISTRIBUCIÓN DE LA AOD MULTILATERAL EN SALUD SEGÚN ORGANISMO RECEPTOR		
Organismo	TOTAL	%
Banco Africano de Desarrollo	2.007.576	1,31
Banco Asiático de Desarrollo	142.866	0,09
Banco Interamericano de Desarrollo	29.502	0,02
OMS-Organización Mundial de la Salud	14.029.182	9,15
UNICEF-Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia	1.318.800	0,86
POPS- Organización panamericana de la Salud	6.000.000	3,91
Comisión Europea: cooperación internacional para el desarrollo	30.506.474	19,89
Fondo Europeo de Desarrollo	8.639.661	5,63
FNUAP-Fondo de Población de Naciones Unidas	5.844.000	3,81
UNDG-Grupo de Desarrollo de Naciones Unidas	19.600.000	12,78
PNUD- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo	1.250.000	0,82
GFATM-Fondo Global contra el sida, la malaria y tuberculosis	61.950.500	40,40
UICter- Unión Internacional contra la Tuberculosis y enfermedades respiratorias	16.326	0,01
UIPES- Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud	5.900	0,00
ONUSIDA- Programa conjunto de Naciones Unidas sobre el VIH/sida	1.000.000	0,65
EDCTP- Asociación para Ensayos Clínicos en Países Europeos y en Desarrollo	1.000.000	0,65
TOTAL	153.340.788	100,00

Tabla 3.4: Distribución de la AOD multilateral en salud según organismo receptor Fuente: elaboración propia a partir de datos del seguimiento PACI 2006 de la DGPOLDE

Como ya hemos indicado, con respecto a los organismos receptores de la ayuda multilateral en salud, destaca la aportación al Fondo Global contra el sida, la malaria y la tuberculosis, casi 62 millones de euros y que supone el 40,40% del total de la AOD multilateral para el sector salud.

Con motivo de la cumbre del G-8 que se celebró en Alemania (junio 2007), la Plataforma Sida y Desarrollo⁶ pidió al presidente del gobierno español que instara a los líderes del G-8 a cumplir los compromisos acordados en anteriores cumbres relativos a establecer medidas para la prevención, tratamiento y cuidado de las personas afectadas por el VIH/sida. Desde la Plataforma Sida y Desarrollo se recordó al presidente José Luís Rodríguez Zapatero que sólo una tercera parte (1,6 millones) de las personas que viven con VIH/sida en países en desarrollo tiene acceso a tratamiento y que ONUSIDA estima que para 2008 serán necesarios unos 17.000 millones de euros para poder financiar una respuesta eficaz contra el VIH/sida en esas áreas.

Reproducimos a continuación la respuesta del Presidente del Gobierno a la Plataforma Sida y Desarrollo.

EL PRESIDENTE DEL GOBIERNO

Madrid, 2 de octubre de 2007

Sr. Félix Fuentenebro
Vicepresidente de la Plataforma Sida y- Desarrollo

Estimado Señor Fuentenebro:

Le agradezco su carta del pasado 4 de junio de 2007 por la que me traslada una serie de consideraciones en relación con la lucha contra el VIH/sida y los compromisos adquiridos en el seno de la comunidad internacional.

España es uno de los países que otorgan una consideración prioritaria a la lucha contra el VIH/sida, y ha venido reafirmando su compromiso en la lucha contra esta y otras enfermedades, entre otras vías, a través de diversas contribuciones al Fondo Global para la lucha contra el sida, la tuberculosis y la malaria. La contribución española a este Fondo ascendió a 100 millones de dólares en 2007, lo que eleva la aportación total de nuestro país a 230 millones de dólares para el periodo comprendido entre 2003 y 2007. España es la décima mayor donante del Fondo Global, habiéndose multiplicado casi por siete las aportaciones desde 2004, pasando de 15 a 100 millones de dólares.

Asimismo, en la II Conferencia de Reposición del Fondo Global, celebrada recientemente en Berlín, España anunció que aportará al Fondo 600 millones de dólares en el periodo 2008-2010.

España ha priorizado la aportación por esta vía en su lucha contra el VIH/sida. El Fondo Global gestiona un total de 10.400 millones de dólares en compromisos en firme y una financiación aprobada de 7.600 millones de dólares destinados a más de 450 programas en 136 países. Se estima

⁵ La Plataforma Sida y Desarrollo está formada por Ayuda en Acción, Cruz Roja, Federación de Planificación Familiar Estatal, Médicos del Mundo, Medicus Mundi y Prosalus. Su objetivo es informar y sensibilizar a la opinión pública española sobre la situación del VIH/sida en los países en desarrollo, así como impulsar iniciativas que contribuyan a frenar la expansión de la pandemia y a mejorar las condiciones de vida de las personas afectadas

que los programas apoyados por el Fondo Mundial han contribuido a salvar la vida de 1,8 millones de personas en el mundo.

Asimismo, en la nueva Estrategia de Salud de la Cooperación Española, la problemática del VIH/sida sigue siendo uno de los principales temas a abordar en el sector salud en las regiones donde existe mayor incidencia de la enfermedad.

Por otro lado, en la última cumbre del GB celebrada en Heiligendamm (Alemania), los líderes mundiales volvieron a confirmar su compromiso con el objetivo de lograr un acceso universal a programas de prevención, tratamiento, atención y apoyo para 2010, y se decidió aportar 60.000 millones de dólares a lo largo de los próximos años, aspectos que fueron incluidos en la Declaración Growth and Responsibility for África firmada tras la celebración de la cumbre.

Espero que las iniciativas acometidas por parte de la comunidad internacional contribuyan de manera eficaz a la lucha contra el VIH/sida y proporcionen esperanza a millones de personas. Por su parte, España seguirá mostrando su disposición y esfuerzo para atajar esta problemática, que constituye uno de los grandes desafíos de la actualidad.

Reciba un cordial saludo,

José Luis Rodríguez Zapatero

3/ LA AYUDA BILATERAL EN SALUD

La ayuda bilateral en salud desciende en 2006 tanto en términos absolutos como en términos relativos. Hay un descenso en casi un millón de euros respecto al año anterior, mientras que la ayuda total en este sector se ha incrementado en 114,6 millones. Así, la ayuda bilateral pasa de canalizar el 70,76% de la AOD en salud en 2005 a representar el 43,14% de 2006.

EVOLUCIÓN DE LA AOD BILATERAL EN SALUD 2003-2006									
Código	2003	%	2004	%	2005	%	2006	%	Total
120. Salud	83.950.462	89,86	82.284.085	88,66	93.850.705	80,12	83.791.943	72,10	343.877.454
130. Programas/políticas de población y salud reproductiva	9.476.023	10,14	10.523.139	11,34	23.286.581	19,88	32.581.131	27,90	75.866.915
Total	93.426.485	100,00	92.807.224	100,00	117.137.286	100,00	116.373.074	100,00	419.744.369

Tabla 3.5: Evolución de la AOD bilateral en salud 2003-2006
Fuente: elaboración propia a partir de datos del seguimiento PACI 2006 de la DGPOLDE

Como se ha señalado anteriormente, el incremento de la ayuda multilateral ha sido y es una demanda de las organizaciones que firmamos este informe, pero sin embargo, es llamativo que sea precisamente la ayuda bilateral, que dispone de más mecanismos de planificación, la que desciende y sobre todo resulta llamativo el descenso en términos absolutos en un contexto de crecimiento importante de la ayuda.

Dentro de la ayuda bilateral es especialmente destacable el importante descenso de la ayuda reembolsable, un dato positivo desde nuestro punto de vista y una demanda en la que también se ha insistido desde las ediciones pasadas de este informe. Recordemos que en la primera edición del mismo partíamos de una situación en que la ayuda reembolsable suponía hasta el 70% de la ayuda bilateral (1999).

3.1. DISTRIBUCIÓN SECTORIAL DE LA AYUDA BILATERAL EN SALUD

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

Tabla 3.6: Evolución de la AOD bilateral por sectores CRS 2003-2006Fuente: elaboración propia a partir de datos del seguimiento PACI 2006 de la DGPOLDE

En la tabla anterior se ve la tendencia de la AOD bilateral en salud a lo largo de los últimos cuatro años, pudiendo destacarse los siguientes aspectos:

- La salud básica continúa manteniendo el mayor peso de la ayuda, pero con un descenso importante debido, fundamentalmente, a la reducción de la partida correspondiente a infraestructuras, una reivindicación recogida en todas las ediciones de este informe y, por lo tanto, bienvenida.
- Dentro del código "salud general" se recupera la tendencia al crecimiento de los fondos en política sanitaria y gestión administrativa, después del preocupante descenso de 2005, pero también se duplica la ayuda en servicios médicos, lo que lo coloca como el sector más financiado dentro de "salud general". Este dato es positivo aunque se deberá seguir con atención el peso que la ayuda reembolsable tiene, al menos en 2006, en los "servicios médicos"
- Igualmente se mantiene la tendencia a destinar escasos fondos a la investigación médica; en 2005 no se destinó a este subsector ni un solo euro. En este sentido se podrían manejar dos hipótesis, o bien que aún se estén ejecutando programas plurianuales iniciados en el pasado, o bien que realmente no se le esté dando a esta partida la importancia correspondiente y que se le concede en el Plan Director 2005-2008.
- En lo que respecta a "salud básica", hay un descenso importante respecto a años anteriores y fundamentalmente respecto a 2005, año respecto al que desciende en 17.654.913 Euros. Este dato llama especialmente la atención en un año de espectacular crecimiento de la ayuda, aunque en el sector salud el incremento se ha dado en la ayuda multilateral no en la bilateral.
- En cambio se mantiene la tendencia creciente de la ayuda en salud sexual y reproductiva tanto en términos absolutos como relativos, pese a mantenerse la tendencia de concentrar la ayuda en sectores muy concretos como la atención a la salud reproductiva y la lucha contra ITS, descuidando de alguna manera componentes básicos como la planificación familiar o la formación..

Por lo que respecta de manera específica al ejercicio 2006 y su composición sectorial se consolida la tendencia de crecimiento de la ayuda a "Programas y políticas de población y salud reproductiva" y el consecuente descenso de la ayuda en "salud básica".

Dentro del código correspondiente a "salud" en el sector "salud general" la ayuda se reparte entre "política sanitaria y gestión administrativa" y "servicios médicos". Sobre estos últimos, si bien es cierto que hay un aumento considerable respecto al año anterior, concretamente de 7.888.153 euros, de ellos 5.327.696 euros corresponden a ayuda reembolsable, esto es el 40,31 % de la ayuda en este sector. Toda la ayuda reembolsable en salud del año 2006 se ha canalizado a través de proyectos de equipamiento contabilizados como servicios médicos.

DISTRIBUCIÓN DE LA AOD BILATERAL EN SALUD POR SECTORES CRS EN 2006			
Código	Distribución de la ayuda por subsectores	2006	%
121	Salud general	25.429.654	21,85
12110	Política sanitaria y gestión administrativa	9.856.995	8,47
12181	Enseñanza/formación médicas	2.325.145	2,00
12182	Investigación médica	31.665	0,03
12191	Servicios médicos	13.215.849	11,36
122	Salud básica	58.362.289	50,15
12220	Atención sanitaria básica	20.365.527	17,50
12230	Infraestructura sanitaria básica	9.274.019	7,97
12240	Nutrición básica	4.335.982	3,73
12250	Control de enfermedades infecciosas	18.051.662	15,51
12261	Educación sanitaria	3.052.164	2,62
12281	Formación personal sanitario	3.282.935	2,82
130	Programas/pol. Población y salud reproductiva	32.581.131	28,00
13010	Política sobre población y gestión administrativa	395.420	0,34
13020	Atención salud reproductiva	14.362.843	12,34
13030	Planificación familiar	121.210	0,10
13040	Lucha contra ETS incl. Sida	17.321.822	14,88
13081	Formación de personal para población y salud repr.	379.836	0,33
TOTAL		116.373.074	100,00

Tabla 3.7: distribución de la AOD bilateral en salud por sectores CRS en 2006

Fuente: elaboración propia a partir de datos del seguimiento PACI 2006 de la DGPOLDE

Ya se ha comentado antes la preocupación que suscita el escaso peso de la ayuda a la investigación, y es igualmente preocupante que las ayudas a la formación sean también escasas, tanto en salud como en salud sexual y reproductiva. Resulta particularmente preocupante habida cuenta de que uno de los principales problemas a que enfrentan los sistemas de salud, sobre todo en África, es la crisis en recursos humanos.

En cuanto al sector "salud básica", cabe decir que, en general, disminuye su peso con respecto al ejercicio 2005, en parte debido a la disminución de las ayudas en "infraestructuras sanitarias básicas" que tradicionalmente han servido para canalizar la ayuda reembolsable en salud. Es significativo, por otro lado, el incremento de los fondos destinados al "control de enfermedades infecciosas".

El resto de componentes sectoriales mantienen la tónica de años anteriores.

La ayuda al sector "programas y políticas de población y salud reproductiva" sigue aumentando, aunque se sigue trabajando fundamentalmente en cuestiones relacionadas con la salud materna y la salud reproductiva, siendo todavía muy bajos los porcentajes de ayuda dirigida a "política sobre población y gestión administrativa", a "planificación familiar" o a "formación de personal para población y salud reproductiva".

3.2. DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA DE LA AYUDA

A la hora de analizar la distribución geográfica de la ayuda en salud, se han diferenciado tres niveles: las áreas geográficas, la renta de los países receptores y la categoría de prioridad establecida en el Plan Director.

DISTRIBUCIÓN DE LA AOD BILATERAL ESPAÑOLA EN SALUD 2006 SEGÚN REGIÓN GEOGRÁFICA Y SECTORES								
Región	Salud general		Salud básica		Prog. Pol. Población		Total	% del total AOD salud
	Total euros	%	Total euros	%	Total euros	%		
África no especificado	12.000	1,42	651.500	77,24	180.000	21,34	843.500	0,72
África del Norte	2.992.914	40,22	1.693.994	22,77	2.753.889	37,01	7.440.798	6,39
África subsahariana	8.249.105	18,01	21.586.648	47,12	15.978.683	34,88	45.814.436	39,37
América Central	4.512.955	23,03	7.518.471	38,37	7.562.186	38,60	19.593.612	16,84
América Latina no espec.	2.217.176	93,11	26.658	1,12	137.410	5,77	2.381.244	2,05
América del Sur	3.757.203	23,94	8.653.478	55,13	3.286.751	20,94	15.697.433	13,49
Asia del Sur	171.000	20,15	351.322	41,39	326.399	38,46	848.721	0,73
Asia Oriental	1.803.841	42,77	2.013.929	47,75	400.000	9,48	4.217.770	3,62
Oriente Medio	1.408.619	25,73	3.670.154	67,05	395.297	7,22	5.474.070	4,70
PVD no espec.	236.387	1,72	12.044.549	87,64	1.462.516	10,64	13.743.451	11,81
Europa	68.453	21,52	151.586	47,66	98.000	30,81	318.039	0,27
Total	25.429.654	21,85	58.362.289	50,15	32.581.131	28,00	116.373.074	100,00

Tabla 3.8: distribución de la AOD bilateral española en salud 2006 según región geográfica y sectores
Fuente: elaboración propia a partir de datos del seguimiento PACI 2006 de la DGPOLDE

Por lo que respecta a las áreas geográficas, África subsahariana recibe el 39,37% de la AOD en salud y fundamentalmente en los subsectores de salud básica y programas y políticas de población. De esta manera se cumple el compromiso de incrementar la ayuda a esta región, que es la que peores indicadores de salud presenta.

La segunda región, en cuanto a recepción de ayuda se refiere, es América Central, con menos de la mitad de los fondos destinados a África subsahariana, un 16,84%, siendo también los sectores salud básica y programas y políticas de población los más beneficiados.

La tercera región es América del Sur, que recibe un 13,49% de la ayuda en este sector.

DISTRIBUCIÓN DE LA AOD BILATERAL ESPAÑOLA EN SALUD SEGÚN EL NIVEL DE RENTA DE LOS PAÍSES RECEPTORES								
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	281.458	11,80	1.697.814	71,16	406.797	17,05	2.386.069	2,05
Países de renta media baja	13.440.846	30,83	18.813.588	43,15	11.344.005	26,02	43.598.439	37,46
Países de renta baja	3.729.952	27,16	5.088.469	37,06	4.912.783	35,78	13.731.204	11,80
Países Menos Adelantados	5.048.420	11,22	28.573.366	63,50	11.372.937	25,28	44.994.723	38,66
Sin especificar	2.928.978	25,11	4.189.051	35,92	4.544.608	38,97	11.662.637	10,02
TOTAL	25.429.654	21,85	58.362.289	50,15	32.581.130	28,00	116.373.073	100,00

Tabla 3.9: distribución de la AOD bilateral española en salud según el nivel de renta de los países receptores.

Fuente: elaboración propia a partir de datos del seguimiento PACI 2006 de la DGPOLDE

EVOLUCIÓN DE LA AOD BILATERAL EN SALUD SEGÚN EL NIVEL DE RENTA DE LOS PAÍSES RECEPTORES 2004-2006			
	2004 (%)	2005 (%)	2006 (%)
Países de renta media alta	3,1	2,5	2,05
Países de renta media baja	46,7	39,2	37,46
Países de renta baja	14,3	22,3	11,8
Países Menos Adelantados	31,1	27,9	38,66
Sin especificar	4,8	13,4	10,02

Tabla 3.10: evolución de la AOD bilateral en salud según el nivel de renta de los países receptores 2004-2006

Fuente: elaboración propia a partir de datos del seguimiento PACI 2004, 2005 y 2006 de la DGPOLDE

En cuanto a la distribución según la renta de los países receptores, los países de renta media baja y los países menos adelantados (PMA) reciben prácticamente los mismos fondos, un 37,46% y un 38,66% respectivamente. A diferencia de lo que sucede con la AOD española global, en el sector salud sí se cumple el compromiso del PACI 2006 de destinar el 19% de la ayuda a los PMA, duplicándose este porcentaje de referencia. En cuanto a los países de renta media baja, se mantiene la tendencia histórica de la cooperación española de trabajar con este grupo de países, la mayoría ubicados en América Latina.

En cuanto a la asignación de ayuda por sectores, mientras que en el caso de los PMA más de la mitad de la ayuda, 63,50%, se concentra en el sector salud básica, en el resto se da un reparto equitativo entre los tres subsectores, salvo en la excep-

cional ayuda a países de renta media alta, en que también es la salud básica la que en este caso ocupa el 71,16% de la ayuda.

Mientras que se ha afirmado que el sector salud cumple las previsiones en cuanto a los compromisos de ayuda por nivel de renta de los países receptores, hay que destacar que, sin embargo, en el caso de la asignación según el nivel de prioridad geográfica, se replican los resultados de la AOD española global. Así, si en la AOD total el 50,23% se destina a países prioritarios, ese porcentaje en el caso de la salud sube hasta el 51,74%, pero igualmente lejos del compromiso del Plan Director de destinar el 70% de la ayuda bilateral a los países prioritarios. No obstante, es oportuno señalar que hay una mejora de 5,54% respecto al año 2005.

Merece una mención especial el hecho de que el 94,52% de la ayuda que se contabiliza en la categoría “otros” se dirige a países de África subsahariana, incluidos en programas regionales fundamentalmente.

DISTRIBUCIÓN DE LA AOD BILATERAL EN SALUD SEGÚN CATEGORÍA DE PRIORIZACIÓN Y SECTOR CRS.								
Categoría	Salud general		Salud básica		Prog. Pol. Población		Total	% del total AOD salud
	Total euros	%	Total euros	%	Total euros	%		
País prioritario	14.075.706	23,38	27.829.454	46,22	18.304.495	30,40	60.209.655	51,74
País de Atención Especial	1.775.480	13,19	9.024.910	67,05	2.659.469	19,76	13.459.859	11,57
Países Preferentes	2.600.935	57,12	1.610.020	35,36	342.531	7,52	4.553.486	3,91
Otros	4.048.555	23,80	6.233.854	36,64	6.730.028	39,56	17.012.437	14,62
No especificados	2.928.978	13,86	13.664.051	64,64	4.544.608	21,50	21.137.637	18,16
TOTAL	25.429.654	21,85	58.362.289	50,15	32.581.131	28,00	116.373.074	100,00

Tabla 3.11: distribución de la AOD bilateral en salud según categoría de priorización y sector CRS.
Fuente: elaboración propia a partir de datos del seguimiento PACI 2006 de la DGPOLDE

DISTRIBUCIÓN DE LA AOD BILATERAL EN SALUD SEGÚN CATEGORÍA DE PRIORIZACIÓN. VARIACIÓN 2005-06			
CATEGORÍA	2005	2006	variación 2005-06
País prioritario	46,2	51,74	5,54
País de Atención Especial	11,2	11,57	0,37
Países Preferentes	6,5	3,91	-2,59
Otros	22,7	14,62	-8,08
No especificados	13,4	18,16	4,76

Tabla 3.12: distribución de la AOD bilateral en salud según categoría de priorización. Variación 2005-06
Fuente: elaboración propia a partir de datos del seguimiento PACI 2005 y 2006 de la DGPOLDE

4/ INSTRUMENTACIÓN DE LA AYUDA EN SALUD

El descenso de la ayuda reembolsable en la cooperación en salud es, junto con el incremento de la ayuda multilateral, uno de los rasgos distintivos del ejercicio 2006. En la tabla se observa que el 28,49% de la ayuda reembolsable en salud se destina a países prioritarios, pero la mayoría se concentra en China y Kenya. China sí aparece en el Plan Director como país preferente, pero el caso de Kenya es llamativo ya que acumula casi el 40% de la ayuda reembolsable en salud y no tiene ninguna categoría de prioridad en la cooperación española.

PRINCIPALES PAÍSES RECEPTORES DE LA AOD ESPAÑOLA EN SALUD EN 2006				
PAÍS	CATEGORÍA	AOD	% REEMBOLSABLE	% NO REEMBOLSABLE
MOZAMBIQUE	PRIORITARIO	7.906.022	0	100
BOLIVIA	PRIORITARIO	5.844.001	0	100
ANGOLA	PRIORITARIO	5.046.283	0	100
MARRUECOS	PRIORITARIO	4.940.475	0	100
GUINEA EC.	PAÍS DE ATENCIÓN ESPECIAL	4.720.765	0	100
PERÚ	PRIORITARIO	4.432.838	0	100
TERRITORIOS PALESTINOS	PRIORITARIO	4.424.036	0	100
EL SALVADOR	PRIORITARIO	4.229.873	32,37	67,63
REP.DEM.CONGO	OTROS	3.915.952	0	100
ETIOPIA	PAÍS DE ATENCIÓN ESPECIAL	3.446.949	0	100
TOTAL		48.907.194		

Tabla 3.13: principales países receptores de la AOD española en salud en 2006.
Fuente: elaboración propia a partir de datos del seguimiento PACI 2006 de la DGPOLDE

En 2005 solo 5 de los diez países principales receptores de la cooperación en salud eran prioritarios; en 2006, este número se eleva a siete. La irrupción de la República Democrática del Congo como noveno país receptor de cooperación en salud se puede entender por el compromiso recogido en el PACI 2006 de incrementar la cooperación con África subsahariana en el marco del Plan África .

DISTRIBUCIÓN POR PAÍSES DE LOS DESEMBOLSOS BILATERALES BRUTOS DEL FAD				
PAÍS	CATEGORÍA	CÓDIGO	EUROS	PROYECTO
China	PAÍS PREFERENTE	12191	89.197	Equipamiento médico para el hospital de Shanghai East
China	PAÍS PREFERENTE	12191	584.287	Equipamiento hospital Jioazuo e inst. Kaifeng (Henan) Tuberc
China	PAÍS PREFERENTE	12191	39.516	Equipamiento médico para el hospital Linqing, Shandong
China	PAÍS PREFERENTE	12191	174.890	Equipamiento médico para el hospital de Yijinhuluo en Mongolia int.
China	PAÍS PREFERENTE	12191	166.766	Equipamiento médico hospital municipal de Dunhuang, Gansu
China	PAÍS PREFERENTE	12191	439.902	Equipamiento médico del hospital de Tongling
China	PAÍS PREFERENTE	12191	147.370	Equipamiento médico del hospital de Kuitun
Total			1.641.928	
El Salvador	PRIOTARIO	12191	1.369.443	Línea apoyo en equipamiento a la red hospitalaria
Ghana	OTROS	12191	31.868	Equipamiento médico centro cardiorácico
Indonesia	PAÍS CON ATENCIÓN	12191	26.065	Reequipamiento y actualización de 58 centros sanitarios
Jordania	ESPECIAL PAÍS PREFERENTE	12191	9.856	Suministro, instalación y equipamiento electromédico hospital
Kenia		12191	2.100.000	Equipos médicos para hospital
Nicaragua	OTROS PRIORITARIO	12191	148.536	Vehículos insumos médicos, equipamiento apoyo antiepidémico
TOTAL			5.327.696	

Tabla 3.14. Distribución por países de los desembolsos bilaterales brutos del FAD
Fuente: elaboración propia a partir de datos del seguimiento PACI 2006 de la DGPOLE

La cooperación descentralizada en salud

1/ LA COOPERACIÓN DESCENTRALIZADA EN ESPAÑA EN 2006

La cooperación descentralizada en su conjunto sigue siendo uno de los actores más relevantes de la cooperación española y un hecho diferenciador con respecto a los países donantes de nuestro entorno. En 2006 mantiene su línea ascendente de los últimos años, alcanzando los 446.256.617 euros, lo que supone un aumento de 15,87% con respecto al año anterior. Sin embargo, y debido al fuerte aumento presupuestario que el estado español ha realizado este año en cooperación, el peso que

Evolución de la AOD descentralizada en España, 1994-2006

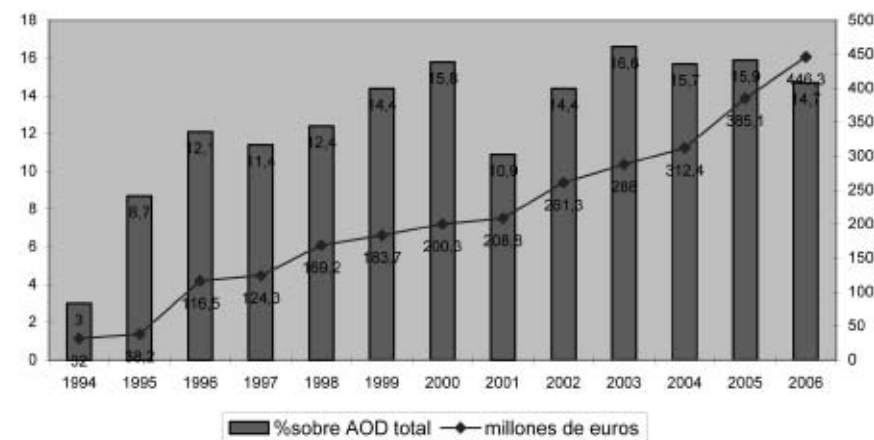


Gráfico 4.1 Evolución de la AOD descentralizada en España, 1994-2006

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

la ayuda descentralizada tiene con respecto al total de la AOD ha disminuido en un 1,2%, quedándose en el 14,7%, el porcentaje más bajo desde 2002.

Las Comunidades Autónomas siguen siendo el primer donante de la cooperación descentralizada, con un desembolso neto de 323.908.212 euros en el año 2006, lo que ha supuesto un aumento del 21,65% con respecto a 2005. Por otro lado, la can-

tividad desembolsada por las Entidades Locales en ese mismo año se ha situado en 122.348.405 euros¹, lo que representa un incremento mucho más modesto de tan sólo el 2,93% con respecto al 2005. Por lo tanto, la mayor parte del incremento de este año se basa en la apuesta que las CC.AA. están realizando en cooperación.

AOD DESCENTRALIZADA EN ESPAÑA SEGÚN ORIGEN DE LOS FONDOS, 2005-2006			
Origen	2005	2006	Dif 05-06 (%)
CC.AA.	266.264.451	323.908.212	21,65%
EE.LL. ²	118.862.523	122.348.405	2,93%
TOTAL	385.126.974	446.256.617	15,87%

Tabla 4.1 AOD descentralizada en España según origen de los fondos, 2005-2006
Fuente: Seguimiento del PACI 2006 Y FEMP

Para tener una descripción más detallada del esfuerzo de cada CC.AA. en cooperación, debemos cruzar los datos absolutos de cada comunidad autónoma con otros análisis más pormenorizados que tengan en cuenta variables muy importantes en el sector de la cooperación, como son el porcentaje de la AOD en cada presupuesto autonómico, o el esfuerzo de AOD por habitante.

Cuando desglosamos la cooperación autonómica en términos absolutos, observamos cómo, con respecto a 2005, la gran mayoría han incrementado sus presupuestos en cooperación o los han mantenido, excepto el País Vasco, que ha disminuido estos presupuestos en cerca de 2.500.000 de euros, Galicia, con una disminución de 720.000 euros, y, en menor medida, Extremadura, con una disminución de 180.000 euros. En el siguiente cuadro podemos ver como tres comunidades han superado en 2006 en más del 50% su presupuesto con respecto a 2005. A pesar de esta apuesta decidida por la cooperación, se sigue manteniendo la heterogeneidad entre las distintas CC.AA. Tres comunidades repiten con respecto al 2005 entre las que realizan un mayor aporte en términos absolutos: Cataluña (con un 17,6% sobre el total), Andalucía (con el 16,4%), y Castilla La Mancha (con el 10,7%), a la que este año se suma la Comunidad de Madrid (con el 10,2%). Estas cuatro CC.AA. aportan cerca del 55% de la AOD autonómica. En el otro extremo se sitúan tres CC.AA. que también repiten entre las que aportan un porcentaje menor, La Rioja (con el 0,9% sobre el total), Murcia (con el 1,3%) y Cantabria (con el 1,6%), a las que este año se suman Extremadura y Galicia con un porcentaje similar (el 1,8%).

¹ Este dato es una estimación de la DGPOLDE a partir de los datos suministrados por la FEMP

² Los datos del 2006 son los estimados en 2006 por la Federación Española de Municipios y Provincias

DISTRIBUCIÓN DE LA AOD DE LAS CCAA 2005-2006						
CCAA	2005		2006		Variación 06-05	
	euros	%	euros	%	euros	%
Andalucía	37.937.899	14,2	53.034.861	16,4	15.096.962	39,8
Aragón	5.724.384	2,1	6.132.286	1,9	407.902	7,1
Asturias	8.723.940	3,3	11.477.261	3,5	2.753.321	31,6
Baleares	11.652.875	4,4	14.047.932	4,3	2.395.057	20,6
Canarias	4.874.651	1,8	7.999.941	2,5	3.125.290	64,1
Cantabria	4.805.103	1,8	5.115.660	1,6	310.557	6,5
Cataluña	44.102.616	16,6	56.921.600	17,6	12.818.984	29,1
Castilla La Mancha	30.597.848	11,5	34.817.513	10,7	4.219.665	13,8
Castilla y León	8.931.840	3,4	11.691.192	3,6	2.759.352	30,9
Extremadura	6.050.774	2,3	5.868.839	1,8	-181.935	-3,0
Galicia	6.597.546	2,5	5.875.976	1,8	-721.570	-10,9
La Rioja	2.436.504	0,9	2.914.337	0,9	477.833	19,6
Madrid	21.627.261	8,1	33.150.446	10,2	11.523.185	53,3
Murcia	2.793.299	1	4.230.278	1,3	1.436.979	51,4
Navarra	16.643.187	6,3	16.540.843	5,1	-102.344	-0,6
País Vasco	31.038.371	11,7	28.626.952	8,8	-2.411.419	-7,8
C. Valenciana	21.641.553	8,1	25.462.295	7,9	3.820.742	17,7
Melilla	84.800	0	0	0,0	-84.800	-100
TOTALES	266.264.451	100	323.908.212	100,0	57.643.761	21,6

Tabla 4.2 Distribución de la AOD de las CC.AA. 2005-2006
Fuente: elaboración propia a partir de datos del Seguimiento del PACI 2006

Con respecto a 2005, las CC.AA. que porcentualmente han incrementado de forma más considerable su aportación a la AOD durante el 2006 han sido Canarias (64%), Madrid (53%) y Murcia (51%), si bien hay que tener en cuenta que en el caso de Canarias y Murcia sus aportaciones habían sido relativamente bajas en el 2005.

Por otra parte, cuando comparamos la AOD de cada comunidad en 2006 con su presupuesto anual observamos pocos cambios con respecto al año pasado, ya que se mantiene la distancia con el objetivo del 0'7%. Baleares ocupa el primer puesto (con una aportación del 0'52%), seguido de Navarra (0'49%) y Castilla la Mancha (0'47%). En el otro extremo se sitúan Galicia (con tan sólo el 0'06%) y Murcia (0'12%) como las comunidades que menor esfuerzo con respecto a su presupuesto realizan, seguidas de un grupo de 4 comunidades: Aragón, Canarias, Castilla y León y Extremadura, todas con un porcentaje del 0'13. En seis Comunidades Autónomas disminuye el esfuerzo presupuestario en relación con la AOD y en el resto aumentan, si bien no aparecen diferencias significativas, estando los límites entre un 0'08% de Baleares, cuando hablamos de incremento presupuestario, y de un descenso máximo de 0'07%, en el caso del País Vasco.

En cuanto a la AOD per cápita, Navarra mantiene en el 2006, a pesar de disminuir ligeramente con respecto a sus cifras del 2005, su liderazgo con 27,87 euros por per-

sona dedicados a AOD, a gran distancia del resto de CC.AA. Le sigue Castilla la Mancha, con 18,38 euros/persona, y Baleares, con 14,29 euros per cápita. Estas dos últimas comunidades incrementan en más de 2 euros por persona los datos del 2005. Galicia, (2,13 euros) Murcia (3,17 euros) y Canarias (a pesar de aumentar más de 1,5 euros y alcanzar los 4,06 euros por persona) son las que menor esfuerzo realizan en este apartado. Además debemos destacar el incremento de Asturias, Andalucía, Canarias, Cataluña y Madrid, con incrementos de entre 1,5 y 2 euros por habitante. De hecho, solamente cuatro comunidades disminuyen la contribución por habitante, siendo el caso más destacado el del País Vasco con una disminución de cerca de 1,5 euros.

ESFUERZO RELATIVO QUE SUPONE LA AOD DE LAS CCAA, 2005-2006								
CCAA	2005				2006			
	%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	19,7	8,6
Aragón	0,14	4,51	39	15,37	0,13	4,83	39,4	10,6
Asturias	0,26	8,1	34,47	11,62	0,31	10,66	36,6	16,6
Baleares	0,44	11,85	24,08	9,15	0,52	14,29	50,7	5,6
Canarias	0,09	2,48	41,84	61,73	0,13	4,06	22,8	54,6
Cantabria	0,26	8,55	59,68	7,44	0,25	9,1	32,4	10,7
Cataluña	0,2	6,3	19,13	16,71	0,23	8,14	15,9	29,3
CLM	0,45	16,15	25,92	23,71	0,47	18,38	45,7	19,3
CyL	0,1	3,56	41,25	10,71	0,13	4,66	41,5	19,8
Extremadura	0,15	5,58	47,82	17,56	0,13	5,41	33,7	16,6
Galicia	0,07	2,39	18,94	12,13	0,06	2,13	24	18,7
La Rioja	0,25	8,09	37,86	13,38	0,26	9,68	50,2	6,5
Madrid	0,14	3,63	30,04	10,75	0,2	5,56	27	10,3
Murcia	0,08	2,09	38,69	10,74	0,12	3,17	38,9	8,3
Navarra	0,53	28,04	40,37	25,38	0,49	27,87	34,3	22,3
País Vasco	0,44	14,61	20,03	15,04	0,37	13,47	15,7	9
C.Valenciana	0,2	4,61	45,15	18,36	0,21	5,43	22,6	10,7

Tabla 4.3 Esfuerzo relativo que supone la AOD de las CCAA, 2005-2006
Fuente: elaboración propia a partir de datos del Seguimiento del PACI 2006

En 2006, y siguiendo la tendencia de los últimos años, la práctica totalidad de las comunidades autónomas destinan al menos el 20% de su AOD a servicios sociales básicos (SSB). Sólo hay tres CC.AA. que no alcanzan este porcentaje, aunque una de ellas, Andalucía, se sitúa en un 19,7%. Las otras dos, Cataluña (con el 15,9%) y País Vasco (con el 15,7%), deberán reorientar su cooperación en los próximos años para alcanzar esta cifra. En cuanto al análisis del compromiso con los Países Menos Avanzados, Canarias con un 52'6% de su AOD destinado a estos países duplica los

resultados Navarra, que con un 22,3% es la segunda comunidad este año. Sin embargo, aún hay 5 comunidades autónomas que no dedican siquiera el 10% de su presupuesto a los PMA.

En este informe también queremos destacar la escasa importancia que tiene la cooperación directa en las comunidades autónomas. En 2006 ha supuesto un 4,8% del total de la AOD autonómica³, prácticamente la mitad que el año pasado. Frente a esta tendencia, hay que destacar el caso de la Comunidad de Madrid, donde el 30% de los fondos destinados a proyectos en el Sur se ejecuta mediante cooperación directa. En el caso del Ayuntamiento de Madrid, el 14% de los fondos de la cooperación al desarrollo se realiza a través de este instrumento. Sin embargo, es importante que se defina claramente qué se entiende por cooperación directa a nivel autonómico, porque las cifras pueden variar de forma significativa. Según nuestro criterio, la cooperación directa se debe definir como la cooperación directamente ejecutada por la institución pública a través de sus propios cauces. A nivel estratégico, las comunidades autónomas que quieran utilizar la cooperación directa, deben fundamentar en su planificación estratégica los motivos por los que recurren a esta cooperación, así como definir cuál es su grado de coordinación con otras iniciativas más amplias, cuál es su grado de eficacia y si se someten a los mismos controles y evaluaciones que la cooperación que realizan a través de sus convocatorias públicas.

En cuanto a las Entidades Locales, queremos resaltar que los últimos estudios realizados⁴ muestran como sus características más relevantes la gran heterogeneidad, la cantidad de entidades locales que trabajan en el campo de la cooperación, su tendencia a realizar convocatorias públicas y la utilización instrumentos específicos como son los hermanamientos. Sería recomendable que estas iniciativas locales busquen integrarse en iniciativas más amplias, sin perder su especificidad local, para que sus acciones tengan una mayor eficacia e impacto. Las entidades locales deberían sumarse, y enfocar sus estrategias de cooperación, a las iniciativas internacionales más importantes como son los Objetivos de Desarrollo del Milenio o la Declaración de París.

2/ LA SALUD EN LA COOPERACIÓN AUTONÓMICA

Los datos generales nos continúan mostrando una gran heterogeneidad en cuanto al comportamiento en el sector de la salud de la cooperación entre las distintas comunidades autónomas. El monto que la AOD autonómica destinó al conjunto de la

³ Según datos suministrados por la DG POLDE

⁴ La Cooperación al Desarrollo de las Entidades Locales, Informe 2005, FEMP

salud en 2006 alcanzó los 34.444.798 euros, aumentando en un 4% las cifras de 2005, aproximadamente un millón cuatrocientos mil euros más. Sin embargo, debido al mayor incremento general de la AOD autonómica en su conjunto (un porcentaje 4 veces mayor que el del incremento en salud), este aumento respecto de 2005 supone en realidad una desaceleración en la tendencia al incremento anual porcentual que se venía dando desde 2003 en la salud respecto del conjunto de la AOD autonómica. Como resultado, en 2006 la salud ha tenido un menor peso relativo en el conjunto de la AOD autonómica, con un 10,63%, disminuyendo por tanto en casi 1,8 puntos respecto del año anterior, situándose como el porcentaje más bajo de los últimos años.

El 55% del total de la ayuda en salud autonómica fue aportado por 4 comunidades: Andalucía, Navarra, Cataluña y Comunidad Valenciana. En cifras absolutas podemos comprobar como hay grandes variaciones entre las cantidades destinadas a salud en cooperación con respecto a 2005 en prácticamente todas las autonomías. Así, Murcia, con un incremento del 225%, Castilla y León, con un 131%, y Galicia, con 119%, lideran a las comunidades autónomas que han incrementado su presupuesto en salud. En sentido contrario, Cantabria, con una disminución para este año de un 74% respecto de las cantidades destinadas a este sector el año anterior, es la comunidad que más ha rebajado su aportación en salud, seguida de Extremadura, con una disminución del 41%, y el País Vasco, con una disminución del 39%. Murcia sigue siendo la comunidad que menos aporta en salud, tal y como viene sucediendo en los últimos años.

Castilla y León con un 21,9% y Navarra con un 19,66% son las dos comunidades donde la salud tiene un mayor peso con respecto a su AOD. Este año, Madrid, con un 3,21%, es la comunidad donde menos peso ha tenido la salud dentro de su AOD, seguido del País Vasco con un 5,97%.

En general, observamos bastante variabilidad interanual en los presupuestos que muchas comunidades autónomas destinan a la salud. La causa principal, como ya hemos comentado en años anteriores, es una frágil planificación, que unido a las dificultades para poder presentar o realizar acciones o estrategias a medio plazo, impide mejorar la predictibilidad de la ayuda. Así, parece que una de las variables más importantes que afectan al gasto en salud en cooperación es la decisión o no de las organizaciones que trabajan en cooperación de presentar acciones a corto plazo para este sector a las distintas convocatorias abiertas por cada comunidad autónoma.

DISTRIBUCIÓN DE LA AOD DE LAS CC.AA. 2005-2006			
CCAA	euros	%	% sobre AOD
Andalucía	6.864.762	19,93	12,94
Aragón	880.229	2,56	14,35
Asturias	1.374.554	3,99	11,98
Baleares	859.346	2,49	6,12
Canarias	957.025	2,78	11,96
Cantabria	517.646	1,50	10,12
Cataluña	5.389.426	15,65	9,47
CLM	3.108.029	9,02	8,93
CyL	2.560.442	7,43	21,90
Extremadura	895.440	2,60	15,26
Galicia	708.573	2,06	12,06
La Rioja	469.885	1,36	16,12
Madrid	1.064.989	3,09	3,21
Murcia	412.751	1,20	9,76
Navarra	3.252.616	9,44	19,66
País Vasco	1.709.525	4,96	5,97
C. Valenciana	3.419.558	9,93	13,43
TOTAL	34.444.796	100,00	10,63

Tabla 4.4 Distribución de la AOD autonómica en salud, 2006
Fuente: elaboración propia a partir de datos del Seguimiento del PACI 2006

3/ COMPOSICIÓN SECTORIAL DE LA AYUDA AUTONÓMICA EN SALUD

Si desglosamos la salud en los tres subsectores básicos, comprobamos que la cooperación autonómica mantiene la apuesta por la salud básica con casi un 48,1%, pero sigue disminuyendo su importancia, sobre todo debido al incremento de más del 7% en el sector de salud reproductiva, que sigue su ascenso de los últimos años y ya alcanza un 29,4%, manteniéndose los porcentajes destinados a salud general (22,5%). Estos datos reflejan la tendencia de la cooperación autonómica de converger con el conjunto de donantes lo que, a priori, consideramos muy positivo.

Además del peso porcentual que cada sector tiene dentro de la salud, debemos analizar los valores absolutos que podemos observar en el cuadro 4.5. Para estos valores absolutos en 2006, y su comparación con el año 2005, podemos observar como el sector de salud básica disminuye más de 1.600.000 euros, lo que rompe su tendencia de incremento de desembolso de los últimos años. La salud general tiene un aumento moderado de 262.000 euros, y se queda en valores similares a 2004, aunque su porcentaje dentro de la salud sea prácticamente el mismo. El sector que más crece, al igual que los últimos años, es el de la salud reproductiva, que aumenta más de 2.750.000 euros.

Distribución sectorial de la AOD en salud de las CCAA, 2004-2006

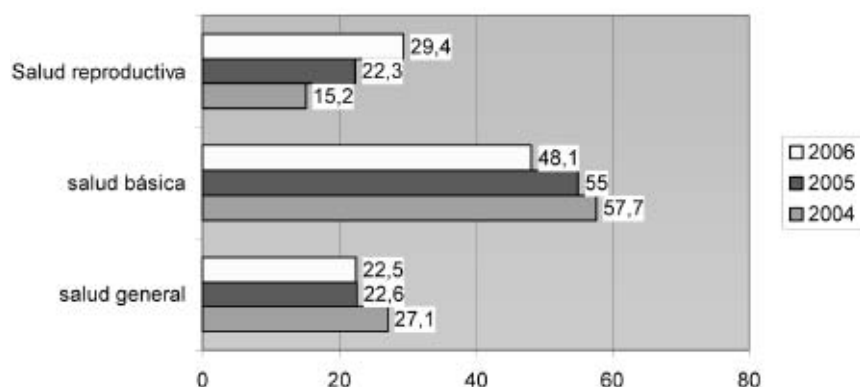


Gráfico 4.2 Distribución sectorial de la AOD en salud de las CCAA, 2004-2006

Fuente: elaboración propia a partir de datos del Seguimiento del PACI 2006

Las explicaciones a estos cambios aparecen cuando analizamos en detalle los subsectores CRS:

- En el sector de salud reproductiva, el gran incremento se produce en el apoyo a políticas de población, que pasa de tener una presencia casi testimonial hasta alcanzar el 10,8% del total de la salud. Extrañamente, desaparecen completamente las partidas destinadas a atención a salud reproductiva. Es posible que ciertas actividades que se computaban en este subsector sean las responsables del incremento en la lucha contra las ETS, que alcanza el 18,3%, siendo el subsector que mayor aporte recibe entre todos los de salud.
- En salud básica, es el subsector de atención sanitaria básica el que continua teniendo una mayor presencia, alcanzando el 16,8% del total destinado a salud, aunque sigue con su tendencia a disminuir su importancia en el conjunto de la salud, y de hecho disminuyó más de un 3% con respecto a 2005. Todos los demás subsectores pertenecientes a salud básica disminuyen también sus cifras, salvo la infraestructura básica, que aumenta ligeramente y alcanza el 14,1%.
- En salud general, son los servicios médicos los que lideran este sector, aunque disminuyan hasta el 11,4%, y como aspecto positivo debemos destacar el incremento en el subsector de apoyo a las políticas sanitarias públicas, alcanzando el 8,6% del total de la salud, pero sin acercarse a las cifras de 2004.

Estos cambios en los sectores y subsectores de salud tienen algunos aspectos positivos, como el aumento en salud sexual y reproductiva, que representa el 18% de la carga de enfermedad total mundial. También debemos destacar el aumento en el apoyo tanto a las políticas de salud, como a las específicas de salud sexual y reproductiva, ya que tienen mucha importancia para el desarrollo de sistemas de salud locales. Sin embargo, los cambios bruscos en las prioridades del trabajo en ciertos subsectores, así como la falta de interés en otros como el de investigación médica, la formación de personal en salud reproductiva o la planificación familiar, son aspectos que se deberían subsanar en el futuro si la cooperación autonómica en salud quiere mejorar su calidad.

DISTRIBUCIÓN DE LA AOD EN SALUD DE LAS CCAA POR SECTORES Y SUBSECTORES 2004-2006

	2004		2005		2006	
	miles euros	%	miles euros	%	miles euros	%
Salud general	7.723	27,1	7.478	22,6	7.740	22,5
Política sanitaria	4.331	15,2	2.050	6,2	2.953	8,6
Enseñanza/formación médicas	738	2,6	947	2,9	853	2,5
Investigación médica	165	0,6	0	0	0	0,0
Servicios médicos	2.488	8,7	4.481	13,6	3.934	11,4
Salud básica	16.480	57,7	18.191	55	16.569	48,1
Atención sanitaria básica	7.037	24,7	6.590	19,9	5.790	16,8
Infraestructura sanitaria básica	5.302	18,6	4.557	13,8	4.851	14,1
Nutrición básica	1.118	3,9	1.325	4	1.188	3,4
Control enf infecc	1.247	4,4	2.611	7,9	2.511	7,3
Educación sanitaria	796	2,8	1.431	4,3	954	2,8
Form pers sanitario	980	3,4	1.677	5,1	1.276	3,7
Salud Reproductiva	4.341	15,2	7.381	22,3	10.135	29,4
Política sobre población	48	0,2	42	0,1	3.717	10,8
Atención Salud Reproductiva	1.206	4,2	1.635	4,9	0	0,0
Planificación familiar	5	0	35	0,1	0	0,0
Lucha contra ETS	2.964	10,4	5.399	16,3	6.306	18,3
Formación personal	118	0,4	270	0,8	112	0,3
Total	28.544	100	33.049	100	34.444	100,0

Tabla 4.5 Distribución de la AOD en salud de las CCAA por sectores y subsectores 2004-2006

Fuente: elaboración propia a partir de datos del Seguimiento del PACI 2006

Los porcentajes de la distribución sectorial de la AOD en salud de las CC.AA. no difieren sustancialmente de lo que hace el conjunto de la cooperación española, lo que indica que los dos actores más importantes en la cooperación en salud tienen unas prioridades sectoriales similares.

4/ DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA
DE LA AYUDA AUTONÓMICA EN SALUD

En 2006 sigue siendo África subsahariana la región que ha recibido más ayuda en salud, pero aunque mantiene una distancia de más de 10 puntos respecto a la segunda región (América Central), sigue disminuyendo su porcentaje, como en los últimos años. En la AOD en salud autonómica no existen grandes diferencias entre el continente americano en su conjunto y el africano (44,61%). Pero estas cifras nos hacen destacar el giro que en los últimos años la cooperación autonómica ha dado hacia la salud en el continente africano, a pesar de tener pocos lazos culturales o económicos con ellos.

Distribución regional de la AOD en salud de las CCAA, 2006 (%)

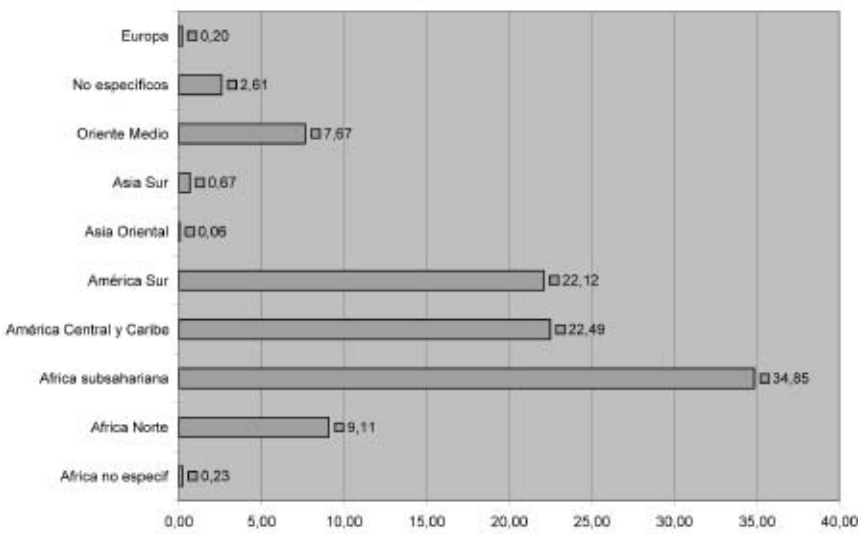


Gráfico 4.3 Distribución regional de la AOD en salud de las CCAA, 2006 (%)
Fuente: elaboración propia a partir de datos del Seguimiento del PACI 2005

Cuando desglosamos la ayuda de cada región mundial por sectores de salud, apreciamos ciertos detalles que merece la pena destacar. África del Norte y Asia Oriental son las únicas regiones donde se destina a la salud general más de la mitad del total de su AOD para salud. En África subsahariana, es la salud sexual y reproductiva la

que por primera vez recibe la mayor parte de la AOD en salud, aunque solamente en un 1,5% más que la salud básica. En el resto de las regiones, es la salud básica la que más dinero recibe, salvo en Asia del Sur, donde la mayor parte de la ayuda va destinada a salud sexual y reproductiva. Debemos destacar el hecho que en América del Sur más del 60% sea para salud básica y en América Central cerca del 50%. Este hecho nos parece positivo, porque la salud básica y la salud reproductiva solucionan la mayor parte de los problemas de salud que padecen. Sería aún más positivo si en África subsahariana dedicaran una parte importante de la ayuda a formación de personal, dadas las carencias que se tienen en la región.

Si por el contrario el análisis se centra en determinar a qué regiones se destina la mayor parte de cada sector de salud, los datos no varían demasiado con respecto al año anterior. En el conjunto de la salud sexual y reproductiva de la cooperación autonómica observamos como es África subsahariana la región a la que se le destina más de la mitad de toda la salud de este sector, aunque disminuye un 5% respecto del 2005. Esta región también es la que recibe la mayor parte de la salud básica con un 30%, mientras que es América Central y Caribe la que recibe un 24% de toda la salud general autonómica, seguida de cerca de África subsahariana con un 22%, lo que supone un brusco descenso de 17 puntos con respecto a los datos del 2005. En 2006 los países no especificados no parecen que puedan hacer variar de forma sensible los resultados.

DISTRIBUCIÓN DE LA AOD EN SALUD DE LAS CCAA POR SECTORES Y SUBSECTORES 2004-2006						
	SALUD GENERAL		SALUD BÁSICA		SSR	
	Euros	%	Euros	%	Euros	%
África no especificado	0	0	0	0	80.000	100,0
África Norte	1.617.416	51,6	931.289	29,7	588.029	18,7
África subsahariana	1.720.545	14,3	5.051.035	42,1	5.234.091	43,6
Am. Central y Caribe	1.930.258	24,9	3.783.387	48,8	2.033.359	26,2
América Sur	1.504.587	19,8	4.607.161	60,5	1.505.892	19,8
Asia Oriental	20.000	100,0	0	0	0	0
Asia Sur	0	0	15.384	6,7	214.286	93,3
Oriente Medio	866.542	32,8	1.653.414	62,6	121.374	4,6
No específicos	12.319	1,4	527.695	58,7	358.284	39,9
Europa	68.453	100,0	0	0	0	0
TOTALES	7.740.119	22,5	16.569.364	48,1	10.135.315	29,4

Tabla 4.6 Distribución de los sectores de salud de la AOD de las CCAA por cada región, 2006.
Fuente: elaboración propia a partir de datos del Seguimiento del PACI 2005

En cuanto al análisis según el nivel de renta, observamos un dato preocupante. El porcentaje de rentas medias vuelve a subir en comparación con el conjunto de las rentas bajas y PMA, que baja un 2% con respecto a 2005. El aumento de las rentas medias se debe también a una sensible disminución, de un 5%, del porcentaje de países sin especificar. Estos datos, que son continuación de la tendencia comenzada en el 2005, nos indican una inclinación de la cooperación autonómica a apoyar más decididamente a los países de rentas medias, en vez de los países de rentas bajas y PMA, donde los problemas de salud son más relevantes y se cuenta con menos recursos para poder solucionar dichos problemas. También debe plantearse un control más estricto de esta ayuda en países de rentas medias para que sea más eficaz y se destine a cubrir principalmente las necesidades de salud de sus bolsas de pobreza.

Distribución de la AOD en salud de las CCAA por nivel de renta de los países beneficiarios, 2003-2005. (%)

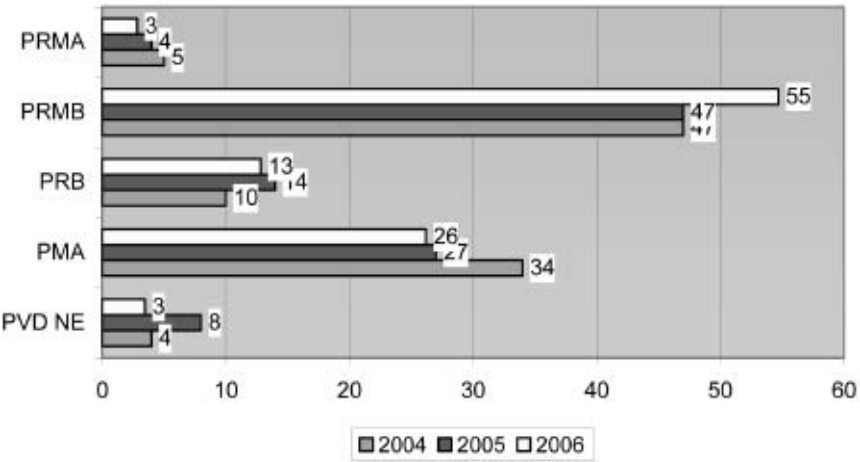


Gráfico 4.4 Distribución de la AOD en salud de las CCAA por nivel de renta de los países beneficiarios, 2003-2005. (%). Fuente: elaboración propia a partir de datos del Seguimiento del PACI 2006

El año 2006, en comparación con el 2005, presenta una disminución de casi un uno por ciento en la aportación autonómica a la AOD en salud para los Países Menos Adelantados (PMA), destinando en 2006 el 26,6%. A pesar de superar con creces el 20% de los recursos destinados a la salud de los PMA, parece haber entrado en una tendencia descendente, y baja casi 8 puntos desde 2004. Este año, además de

Cataluña y Castilla la Mancha, se suma Castilla y León a las CC.AA. que más dinero aportan a estos países. En el otro extremo se sitúan Baleares, La Rioja y Murcia, que no destinan nada a salud en PMA, y esa falta de prioridad no es solamente porque no trabajen ese sector en esos países, sino un problema más general porque también se da en el conjunto de la ayuda que destinan a PMA. La apuesta hacia los PMA en el sector salud se puede medir mejor analizando el porcentaje de salud para los PMA que se destina con respecto al total de salud. En este sentido, hay unas grandes diferencias entre las distintas comunidades autónomas. Mientras que Canarias (con el 64%) y Castilla y León (con el 53,6%) destinan más del 50% de toda su AOD sanitaria a estos países, Andalucía (con el 6,8%) y Cantabria (con el 6%) no superan el 10%. Estos datos pueden ser debidos a que no todas las CC.AA. tienen entre sus prioridades geográficas a países PMA. Si de verdad queremos que la salud descentralizada se dirija hacia los países donde más necesidades sanitarias existen, es necesario que todas las cooperaciones autonómicas tengan priorizado algún país PMA. A pesar de las diferencias entre comunidades autónomas, observamos que el conjunto de CC.AA. destina similares porcentajes a la salud en PMA que al conjunto de la ayuda en PMA.

DISTRIBUCIÓN DE LA AOD EN SALUD DE LAS CCAA POR SECTORES Y SUBSECTORES 2004-2006				
CC.AA.	AOD en salud dirigida a PMA 2006		% AOD en salud dirigida a PMA sobre total dirigido a PMA 2006	% AOD en salud dirigida a PMA 2005 sobre total AOD salud
	Euros	% sobre AOD sanitaria		
Andalucía	463.877	6,8	14,6	15,4
Aragón	241.206	27,4	50,6	20,3
Asturias	477.000	34,7	29,3	26,3
Baleares		0,0	0,0	8,9
Canarias	616.543	64,4	22,0	57,7
Cantabria	30.898	6,0	6,8	2,1
Cataluña	2.646.096	49,1	39,3	49,5
CLM	1.002.400	32,3	17,0	45,7
CyL	1.371.333	53,6	69,8	51,7
Extremadura	236.366	26,4	38,3	0,0
Galicia	188.167	26,6	22,3	52,7
La Rioja		0,0	0,0	0,0
Madrid	216.157	20,3	8,2	11,7
Murcia		0,0	0,0	46,5
Navarra	787.119	24,2	36,3	26,9
País Vasco	202.817	11,9	14,4	7,4
C. Valenciana	523.801	15,3	23,0	29,2
TOTAL	9.003.781	26,1	26,6	27,2

Tabla 4.7 Distribución de la AOD en salud de las CCAA destinada a los Países Menos Adelantados, 2006. Fuente: elaboración propia a partir de datos del Seguimiento del PACI 2006

Los 10 países que más AOD en salud reciben superan el 55% del total de la AOD en salud, lo que supone una concentración relativa de la ayuda en salud autonómica, y aunque supera en 4 puntos los datos de 2005, aún no alcanzan los niveles de 2004. En 2006, el principal beneficiario de la AOD en salud autonómica ha sido Bolivia, seguido muy de cerca de Marruecos y los Territorios Palestinos, mientras que Mozambique, que era el país que tradicionalmente recibía mayor ayuda en los últimos años, sigue su trayectoria descendente, pero se mantiene entre los 10 primeros y es el único de ellos que es PMA. La ayuda a este país ha disminuido en más de un millón de euros. Además es significativo que solamente haya un país de renta baja entre los 10 primeros, que junto a los PMA debería ser la prioridad. Esto supone que hay 8 países, entre los 10 primeros, de renta media-baja, y confirma la tendencia de la cooperación autonómica en salud a trabajar con países de renta media.

PRINCIPALES 10 PAÍSES BENEFICIARIOS DE LA AOD EN SALUD DE LAS CCAA DURANTE 2006			
País	Nivel de renta	Total euros	%
BOLIVIA	PRMB	3.003.561	8,72
MARRUECOS	PRMB	2.849.118	8,27
TERRIT.PALESTINOS	PRMB	2.570.085	7,46
PERÚ	PRMB	2.262.552	6,57
MOZAMBIQUE	PMA	1.816.692	5,27
ECUADOR	PRMB	1.523.234	4,42
GUATEMALA	PRMB	1.421.529	4,13
HONDURAS	PRMB	1.331.198	3,86
SALVADOR	PRMB	1.267.409	3,68
NICARAGUA	PRB	1.181.299	3,43
TOTAL 10		19.226.678	55,82
TOTAL AOD SANITARIA		34.444.798	

Cuadro 4.8 Principales 10 países beneficiarios de la AOD en salud de las CCAA durante 2006.
Fuente: elaboración propia a partir de datos del Seguimiento del PACI 2006

La Comunidad Autónoma de Madrid

1/ MARCO NORMATIVO E INSTITUCIONAL

La cooperación al desarrollo de la Comunidad de Madrid (CAM) se remonta al año 1987, pero no es hasta 1999 que se dota de un marco legal específico con la aprobación de la Ley 13/1999, de 29 de abril, de cooperación para el desarrollo de la Comunidad de Madrid (LCDCM). La Ley estableció -en concordancia con la Ley estatal 23/1998 de Cooperación Internacional para el Desarrollo- los principios, objetivos y prioridades, tanto sectoriales como geográficas, de la cooperación de la CAM. Además estableció mecanismos claros de coordinación con el resto de las Administraciones Locales madrileñas y otorgó a la Asamblea de Madrid la responsabilidad de aprobar los Planes Generales de Cooperación.

La Dirección General de Cooperación al Desarrollo ha estado incorporada en la Consejería de Asuntos Sociales -posteriormente Consejería de Familia y Asuntos Sociales- y en los últimos años en la Consejería de Inmigración, que desde 2007 tiene el nombre de Consejería de Inmigración y Cooperación.

La LCDCM otorga a la Consejería en la que se encuentre incorporada la Dirección General de Cooperación para el Desarrollo el papel coordinador de las actividades que en este ámbito realicen otras Consejerías madrileñas (Art. 11). Asimismo, crea la Comisión Regional de Cooperación para el Desarrollo (Art. 8.5 y 13 y Decreto 107/2000, de 1 de junio) con funciones de coordinación y colaboración entre las Administraciones Locales madrileñas que ejecuten gastos computables como cooperación para el desarrollo.

Desde el 1 de enero de 2006 la cooperación al desarrollo se gestiona desde la entonces creada Agencia Regional de Inmigración y Cooperación al Desarrollo.

La Comunidad de Madrid ha consolidado un sistema de cooperación descentralizada que ha sido reconocido por entidades internacionales como el Comité de Ayuda al Desarrollo de la OCDE o la Comisión Europea.

Una de las características de la cooperación al desarrollo de la Comunidad de Madrid es el esfuerzo que ha realizado en cuanto a planificación se refiere. Desde la aprobación de la Ley de cooperación se han aprobado dos planes generales y los correspondientes planes anuales. Asimismo, durante los años 2002 y 2003, se elaboraron Planes Estratégicos de Actuación correspondientes a El Salvador, Nicaragua,

República Dominicana, Mozambique. Durante este periodo, además, se elabora la estrategia de Educación para el desarrollo.

Existen diferentes órganos de coordinación y el Consejo de Cooperación como órgano de consulta formado por un Presidente, un Vicepresidente y 19 vocales repartidos entre la administración autonómica (4), los partidos políticos con representación en la Asamblea (4), el Ayuntamiento de Madrid (1), la Federación Madrileña de Municipios (1), las ONGD (5), los sindicatos (2) y las organizaciones empresariales (2).

Desde hace unos años, la Comunidad de Madrid ha incorporado la figura del técnico en el exterior. En la actualidad hay 6 representantes que están destinados en Colombia, Ecuador, El Salvador-Honduras, Nicaragua, Perú y Marruecos¹.

Entre los órganos o comisiones de coordinación destaca la Comisión Regional, regulada por el Decreto 107/2000. En materia de salud destaca la coordinación con la Consejería de Sanidad y los avances de esta Consejería en materia de gestión de recursos humanos del sistema madrileño de salud para la cooperación para el desarrollo.

En lo que respecta a la ayuda de emergencia existe un comité de emergencias en el que participan otras Administraciones Públicas madrileñas y ONGD, y se ha negociado un Protocolo de Actuación del Comité de Coordinación.

Igualmente, se han realizado avances significativos en la coordinación con otros donantes, especialmente con la AEI, como refleja la firma de convenios con los programas VITA (Programa sectorial de salud en África) y AZAHAR (Programa de desarrollo sostenible en el Mediterráneo). Asimismo la CAM ha participado en las Comisiones Mixtas convocadas por la AEI, sobre todo en la de los países iberoamericanos y Marruecos.

2/ PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA

El *Plan General de Cooperación al Desarrollo* de la Comunidad de Madrid 2005-2008 fue aprobado por consenso y es el resultado de un proceso de trabajo participativo de todos los actores de la cooperación al desarrollo de la Comunidad de Madrid. Su objetivo central es la lucha contra la pobreza en el marco de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y con un enfoque de derechos humanos en el que la igualdad de género es el eje prioritario.

Se recogen *tres ámbitos de actuación*: desarrollo en países del Sur, educación para el desarrollo y acción humanitaria. Además de la igualdad de género, se establecen otras dos *prioridades horizontales* en el Plan, el fortalecimiento institucional y la sostenibilidad ambiental.

¹ El técnico en Marruecos cubre también Senegal y Mauritania.

En cuanto a las *prioridades sectoriales y geográficas*, el Plan señala lo siguiente: “Los países prioritarios serán los principales destinatarios de la ayuda al desarrollo de la Comunidad de Madrid, incluyendo el conjunto de sectores considerados prioritarios para la cooperación de la Comunidad de Madrid en los países del Sur. Por su parte, los países de atención sectorial preferente serán aquellos en los que la Comunidad de Madrid hará un esfuerzo importante en su cooperación en el periodo 2005-2008, pero sectorializando su intervención. Es decir, seleccionando a priori en qué sector o sectores concretos de intervención de los establecidos en el presente Plan se centrará la cooperación de la Comunidad de Madrid (por ejemplo, salud y/o educación; prevención de conflictos...). Por último, la categoría del resto de países receptores incluye a todos aquellos a los que se les asignará ayuda por otros motivos, como la existencia de crisis humanitarias, apoyo a su seguridad y soberanía alimentaria o acciones de carácter más puntual”².

LISTADO DE PAÍSES PRIORITARIOS PARA LA COMUNIDAD DE MADRID	
Países prioritarios:	Países de atención sectorial preferente:
1. Bolivia	1. Angola
2. Colombia	2. Territorios Palestinos
3. Ecuador	3. Cuba
4. El Salvador	4. Etiopía
5. Honduras	5. Guatemala
6. Marruecos	6. Guinea Ecuatorial
7. Mauritania	7. Haití
8. Mozambique	8. Sudán
9. Nicaragua	9. Población Saharahui
10. Perú	
11. República Dominicana	
12. Senegal	
Resto de países	

Tabla 4.9 Listado de países prioritarios para la Comunidad de Madrid.
Fuente: Plan General de Cooperación para el Desarrollo 2005-2008 de la Comunidad de Madrid

De esta relación se desprende que sobre un total de 12 países prioritarios, la tercera parte son africanos (cuatro) y el resto iberoamericanos (ocho). De los 9 países o territorios de atención preferente, más de la mitad son africanos. Considerados de forma conjunta los países prioritarios y los de atención sectorial preferente, África representa un 43% (nueve países) e Iberoamérica un 57% (doce países).

Con relación al nivel de desarrollo de los países seleccionados, seis son países con nivel de desarrollo humano bajo (Mauritania, Mozambique y Senegal de los priorita-

² Plan General de Cooperación al Desarrollo 2005-2008 de la Comunidad de Madrid.

rios y Angola, Etiopía y Haití de los preferentes); doce presentan un desarrollo humano intermedio (Bolivia, Colombia, Ecuador, El Salvador, Honduras, Marruecos, Nicaragua, Perú y República Dominicana de los prioritarios y Guatemala, Guinea Ecuatorial y Sudán de los preferentes), uno de ellos se sitúa en el nivel alto de desarrollo humano, pero presenta características que lo hacen especial (Cuba), y dos (Población Saharahui y Palestina) no están clasificados por el PNUD bajo ninguna de estas modalidades.

En cuanto a las *prioridades sectoriales*, el Plan general define cinco, asignado un porcentaje del presupuesto destinado al trabajo en el Sur:

PRIORIDADES SECTORIALES Y % ASIGNADO	
Sector - objetivo específico:	Porcentaje
Educación	30%
Salud, agua y saneamiento	20%
Fortalecimiento Institucional y sociedad civil	15%
Mejoras económicas, desarrollo rural	25%
Migraciones y desarrollo	5%
No sectorizable	5%

Tabla 4.10. Prioridades sectoriales y % asignado.

Fuente: Plan general de Cooperación al Desarrollo 2005-2008 de la Comunidad de Madrid

Las *pautas presupuestarias* generales que se establecen en el Plan General son³:

- Que el 100% de las actuaciones se habrán dirigido al objetivo central de la lucha contra la pobreza.
- Se tenderá a destinar un mínimo del 75% a cooperación en el Sur, un 13% a educación para el desarrollo, un 7% a ayuda humanitaria, reservando un porcentaje del 5% para gestión y asistencia técnica.
- Por modalidades de actuación, al menos el 70% del presupuesto dedicado a desarrollo en el Sur y educación para el desarrollo será ejecutado mediante convocatorias de subvenciones a ONGD, y, de manera complementaria, hasta un máximo del 30% del presupuesto será canalizado por la cooperación directa.
- En lo referido al ámbito del desarrollo en el Sur, se tenderá a dirigir un 70% a países prioritarios, un 20% a países de atención sectorial preferente y un 10% al resto de países.
- En lo referido al ámbito del desarrollo en el Sur, África subsahariana (sumando prioritarios y atención sectorial preferente) tenderá a representar el 20% del total del gasto.

³ Plan General de Cooperación al Desarrollo 2005-2008 de la Comunidad de Madrid.

- El 95% de los recursos del ámbito de cooperación con el Sur se tenderá a destinar a los sectores prioritarios. (Se permite una desviación del 5% para financiar acciones en otros sectores).
- El 100% de las intervenciones incorporará la perspectiva de género de manera transversal.

Además del Plan General cada año se aprueba un *Plan Anual de Cooperación para el Desarrollo* que determina los objetivos y pautas de actuación para cada año de manera específica, siempre, eso sí, de acuerdo con el marco general en lo que a prioridades (horizontales, sectoriales y geográficas) se refiere.

En relación a las prioridades geográficas, el Plan Anual 2006 dice que “La Agencia también se encargará de vincular las políticas de inmigración y cooperación de la Comunidad de Madrid. Este Plan, en consonancia con el Plan General 2005-2008 que establece sus grandes prioridades, tiene como objetivo estratégico dirigir la ayuda madrileña preferentemente a los países de origen de la inmigración madrileña”⁴.

En cuanto a los sectores, el sector 2, salud, agua y saneamiento, incorpora las actuaciones comprendidas en los sectores 120, 130 y 140 del CAD, salud, programas y políticas de población y salud reproductiva y agua y saneamiento respectivamente. En este capítulo se comentarán las acciones correspondientes a salud (códigos 120 y 130)

Concretamente, en el Plan Anual 2006 se incluyen las siguientes acciones prioritarias:

- Salud:

- 2.1. Mejora de la calidad y la cantidad de los sistemas de atención primaria sanitaria.
- 2.2. Mejora de la salud materno-infantil y reproductiva, reducción de la mortalidad materna y medidas contra la mutilación genital femenina.
- 2.3. Mejora de la salud infantil y de otros grupos vulnerables de la población.
- 2.4. Lucha contra las enfermedades prevalentes y olvidadas.
- 2.5. Fortalecimiento de capacidades del personal sanitario y de los agentes comunitarios.

- Agua y saneamiento:

- 2.6. Provisión de agua potable y formación para su gestión.
- 2.7. Infraestructuras de saneamiento básico y formación para su gestión.
- 2.8. Educación medioambiental y políticas de cuidado del medioambiente y reforestación.

⁴ Plan Anual 2006 de Cooperación para el Desarrollo de la Comunidad de Madrid.

3/ EVOLUCIÓN DE LA AOD DE LA COMUNIDAD DE MADRID

La AOD de la Comunidad de Madrid ha experimentado un importante crecimiento en términos cuantitativos durante los últimos 4 años. No obstante, es oportuno señalar que el porcentaje del presupuesto autonómico destinado a cooperación al desarrollo no experimentó el mismo ritmo de aumento.

EVOLUCIÓN DE LA AOD EN LA CAM				
	2003	2004	2005	2006
Total AOD	9.957.787	17.392.384	21.627.261	33.150.446
AOD per cápita en euros	1,85	2,92	3,63	5,56
% respecto al gasto anual de la CC.AA.	0,08	0,13	0,14	0,2(*)

Tabla 4.11. Evolución de la AOD en la CAM, 2003 - 2006

Fuente: elaboración propia a partir de informes seguimiento PACI.

(*) En este caso el dato corresponde al presupuesto no al gasto anual de la comunidad autónoma como corresponde en las casillas de años anteriores.

4/ LA AOD EN SALUD DE LA COMUNIDAD DE MADRID

La cooperación al desarrollo de la Comunidad de Madrid se ha multiplicado por 3,33 desde 2003. Sin embargo, la cooperación en salud no ha tenido un incremento proporcional; más bien lo contrario, en términos porcentuales ha disminuido más de la mitad, pasando de suponer el 7,84% del total de la AOD a ser del 3,21%.

EVOLUCIÓN DE LA AOD EN SALUD RESPECTO AL TOTAL DE LA AOD DE LA COMUNIDAD DE MADRID								
	2003	%	2004	%	2005	%	2006	%
TOTAL AOD	9.957.787		17.392.384		21.627.261		33.150.446	
CÓDIGO 120+130	780.446	7,84	1.260.152	7,25	1.662.317	7,69	1.064.989	3,21

Tabla 4.12.: evolución de la AOD en salud respecto al total de la AOD de la Comunidad de Madrid
Fuente: elaboración propia a partir de datos del seguimiento PACI 2006. DGPOLDE.

Aplicando el principio de que se destinará el 75% de los fondos a proyectos de desarrollo en el Sur, los datos aumentan un punto, pero continúan lejos del 20% de referencia.

Esta diferencia puede explicarse por el porcentaje de ayuda que se aplica a proyectos de agua y saneamiento, aunque esto supondría que casi un 16% de los fon-

dos destinados a proyectos en el Sur se destinan a proyectos de esta área, extremo que no ha podido ser comprobado.

En este sentido es importante señalar que los datos proporcionados por la Dirección General de Cooperación al Desarrollo de la Comunidad de Madrid son de 1.878.978€ contabilizados como subvenciones a proyectos de salud, es decir, 813.989€ más que los datos publicados en el seguimiento PACI. No obstante, dado que la fuente oficial de estadística de AOD en España es la DGPOLDE, el análisis se realizará sobre los datos publicados por esta entidad.

Tomando el dato de la CAM, el porcentaje de AOD destinado a salud sería de 8,22%. En cualquier caso, lejos del 20% de los fondos para “desarrollo en el Sur” o los 4.532.501€ previstos para este sector.

EVOLUCIÓN DE LA AOD EN SALUD DE LA COMUNIDAD DE MADRID 2005-2006		
	2005	2006
Total AOD	21.627.261	33.150.446
Total fondos desarrollo en el Sur	16.220.446	25.857.348 ⁵
Total fondos salud	1.662.317	1.064.989
% de AOD destinada a salud respecto al total de fondos para desarrollo en el Sur	10,24%	4,12%

Tabla 4.13: Evolución de la AOD en salud de la Comunidad de Madrid 2005-06

Fuente: elaboración propia a partir de datos del seguimiento PACI 2006 y Plan Anual de la Comunidad de Madrid.

4.1. DISTRIBUCIÓN SECTORIAL DE LA AYUDA EN SALUD DE LA COMUNIDAD DE MADRID

Si realizamos una desagregación de la AOD en salud de la Comunidad de Madrid, según los códigos CRS, tenemos los siguientes datos para 2006:

⁵ El Plan Anual 2006 señala como referencia presupuestaria para el trabajo en el Sur, el 78% del total de la ayuda.

DISTRIBUCIÓN DE LA AOD EN SALUD DE LA COMUNIDAD DE MADRID SEGÚN CÓDIGO CRS			
CÓDIGO	SECTOR	Desembolso	% total AOD
120	SALUD	842.574	79,12
121	Salud general	0	0,00
12110	Política sanitaria y gestión administrativa	0	0,00
12181	Enseñanza/Formación médicas	0	0,00
12182	Investigación médica	0	0,00
12191	Servicios médicos	0	0,00
122	Salud básica	842.574	100,00
12220	Atención sanitaria básica	272.945	32,39
12230	Infraestructura sanitaria básica	0	0,00
12240	Nutrición básica	50.000	5,93
12250	Control de enfermedades infecciosas	372.925	44,26
12261	Educación sanitaria	0	0,00
12281	Formación personal sanitario	146.704	17,41
130	PROG./POL. SOBRE POBLACIÓN Y SALUD REPRODUCTIVA	222.415	20,88
13010	Política sobre población y gestión administrativa	0	0,00
13020	Atención salud reproductiva	182.665	82,13
13030	Planificación familiar	0	0,00
13040	Lucha contra ETS (incl.sida)	39.750	17,87
13081	Formación de personal para población y salud reproductiva	0	0,00
TOTAL		1.064.989	100,00

Tabla 4.14: Distribución de la AOD en salud de la Comunidad de Madrid según código CRS.

Fuente: elaboración propia a partir de datos del seguimiento PACI 2006. DGPOLDE.

De una lectura rápida de la tabla se podría deducir que se equipara salud básica con atención primaria de salud, al no destinar ninguna cantidad a “salud general”.

Se contabilizan diez proyectos de cooperación en el sector salud, de los que uno se realiza en la Comunidad de Madrid, al tratarse de un proyecto de educación para el desarrollo sobre VIH/sida, lo que supone que un 15,17% de la AOD en salud se dirige a programas de salud reproductiva. Llama la atención este escaso porcentaje por ser la cuestión de género el eje prioritario principal de la cooperación al desarrollo de la Comunidad de Madrid.

En este sentido, dentro de las acciones relacionadas con “Programas y políticas sobre población y salud reproductiva” consta el anuncio realizado por la antigua Consejera de Inmigración y Cooperación en el marco de una Jornada “Tolerancia Cero a la mutilación genital femenina” de destinar en 2006 100.000 euros a programas contra esta práctica. En algunos medios se recoge también el compromiso de destinar más de 600.000 euros a este tipo de programas en Mauritania y Senegal. En la documentación disponible no se han conseguido identificar estos programas.

A continuación se presenta el listado de desembolsos en 2006 desagregado por proyectos de cooperación al desarrollo en salud, según los datos publicados en el informe seguimiento PACI 2006.

De los diez proyectos que se listan, uno corresponde a educación para el desarrollo que se realiza en el territorio de la Comunidad de Madrid. La ausencia de una codificación específica para este tipo de intervenciones hace que en la mayoría de los casos se compute dentro del sector sobre el que trabajan, en este caso “Lucha contra ITS (incluido sida)” aunque esta codificación no se corresponda exactamente con la realidad.

DESGLOSE DE DESEMBOLSOS DE LA COMUNIDAD DE MADRID EN AOD EN SALUD EN 2006					
CÓDIGO	PAÍS	REGIÓN	NIVEL DE RENTA	CATEGORÍA	IMPORTE
12220	PVD NO ESPECIFICADOS	PVD NE	NE	NE	239.945
12220	EL SALVADOR	AMECEN	PRMB	PPR	33.000
12240	SENEGAL	AFRSUB	PMA	PPR	50.000
12250	CUBA	AMECEN	PRMB	PAE	206.768
12250	GUINEA ECUATORIAL	AFRSUB	PMA	PAE	166.157
12281	EL SALVADOR	AMECEN	PRMB	PPR	113.704
12281	DOMINICANA, REP.	AMECEN	PRMB	PPR	33.000
13020	HONDURAS	AMECEN	PRMB	PPR	162.669
13020	ECUADOR	AMESUR	PRMB	PPR	19.996
13040	PVD NO ESPECIFICADOS	PVD NE	NE	NE	39.750
TOTAL					1.064.989

Tabla 4.15: desglose de desembolsos de la Comunidad de Madrid en AOD en salud en 2006

Fuente: elaboración propia a partir de datos del seguimiento PACI 2006. DGPOLDE.

En la información proporcionada por la CAM se incluyen nuevas entradas y desaparece la correspondiente al código 13040, se entiende que por tratarse de un proyecto de educación para el desarrollo y disponer la Comunidad de Madrid de una partida presupuestaria y sectorial específica para estas acciones.

Las nuevas entradas que aparecen son un proyecto en El Salvador de 200.555 euros, otro en Argelia con refugiados saharauis de 240.000 euros y otro en Senegal de 175.888 euros. Además se incluye la totalidad del presupuesto de un proyecto en El Salvador del que el seguimiento PACI 2006 solo contabiliza 113.704 euros.

Igualmente del desagregado de la CAM se puede intuir que las acciones en Senegal, Mauritania y Marruecos, que en el seguimiento PACI aparecen como proyecto por valor de 239.945 euros en países sin especificar, se incluyen en acciones relacionadas con la mutilación genital femenina. No obstante, al no figurar en la contabilidad de la DGPOLDE como desembolsos, se puede concluir que en 2006 se hicieron los compromisos, pero no los desembolsos, justificándose de este modo la diferencia entre las cifras de las dos instituciones.

4.2. DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA DE LA AYUDA EN SALUD DE LA COMUNIDAD DE MADRID

En cuanto a la distribución geográfica, el Plan Anual no establece referencia en cuanto al nivel de renta, pero en la tabla se puede ver que, en líneas generales, se mantiene la tendencia estatal; aunque en el caso de la CAM sí se destina el 20% a Países Menos Adelantados.

DISTRIBUCIÓN DE LA AOD EN SALUD DE LA COMUNIDAD DE MADRID SEGÚN EL NIVEL DE RENTA DE LOS PAÍSES RECEPTORES		
Nivel de renta	Total	% total AOD
Países de renta media baja	569.137	53,44
Países Menos Adelantados	216.157	20,30
Sin especificar	279.695	26,26
TOTAL	1.064.989	100,00

Tabla 4.16: distribución de la AOD en salud de la Comunidad de Madrid según el nivel de renta de los países receptores.

Fuente: elaboración propia a partir de datos del seguimiento PACI 2006. DGPOLDE.

El Plan Anual sí establece referencias respecto a la distribución regional, "Iberoamérica el 70%, África el 20% y resto de regiones el 10%". Según la tabla, estas referencias se estarían cumpliendo en el caso de África, y en el caso de Iberoamérica habría una diferencia de 19,54 puntos que se podrían ver reducidos si la mayor parte de los fondos destinados a países sin especificar se ubicaran en esta región.

DISTRIBUCIÓN DE A AOD EN SALUD DE LA COMUNIDAD DE MADRID SEGÚN REGIÓN GEOGRÁFICA		
REGIÓN	TOTAL AOD	% TOTAL AOD
África subsahariana	216.157	20,30
América central	549.141	51,56
América del Sur	19.996	1,88
PVD no espec.	279.695	26,26
TOTAL	1.064.989	100,00

Tabla 4.17. Distribución de a AOD en salud de la Comunidad de Madrid según región geográfica

Fuente: elaboración propia a partir de datos del seguimiento PACI 2006. DGPOLDE.

Para concluir con la distribución geográfica de la ayuda, el Plan Anual establece que "se tenderá a dirigir un 70% a países prioritarios, un 20% a países de atención sectorial preferente y un 10% al resto de países". En el caso de la cooperación en salud no se cumple ninguna de las referencias.

DISTRIBUCIÓN DE LA AOD EN SALUD SEGÚN CATEGORÍA DE PRIORIDAD DE LOS PAÍSES		
CATEGORÍA	IMPORTE	% TOTAL AOD SALUD
PAÍS PRIORITARIO	412.369	38,72
PAÍS DE ATENCIÓN ESPECIAL	372.925	35,02
NO ESPECIFICADOS	279.695	26,26
TOTAL	1.064.989	100,00

Tabla 4.18. Distribución de la AOD en salud según categoría de prioridad de los países

Fuente: elaboración propia a partir de datos del seguimiento PACI 2006. DGPOLDE.

5/ AYUNTAMIENTO DE MADRID

La Comunidad de Madrid presenta una particularidad, y es que cuenta con el ayuntamiento de Madrid, principal entidad local donante en 2005⁶.

El ayuntamiento de Madrid cuenta desde 1995 con el programa de cooperación al desarrollo. Las primeras bases reguladoras de la convocatoria pública de ayudas a proyectos de desarrollo se aprobaron en ese año. Con la aprobación del nuevo Plan general de cooperación 2005-2008, se publican unas nuevas bases de subvenciones.

El Programa de Desarrollo se ha venido estructurando en 3 subprogramas:

1. Ayudas a proyectos de cooperación a través de ONG.
2. Atención ante situaciones catastróficas y ayuda humanitaria.
3. Educación para el desarrollo y sensibilización social.

Entre los datos referidos a este agente de cooperación se pueden destacar que sólo considerando las intervenciones realizadas con ONG en el periodo 1995-2004 se han realizado 1.063 proyectos por más de 114 millones de euros. El 67% de los recursos se destinaron a Iberoamérica y el 18% a África. En 1999 se aprueban las primeras iniciativas de co-desarrollo.

De 1995 a 2003 el Ayuntamiento de Madrid destinaba el 0,7% de su presupuesto anual al programa de Cooperación al desarrollo, encomendando su gestión a la entonces área de Servicios Sociales. En 2003 el porcentaje descendió, aunque se aumentó en términos absolutos, justificándose el descenso porcentual desde la administración por el elevado crecimiento del presupuesto total municipal.

⁶ En el momento de elaboración del presente informe no se habían cerrado las estadísticas finales de AOD gestionada por las entidades locales en 2006.

Este Plan General se desarrolla a su vez en planes estratégicos anuales y geográficos. El objetivo general del Plan es “contribuir a la erradicación de la pobreza en el mundo”, siendo la principal prioridad la cobertura de las necesidades sociales básicas. Entre sus objetivos específicos están:

1. Haber incrementado el índice de cobertura de necesidades sociales básicas y la capacidad de generación de ingresos de la población de las zonas prioritarias.
2. Haber promovido acciones de codesarrollo que contribuyan a la erradicación de la pobreza.

El Plan General, además, apoyará de forma preferente la siguiente estrategia en materia de salud:

- a) acciones que aborden la salud de forma integral, tanto en las fases de prevención, educación, calidad alimenticia y cura de enfermedades.
- b) Acciones dirigidas a la lucha contra la transmisión y paliación de los síntomas de enfermedades contagiosas, especialmente VIH/sida, malaria y tuberculosis.
- c) Acciones de equipamiento sanitario que contemplen programas de sostenibilidad mediante capacitación de agentes de salud, especialmente en las municipalidades rurales.
- d) Acciones dirigidas a reducir las tasas de mortalidad materna e infantil.
- e) Acciones promotoras de la extensión de los programas de vacunación en población infantil y adulta.
- f) Acciones de fomento de la libertad, responsabilidad y seguridad reproductiva.
- g) Acciones de saneamiento básico y dotación de sistemas de agua.

En cuanto a las prioridades geográficas, se distinguen tres grupos, con su correspondiente reparto presupuestario:

Grupo 1. Ecuador, Colombia, Perú, Bolivia, Marruecos, Uganda, Tanzania, Mozambique: 70% recursos

Grupo 2. Nicaragua, el salvador, Honduras, república Dominicana, Rumanía, Senegal, Angola: 20% de los recursos

Grupo 3. Resto: 10%

Se puede comprobar que, efectivamente, existe una correlación entre las prioridades geográficas de la cooperación al desarrollo y el origen de la población migrante en el municipio de Madrid.

Origen de la población migrante en Madrid	
Ecuador	20%
Colombia	9,4%
Rumanía	6,3%
Perú	6%
Marruecos	5,4%
Bolivia	4,2%
China	4%
República Dominicana	3,7%

Tabla 4.19. Origen de la población migrante en Madrid.
Fuente: Plan General Ayuntamiento de Madrid

En cuanto a la asignación presupuestaria, el Plan establece los siguientes porcentajes:

- Cofinanciación de proyectos de desarrollo: 60%
- Cooperación directa: 14%
- Codesarrollo: 7%
- Ayuda humanitaria: 7%
- Identificación, seguimiento y evaluación: 7%
- Educación para el desarrollo y sensibilización social: 5%

Llama la atención el porcentaje destinado a cooperación directa, y es que el Plan general de Cooperación al Desarrollo 2005-2008 “contempla el establecimiento de convenios con diferentes entidades públicas o privadas con el propósito de alcanzar los objetivos del plan general y especialmente el fortalecimiento de entidades municipales” .

Los campos de actuación de estas acciones son:

- Programas de cooperación integral productiva
- Cooperación técnica
- Co-desarrollo
- Educación para el desarrollo
- Sensibilización social
- Investigación
- Formación y evaluación
- Emergencias
- Acción humanitaria

En cuanto a la distribución geográfica, el Plan general establece un mínimo del 50% para Iberomérica y un mínimo del 18% para África subsahariana.

5.1. LA AOD EN SALUD

En un primer vistazo llama la atención que el total de AOD destinada al sector salud sea superior al de la propia comunidad autónoma de Madrid. Sin embargo, se mantienen las mismas tendencias en cuanto a la distribución sectorial.

DISTRIBUCIÓN DE LA AOD BILATERAL EN SALUD POR SECTORES CRS EN 2006			
Código	SECTOR	TOTAL	% TOTAL AOD SALUD
120	SALUD	1.825.056	93,16
121	Salud general	0	0,00
12110	Política sanitaria y gestión administrativa	0	0,00
12181	Enseñanza/Formación médicas	0	0,00
12182	Investigación médica	0	0,00
12191	Servicios médicos	0	0,00
122	Salud básica	1.825.056	100,00
12220	Atención sanitaria básica	389.629	21,35
12230	Infraestructura sanitaria básica	70.000	3,84
12240	Nutrición básica	499.448	27,37
12250	Control de enfermedades infecciosas	138.082	7,57
12261	Educación sanitaria	0	0,00
12281	Formación personal sanitario	727.897	39,88
130	PROG./POL. SOBRE POBLACIÓN Y SALUD REPRODUCTIVA	134.080	6,84
13010	Política sobre población y gestión administrativa	0	0,00
13020	Atención salud reproductiva	0	0,00
13030	Planificación familiar	0	0,00
13040	Lucha contra ETS (incl. sida)	134.080	100,00
13081	Formación de personal para población y salud reproductiva	0	0,00
TOTAL		1.959.136	100,00

Tabla 4.20: distribución de la AOD en salud del ayuntamiento de Madrid según código CRS.
Fuente: elaboración propia a partir de datos del seguimiento PACI 2006. DGPOLDE.

En cuanto a la distribución geográfica, ésta es similar a la de la Comunidad Autónoma; aunque en el caso del Ayuntamiento, el peso de Iberoamérica es mayor.

DISTRIBUCIÓN DE LA AOD EN SALUD DEL AYUNTAMIENTO DE MADRID SEGÚN REGIONES		
REGIÓN	TOTAL AOD	% DEL TOTAL
África sin especificar	100.000	5,10
África subsahariana	298.809	15,25
América Central	691.975	35,32
América del Sur	834.273	42,58
PVD sin especificar	34.080	1,74
Total	1.959.137	100,00

Tabla 4.21: distribución de la AOD en salud del Ayuntamiento de Madrid según regiones
Fuente: elaboración propia a partir de datos del seguimiento PACI 2006. DGPOLDE.

DISTRIBUCIÓN DE LA AOD EN SALUD DEL AYUNTAMIENTO DE MADRID SEGÚN NIVEL DE RENTA DE LOS PAÍSES RECEPTORES		
NIVEL DE RENTA	TOTAL	% DEL TOTAL DE AOD
Países de renta media baja	1.258.528	64,24
Países de renta baja	428.447	21,87
Países Menos Adelantados	138.082	7,05
No especificados	134.080	6,84
TOTAL	1.959.137	100,00

Tabla 4.22: distribución de la AOD en salud del Ayuntamiento de Madrid según nivel de renta de los países receptores
Fuente: elaboración propia a partir de datos del seguimiento PACI 2006. DGPOLDE.

Tanto en el caso de la Comunidad Autónoma, como en el del Ayuntamiento resulta difícil prever la ayuda, ya que, al ser fundamentalmente las ONG las que gestionan los proyectos, los datos dependerán de qué organizaciones presenten proyectos a las convocatorias de subvención, y de la cantidad y sector que contengan dichos proyectos.



CAPÍTULO V

La acción humanitaria en la cooperación española

La Acción Humanitaria en respuesta a crisis agudas, ya sean en el contexto de conflictos armados o catástrofes naturales, y a crisis humanitarias crónicas, supone una parte importante de la Cooperación Internacional.

En 2006, las crisis humanitarias agudas disminuyeron respecto a 2005, debido a un menor número de desastres naturales y a un estancamiento en el número de conflictos armados, así como a la disminución del número de personas refugiadas. Sin embargo, los conflictos crónicos se mantienen y el número de desplazados internos como consecuencia de los mismos se ha incrementado notablemente.

Estas crisis crónicas en las que coinciden violencia, desplazamiento de la población, inseguridad alimentaria, y mortalidad son elevadamente complejas y las intervenciones que realizan las Organizaciones Humanitarias encuentran muchas dificultades para llevarlas a cabo con eficacia.

En estos escenarios se vulneran, con impunidad, los derechos de las personas por los bandos en conflicto. Un ejemplo de ello son las detenciones y traslados secretos entre países, con la finalidad de interrogar a personas sospechosas en aras de la seguridad. En definitiva, se crean situaciones donde se impone la supervivencia, incapaz de ser garantizada por la propia comunidad o el país, precisando ayuda del exterior.

La respuesta internacional a esta situación ha venido marcada por un incremento de las intervenciones de organizaciones especializadas en Acción Humanitaria, desde Agencias de NN.UU. a ONGs, pasando por la cooperación de los estados. De igual forma, los donantes han incrementado sus aportaciones dirigidas a paliar los efectos de las crisis humanitarias sobre la población.

1/ ACCIÓN HUMANITARIA DE LA COOPERACIÓN ESPAÑOLA

Si se analizan los últimos 20 años de respuesta española a las diferentes crisis, se aprecia que tanto la Acción Humanitaria gubernamental como la no gubernamental han sido insuficientes y han presentado grandes carencias.

2/ AGENTES DE LA A.H. OFICIAL ESPAÑOLA

Las expectativas creadas por el Plan Director de la Cooperación Española, que colocaba en lugar destacado la Acción Humanitaria, no se han materializado hasta el momento. Los Planes Anuales de la Cooperación Internacional han contemplado hasta el momento una Acción Humanitaria prácticamente ceñida al plano de la respuesta a las emergencias, en una concepción reduccionista de la misma. Se puede apreciar igualmente una concentración de la ayuda en las crisis agudas, en detrimento de las crónicas.

En conclusión, si bien podemos observar algunos avances, la Acción Humanitaria en términos generales sigue siendo un aspecto pendiente de desarrollar. Se ha de acometer de forma prioritaria esta tarea por parte de la Cooperación Oficial si se quiere ocupar el lugar que le corresponde en el marco internacional.

LA AOD NETA ESPAÑOLA POR INSTRUMENTOS Y MODALIDADES DE AYUDA (2005-2006)					
AGENTES	2005		2006		2005-2006
	euros	%	euros	%	%
Total de ADO (neta)	12.428.364.569	100	3.038.350.973	100	25,1
Total de ADO Bilateral (neta)	1.498.725.440	61,7	1.666.671.716	54,9	11,2
Total de ADO Multilateral (neta)	929.639.130	38,3	1.371.679.257	45,1	47,5
Total de A.H. (neta)	215.976.351	100,0	247.736.680	100,0	12,8
Acción humanitaria bilateral	108.076.351	4,5	109.496.974	3,6	1,3
Acción humanitaria multilateral	107.900.000	4,4	138.214.706	100	22

Tabla 5.1. La AOD neta española por instrumentos y modalidades de ayuda (2005-2006)
Fuente: datos del seguimiento del PACI 2006 (DGPOLDE)

Durante el 2006 se ha mantenido la tendencia de los últimos años de incremento de los fondos destinados por la Cooperación Española a la Acción Humanitaria. Según datos oficiales (seguimiento PACI 2006) el total de la AH en 2006 ha sido de 247,7 millones de euros. Esto supone un incremento neto con respecto al 2005 de 31,7 millones de euros; es decir, un incremento del 16%.

La Ayuda Humanitaria bilateral, 109,5 millones de euros, supone el 6,5% sobre la AOD Bilateral, lo que la sitúa próxima al objetivo previsto para el 2008 de llegar al 7%, media de los donantes del CAD. Sin embargo algunos cómputos de gastos atribuidos como partidas humanitarias son discutibles.

MINISTERIOS DE LA ADMINISTRACIÓN ESPAÑOLA QUE PARTICIPAN EN AH 2006						
AGENTES	Acción humanitaria multilateral		Acción humanitaria bilateral		Total acción humanitaria	
	euros	%	euros	%	euros	%
MAEC	63.718.019	46,1	46.833.501	42,8	110.551.520	44,6
Mº Defensa	0	0,0	4.870.383	4,4	4.870.383	2,0
Mº Economía y Hacienda	74.028.303	53,6	0	0,0	74.028.303	29,9
Mº Fomento	19.359	0,0	0	0,0	19.359	0,0
Mº Industria, Turismo y Comercio	0	0,0	18.909.005	17,3	18.909.005	7,6
Mº Medio Ambiente	449.024	0,3	422.000	0,4	871.024	0,4
Total Administración Central	138.214.706	100	71.034.890	64,9	209.249.596	84,5

Tabla 5.2. Ministerios de la administración española que participan en AH 2006
Fuente: datos del seguimiento del PACI 2006 (DGPOLDE)

Respecto del total de la ayuda dependiente de la Administración General del Estado (84,5% del total de la AH española), los tres donantes con mayor peso, durante 2006, han sido el MAEC (44.6%), el Ministerio de Economía y Hacienda (29.9%) y el Ministerio de Industria, Turismo y Comercio (7.6%).

Se aprecia el liderazgo del MAEC, con una ejecución del total de la partida bilateral, por parte de la AEI, próxima a la mitad de la ayuda Central. Se produce así un crecimiento de los fondos ejecutados por la AEI a través de aportaciones directas, como Ayuda de Emergencia y subvenciones a ONG para proyectos de AH.

En línea con este proceso, se debe reforzar el liderazgo del MAEC hasta conseguir una consolidación clara como director de los aspectos referentes a la Acción Humanitaria de la Administración General del Estado.

En segundo lugar aparece el Ministerio de Economía y Hacienda, con una contribución de 74 millones de euros. No es una cifra real, se trata de estimación de lo destinado a AH, sobre la contribución total del Ministerio de Economía y Hacienda a la Comisión Europea, que canaliza a través de ECHO las partidas destinadas a AH.

Aparece en tercer lugar el Ministerio de Industria y Turismo, con 18,9 millones de euros que corresponden a créditos FAD para financiar diferentes acciones de reconstrucción en Sri Lanka, Argentina, Nicaragua, Honduras. Así, se observa que se siguen manteniendo los FAD como instrumento de financiación, a pesar de que los fondos reembolsables no son un instrumento adecuado para la financiación de la AH, tal y como lo define el CAD. Los fondos destinados a la AH deben ser no reembolsables y desvinculados y la administración española debe adquirir este compromiso.

COMPARATIVO AYUDA HUMANITARIA BILATERAL 2005-2006				
AGENTES	Total acción humanitaria 2005		Total acción humanitaria 2006	
	euros	%	euros	%
MAEC	34.011.751	31,4	110.551.520	44,6
Mº Defensa	24.238.366	22,4	4.870.383	2,0
Mº Economía y Hacienda	0	0,0	74.028.303	29,9
Mº Fomento	0	0,0	19.359	0,0
Mº Industria, Turismo y Comercio	0	0,0	18.909.005	7,6
Mº Medio Ambiente	65.500	0,06	871.024	0,4
Total Administración Central	73.800.849	68,2	209.249.596	84,5

Tabla 5.3. Comparativo Ayuda Humanitaria Bilateral 2005-2006.
Fuente: datos del seguimiento del PACI 2006 (DGPOLDE)

Ha disminuido, pero se mantiene, la participación del Ministerio de Defensa en las tareas de Acción Humanitaria. La implicación del ejército en Acción Humanitaria ocasiona una gran confusión en el espacio humanitario. Esto está provocando que la ayuda no pueda ser llevada a cabo de forma segura por los agentes clásicos. Las ONG tienen cada día mas dificultades para intervenir en escenarios en conflicto en gran parte por esta razón. Los trabajadores humanitarios son percibidos por los diferentes bandos en conflicto como una prolongación de los ejércitos de terceros países presentes en la zona.

El gobierno debe contar con una política clara que diferencie las acciones militares, de la Acción Humanitaria. Se debe clarificar, igualmente, su actuación en las intervenciones de Acción Humanitaria, llevando acabo acciones de mantenimiento de la paz y para garantizar la seguridad de las intervenciones humanitarias en zonas en conflicto. Sus actuaciones en estos ámbitos se deben guiar por las Directrices de Oslo.

3/ LA AYUDA HUMANITARIA MULTILATERAL

AYUDA MULTILATERAL 2006, DATOS MÁS DESTACADOS	
Agentes	Euros
ACNUR	14.200.200
PAM	12.000.000
FAO	17.600.000
Fondo Central de Respuesta de Emergencias de Naciones Unidas	8.900.000
Oficina del Coordinador de Naciones Unidas para Asuntos Humanitarios	270.000
Fondo Europeo de Desarrollo (Ministerio de Economía y Hacienda)	74.000.000

Tabla 5.4. Ayuda multilateral 2006, datos más destacados.
Fuente: datos del seguimiento del PACI 2006 (DGPOLDE)

Se han incrementado, respecto a 2005, en 30 millones de euros las contribuciones a Organismos Internacionales no Financieros, lo que supone un incremento del 22%. Destacan, como refleja el cuadro, las aportaciones a las Agencias de NNUU, que se han incrementado de forma notable respecto al año anterior. El incremento de la Ayuda Multilateral también se objetiva en términos porcentuales, ya que ha llegado a alcanzar el 66% del total de la Ayuda Humanitaria de la Administración General del Estado.

Sería deseable conocer los criterios utilizados para asignar las partidas presupuestarias a los diferentes organismos internacionales especializados en AH. Por otro lado, el afianzamiento de la presencia de la AH española en organismos internacionales no debe limitarse al incremento de los recursos económicos. Sería deseable una presencia mas activa en los mismos, así como hacer un esfuerzo por desarrollar iniciativas internacionales suscritas como la Good Humanitarian Donorship, que no acaba de aplicarse en todos sus aspectos en la AH española.

4/ DISTRIBUCIÓN POR SECTORES (SEGÚN CAD)

DISTRIBUCIÓN DE LA AOD EN SALUD DE LAS CCAA POR SECTORES Y SUBSECTORES 2004-2006			
	2003		
	Euros	%	
Ayuda alimentaria de emergencia	5.954.832	7,5	
Otras ayudas en Situaciones de Emergencias y Catástrofes	42.961.294	54,5	
Ayuda a refugiados (en el país beneficiario)	11.230.239	14,2	
Ayuda a refugiados (en el país donante)	18.781.224	23,8	
Ayuda a la Reconstrucción Prevención de Desastres	0,0	0,0	
Total Ayuda de emergencia	78.927.589	100,0	

Tabla 5.5. 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)

La AH española por sectores se sigue contabilizando según los criterios establecidos por el CAD. No parece en principio un buen sistema para poder interpretar y valorar adecuadamente los datos, pero nos atendremos a ellos.

La mayor partida presupuestaria sigue siendo la Ayuda de Emergencia, seguida de la Ayuda a la reconstrucción. Como en años anteriores, la partida destinada a ayuda a refugiados en el país donante, canalizada a través del Ministerio de Trabajo y Asuntos

Sociales, no ha computado como AH, algo que a pesar de los criterios del CAD parece lógico, ya que no se ejecuta en los países que sufren las crisis.

Se deberían incrementar notablemente las partidas destinadas a refugiados en el país de origen, al igual que a desplazados internos. Estas poblaciones son las que sufren con mayor rigor las consecuencias de los conflictos y las que se encuentran en mayor situación de vulnerabilidad. Son poblaciones dependientes, prácticamente en su totalidad, de la ayuda del exterior para su supervivencia y no se deben escatimar esfuerzos en proporcionársela

Otra novedad este año, y que supone un avance, es la incorporación de una partida destinada a prevención de desastres. Si bien es un concepto limitado, que debería ampliarse a la mitigación y preparación del riesgo de desastres y a la gestión de emergencias.

Sería deseable planificar sectorialmente el epígrafe de ayuda de emergencia en las líneas prioritarias de intervención: agua y saneamiento; salud; higiene; alimentación; habitabilidad básica; campos de refugiados y desplazados; medioambiente; modos de vida; prevención de conflictos y construcción de paz.

También sería aconsejable desarrollar políticas de sensibilización de AH con mayor énfasis de lo que, actualmente, tímidamente se realiza.

5/ DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA DE LA AH

A pesar del incremento de los fondos destinados a países de renta baja, el mayor peso de la ayuda de emergencia los siguen teniendo los países de rentas medias bajas.

DISTRIBUCIÓN DE LA AYUDA BILATERAL DE AH POR REGIONES		
REGIONES	2006	
	EUROS	%
América Latina	21.693.505	21,2
Oriente Medio y Norte de África	39.293.413	38,5
África subsahariana	22.151.772	21,7
Asia Central, Sur y Oriental - Oceanía	17.950.744	17,6
Europa	974.093	1,0

Tabla 5.6. Distribución de la Ayuda Bilateral de AH por regiones.
Fuente: datos del seguimiento del PACI 2006 (DGPOLDE)

La distribución geográfica de la AH durante 2006 muestra como África subsahariana es la región que mayor volumen de recursos recibe (21,7%). No es de extrañar si tenemos en cuenta que África subsahariana es la región de más bajo desarrollo y la más azotada por conflictos crónicos y catástrofes naturales.

Centroamérica y Sudamérica, que tradicionalmente eran las regiones que más fondos recibían, en 2006 han percibido un 21,2% del total de la ayuda bilateral. Las catástrofes naturales habituales en estas regiones justifican la ayuda desembolsada. Los países de rentas más bajas son los más vulnerables y los que sufren con mayor rigor las consecuencias de conflictos y catástrofes, por lo que deberían ser priorizados a la hora de decidir el destino de los fondos. Debe por tanto incrementarse el destino de los fondos de AH a los Países Menos Adelantados, especialmente a África subsahariana.

INTERVENCIONES DE EMERGENCIA, MÁS SIGNIFICATIVAS FINANCIADAS DURANTE EL 2006	
PAÍS	MONTO EUROS
Indonesia	700.000
Filipinas	600.000
Argelia	600.000
Líbano	300.000
Mauritania	300.000
Irán	200.000
Afganistán	200.000
Mozambique	130.000

Tabla 5.7. Intervenciones de emergencia, más significativas financiadas durante el 2006.
Fuente: datos del seguimiento del PACI 2006 (DGPOLDE)

6/ INSTRUMENTOS DE FINANCIACIÓN

Con respecto a la AH canalizada a través de las ONG, si bien se han comenzado a establecer convenios con algunas organizaciones, en general se continúan manteniendo los instrumentos tradicionales, propios de las intervenciones de desarrollo, que resultan rígidos y lentos.

La Convocatoria Abierta y Permanente no es un instrumento adecuado y genera muchas dificultades para adaptarlo a las intervenciones de AH en catástrofes naturales o conflictos agudos.

Se precisa poner en funcionamiento nuevos instrumentos, más adecuados a la AH, ágiles y flexibles, para responder a las emergencias con rapidez. Para esto, es necesario acometer una regulación normativa de subvenciones de AH que recoja las especificidades que suponen este tipo de intervenciones y permita la asignación directa de fondos en situaciones de emergencia.

7/ REFORMA DE LA AECl

Tampoco se ha avanzado en la reestructuración organizativa de los organismos de gestión de la AH, necesaria para acometer con éxito el incremento de fondos, y la coordinación de un ambicioso futuro para la AH dentro del ámbito de la Cooperación Oficial Española.

La actual oficina de Ayuda Humanitaria no cuenta con los recursos humanos necesarios para poder llevar a cabo su cometido. La anunciada creación de una Dirección General de Acción Humanitaria no acaba de producirse, lo que esta condicionando la gestión de la ayuda.

Un hecho destacado en los dos últimos años es el incremento de la acción directa de la AECl, que se esta consolidando con la utilización de equipos profesionales de AH, y que ya han realizado intervenciones en países como Afganistán. La profesionalización de la Ayuda Humanitaria es un hecho que venimos reclamando desde hace tiempo y que valoramos positivamente. Nos preocupa el incremento de la acción directa por parte de la Agencia, por cuanto entendemos no es fruto de la reflexión y de una estrategia previa sino más bien el resultado de una falta de previsión.

También queremos apuntar la necesidad de mejorar la coordinación de las diferentes administraciones públicas - estatales, CC.AA. y entidades locales- pues si bien se han incrementado los esfuerzos en esta área, lo cierto es que los resultados por el momento parece que no acompañan.

Igualmente resulta necesario trabajar en la línea de fortalecimiento de las OTC en aspectos relativos a Acción Humanitaria. Se trataría de disponer de planes operativos que permitieran proporcionar una respuesta rápida por parte de las OTC en aquellas regiones o países donde tenga lugar una crisis humanitaria y haya presencia de la Cooperación Española.

ESTRATEGIA DE ACCIÓN HUMANITARIA

Hasta el momento, se carece de una estrategia de AH o Planes de Actuación, si bien el proceso de elaboración esta bastante avanzado. Pero lamentablemente al carecer de estrategia y criterios de actuación, se continúa interviniendo en las crisis humanitarias de forma reactiva.

El retraso en la elaboración de la Estrategia sectorial de Acción Humanitaria es injustificado y se debería agilizar el proceso ya que la falta de líneas y criterios de actuación están condicionando negativamente el desarrollo de una Acción Humanitaria de calidad por parte de la Cooperación Española.

8/ LA ACCIÓN HUMANITARIA DESCENTRALIZADA

LA AH POR AGENTES						
AGENTES	Acción humanitaria multilateral		Acción humanitaria bilateral		Total acción humanitaria	
	miles euros	%	miles euros	%	miles euros	%
Total Administración Central	138.214.706	100%	71.034.890	64,9	209.249.596	84,5
Comunidades Autónomas	0	0,0	29.726.476	27,1	29.726.476	12,0
Entidades locales	0	0,0	8.627.516	7,9	8.627.516	3,5
Universidades	0	0,0	133.091	0,1	133.091	0,1
Total Acción Humanitaria	138.214.706	100,0	109.521.974	100,0	247.736.680	100,0

Tabla 5.8. La acción humanitaria por agentes. Fuente: datos del seguimiento del PACI 2006 (DGPOLDE)

En los últimos años se está produciendo un auge y desarrollo de la AH descentralizada. Este se pone de manifiesto, fundamentalmente, en un incremento notable de las partidas presupuestarias para la AH en las CC.AA. y entidades locales. Se puede decir que mantiene la tendencia general, en este aspecto, de la cooperación española.

Respecto a la Ayuda Bilateral, en 2006, la Administración General del estado contribuyó con el 64,9% de los fondos, mientras las CC.AA., lo hicieron con el 27,1% y las entidades locales el 7,9%. En total una tercera parte de la Ayuda Humanitaria Bilateral fue responsabilidad de la cooperación descentralizada.

EVOLUCIÓN DE AH DESCENTRALIZADA CON RESPECTO A LA ADMINISTRACIÓN GENERAL DEL ESTADO			
2003	2004	2005	2006
5,2%	8'7%	9'1%	15.5%

Tabla 5.9. Evolución de AH descentralizada con respecto a la Administración General del Estado. Fuente: datos del seguimiento del PACI 2006 (DGPOLDE)

El porcentaje, con respecto al total de la cooperación descentralizada, también se ha incrementado, hasta alcanzar el 15,5% en 2006. Dentro de la partida presupuestaria destinada a la AH, el sector que más fondos recibió fue la ayuda de emergencia, al igual que ocurre en la cooperación de la Administración General del Estado.

DESEMBOLSOS DE AOD DESTINADOS A LA ACCIÓN HUMANITARIA (2006)				
Comunidades Autónomas	Acción humanitaria bilateral		Total acción humanitaria	
	euros	%	euros	%
Andalucía	6.991.399	6,4	6.991.399	2,8
Aragón	354.799	0,3	354.799	0,1
Asturias	1.908.646	1,7	1.908.646	0,8
Baleares	480.946	0,4	480.946	0,2
Canarias	1.323.981	1,2	1.323.981	0,5
Cantabria	596.854	0,5	596.854	0,2
Castilla- La Mancha	4.271.753	3,9	4.271.753	1,7
Castilla y León	1.472.109	1,3	1.472.109	0,6
Cataluña	4.520.265	4,1	4.520.265	1,8
Extremadura	1.104.152	1,0	1.104.152	0,4
Galicia	516.995	0,5	516.995	0,2
La Rioja	12.000	0,0	12.000	0,0
Madrid	954.363	0,9	954.363	0,4
Murcia	327.200	0,3	327.200	0,1
Navarra	462.438	0,4	462.438	0,2
País Vasco	3.105.523	2,8	3.105.523	1,3
C. Valenciana	1.323.053	1,2	1.323.053	0,5
Total	29.726.476	27,1	29.726.476	12,0

Tabla 5.10. Desembolsos de AOD destinados a la Acción Humanitaria (2006).

Fuente: datos del seguimiento del PACI 2006 (DGPOLDE)

Al analizar más en profundidad la AH en la cooperación descentralizada, se aprecian grandes diferencias entre unas CC.AA. y otras, tanto en los aspectos cualitativos, como en los cuantitativos. Un dato positivo es la existencia de un claro interés por mejorar en la calidad, como demuestra la creación de nuevas normativas e instrumentos en algunas CC.AA. También es acertada la creación de Consejos de Ayuda Humanitaria, para diferenciarla de la línea de desarrollo. Sin embargo, en la mayoría de CC.AA. se sigue actuando de forma reactiva a las crisis humanitarias, con una visión limitada a dar respuesta a la emergencia.

La Acción Humanitaria descentralizada presenta aspectos débiles, como la dispersión de la misma, y cierta descoordinación entre administraciones. Aunque se ha avanzado en la puesta en marcha de mecanismos de coordinación y diálogo entre las diversas administraciones y el resto de actores implicados, promovidos desde la AECL. Por otro lado, se puede destacar como fortalezas la movilización de recursos locales, más próximos a la sociedad, y la independencia de intereses de política internacional.

La AH descentralizada debe continuar por el camino iniciado de consolidación y desarrollo de la AH, elaborando, para ello, un marco jurídico y dotándose de órganos institucionales adecuados a la especificidad de la AH que planifiquen, gestionen y coordinen con el resto de administraciones.

9/ LAS ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES

En España existe un reducido número de organizaciones especializadas en Acción Humanitaria, la mayoría de ellas de implantación internacional. Junto a estas, se encuentran las organizaciones clásicas de cooperación al desarrollo que también realizan intervenciones de AH, sobre todo en las regiones donde desarrollan habitualmente sus intervenciones y se producen desastres naturales.

Especializadas en sectores, las organizaciones humanitarias centran sus intervenciones en las crisis humanitarias en la cobertura y satisfacción de las necesidades básicas de la población. Priorizan sus intervenciones en los grupos más desprotegidos y las zonas mas alejadas y abandonadas.

Para un mayor impacto, las ONG deberán desarrollar de forma decidida sus capacidades y reforzar los criterios y mecanismos que les permitan llevar a cabo una AH con mayor calidad y eficiencia.

EVOLUCIÓN DE LA AH POR PARTE DE LAS ONG QUE PERTENECEN A LA CONGDE		
	Ayuda Humanitaria	AH / Total de la cooperación
2003	57.000.000	15%
2004	59.000.000	14%
2005	66.920.000	14%

Tabla 5.11. Evolución de la AH por parte de las ONG que pertenecen a la CONGDE; Fuente: CONGDE

Se aprecia una tendencia de crecimiento de los fondos destinados a AH por parte de las ONG. Respecto al peso de la AH sobre el total de la cooperación al desarrollo, se mantiene un equilibrio dentro del sector.

Si bien el porcentaje más importante de la financiación de las intervenciones de AH proviene de fondos públicos, en los últimos años se está experimentando un notable aumento de la financiación privada. Para ello, un 45% de las ONG han incrementado sus campañas de marketing, y un 35% han establecido colaboración con empresas y financiadores privados. Estas acciones han estado autorreguladas mediante el cumplimiento del Código de Conducta, como marco de referencia en el que se establecen principios de actuación generales aceptados por todas las ONG de la CONGDE. Se debería mantener esta tendencia de captación de fondos privados, de manera que se pueda alcanzar un equilibrio con la financiación pública.

La complejidad de muchas crisis humanitarias actuales y la multiplicidad de organizaciones en el terreno, en ocasiones con falta de experiencia, propicia la descoor-

dinación de los trabajadores humanitarios en los momentos iniciales. A ello ha contribuido también la incorporación en los últimos tiempos de nuevos actores en las intervenciones humanitarias. Las Organizaciones Humanitarias asumen el papel que OCHA y las agencias de la ONU realizan de cara a coordinar las intervenciones sobre el terreno para evitar duplicidades, carencias, acciones inadecuadas y fuera de contexto, en un intento por guiar la AH únicamente en función de las necesidades de la población afectada. Las organizaciones humanitarias deben poner el énfasis, a nivel operativo, en la coordinación con el resto de actores, especialmente con OCHA y las agencias líderes de NNUU.

Las Organizaciones Humanitarias tienen muy en cuenta los criterios de calidad para que sus acciones sean eficaces y tengan un impacto positivo en las poblaciones objeto de intervención. Por eso, las organizaciones con más experiencia ya tienen incorporadas herramientas, como el Proyecto Esfera o la Good Humanitarian Donorship, que posibilitan alcanzar buenos estándares en las intervenciones que se llevan a cabo. Pero aún quedan organizaciones que deben incorporar este tipo de instrumentos para llevar a cabo una buena práctica humanitaria.

Los esfuerzos realizados a cabo durante los años 2005 y 2006 en un aspecto tan sensible como la rendición de cuentas y la transparencia han supuesto un salto cualitativo en la forma de actuar de las organizaciones. La transparencia fue objeto de un profundo análisis y reflexión en el encuentro que las ONG llevaron a cabo en 2006. Las organizaciones son conscientes que estos aspectos son necesarios para la credibilidad y aceptación de las mismas. Por lo que existe un compromiso con la transparencia y rendición de cuentas, no solo financieras, sino de actividad y resultados, que esta comenzando a hacerse operativo.

Existe un consenso generalizado entre las organizaciones del déficit existente en los aspectos de evaluación de las intervenciones de Acción Humanitaria. Se están produciendo tímidos avances en la implantación de mecanismos de evaluación de AH, como la iniciativa ALNAP (Active Learning Network for Accountability and Performance in Humanitarian Action – Red de Aprendizaje Activo para la Rendición de Cuentas y el Desarrollo de la Acción Humanitaria).

Muchas son las necesidades de mejora en las intervenciones humanitarias por parte de las ONG, pero las organizaciones humanitarias deben ir más allá, asumiendo también un compromiso activo en la protección de los Derechos Humanos y dando testimonio de la violación del Derecho Internacional.

Son muchas las tareas de mejora que en el ámbito de la Acción Humanitaria española quedan por delante y se deben afrontar en colaboración entre todos los actores implicados para conseguir tener una Acción Humanitaria adecuada a las necesidades de los retos actuales.

DILEMAS DE LA ACCIÓN HUMANITARIA

Ricardo Angora (Vocal Acción Humanitaria de la CONGDE)

En las últimas décadas, se aprecia una crispación del sistema internacional que ha conducido a una serie de inestabilidades y conflictos regionales. Conflictos agudos, crónicos y crisis complejas donde intervienen actores de diferente naturaleza: ejércitos nacionales, movimientos de oposición constituidos en grupos militares organizados, milicias o movimientos populares... A esta multiplicidad de actores se añaden injerencias exteriores bajo la forma de flujos financieros, de provisión de armas, de entrenamientos militares, de intervenciones armadas discretas. La suma de actores, de medios, de objetivos y estrategias tan diferentes contribuye a que en la zona raramente se respete el cumplimiento de los Derechos Humanos.

En estos escenarios se impone la supervivencia que incapaz de ser garantizada por la propia comunidad o el país, precisa ayuda del exterior. Esta ayuda en forma de Acción Humanitaria pretende garantizar las condiciones básicas de supervivencia a la población y los recursos necesarios que les permita salir de su crítica situación.

Sin embargo, para llevar a cabo la Acción Humanitaria en diferentes conflictos crónicos, persisten dilemas todavía hoy actuales. En algunos conflictos, el Estado y sus instituciones, como en Sudán, siguen funcionando, en otros, como Palestina, aun sin existir como tales, las instituciones funcionan; y en otros, como en el pueblo Saharai, se mantiene en campamentos de refugiados fuera de su tierra.

El primer dilema al que nos enfrentamos las Organizaciones Humanitarias es al de decidir si se interviene o si, por el contrario, se realiza acción política.

Sin duda, las causas de los conflictos bélicos son políticas y las soluciones también lo son. Pero, sin renunciar a la incidencia política, las organizaciones humanitarias estamos abocadas a intervenir, porque nuestro objetivo es la población civil. Las personas tenemos un ciclo vital, y en algunos de estos escenarios la duración del conflicto equivale al ciclo vital de miles de personas. No debemos dejar abandonada a la población en un intento de forzar la situación para que la resolución sea política. Con nuestra intervención no se va a solucionar el conflicto, pero se van a proporcionar los servicios básicos necesarios para la supervivencia, con dignidad, de la población.

No ha cambiado la argumentación desde el inicio de la Acción Humanitaria y sigue siendo válida. El debate no debería tanto radicar en si intervenir, sino en cómo hacerlo.

A partir de este planteamiento surge el segundo dilema acerca de cómo llevar a cabo las intervenciones. Si se deben realizar a través de las instituciones, mediante contrapartes locales, o directamente con la población.

La respuesta va a depender del escenario en cuestión, pero la tendencia general debe ser la de no sustituir a las instituciones públicas allí donde funcionan. Porque aunque el funcionamiento de éstas sea deficiente o inadecuado, son las que ha generado, en mayor o menor medida, la propia población. Las organizaciones humanitarias no debemos interferir en su funcionamiento, debemos apoyarnos en su estructura para intentar producir el cambio. Este es uno de los retos más importantes al que se enfrentan las organizaciones humanitarias, y sus componentes sobre el terreno deben estar preparados y formados para superarlo. Se debe diseñar la intervención para conseguir un mayor impacto en la población civil, y dentro de esta en quienes más lo necesitan. Para ello hace falta desplegar mecanismos y estrategias de manera que, a través de la red institucional, la AH alcance a quienes se encuentran en situación más precaria.

En esta situación es donde surge el tercer dilema, porque en muchas ocasiones se dificulta el acceso, de forma deliberada, a la población que vive en situación más precaria. Ante la necesidad del acceso, se plantea la posibilidad de llegar a acuerdos con las partes en conflicto, lo que conlleva el riesgo de mermar la capacidad de actuación de la organización o hipotecar su intervención.

Esto nos conduce al siguiente dilema, consistente en evitar la instrumentalización de la AH por las partes en conflicto. Los diferentes grupos armados van a intentar instrumentalizar políticamente la Ayuda y por tanto a las Organizaciones Internacionales. Se debe tender a guardar un equilibrio, ser cautos e intentar no sesgar la AH en el terreno, aún cuando surjan implicaciones con el bando más débil. Las organizaciones debemos ser conscientes de que por el hecho deliberado de centrar más la Acción Humanitaria en la población del bando más necesitado, vamos a ser percibidos como desequilibradores por el contrario.

A partir de aquí entramos de lleno en el quinto dilema, la neutralidad. Sabemos que ésta no existe como valor absoluto, sino que depende de la situación y el conflicto. Se puede decir que hay intervenciones más o menos neutrales, pero nunca dejamos de influir, ni dejamos indiferentes a quienes están involucrados en el conflicto. Existe un acuerdo tácito entre las organizaciones de intentar ser neutral con respecto a las poblaciones civiles en conflicto, pero no con quienes forman los grupos armados, con sus dirigentes, con aquéllos que cometen atrocidades y además lo hacen impunemente.

Este camino que las organizaciones hemos escogido nos lleva al sexto dilema, la denuncia de violaciones de los Derechos Humanos. Este dilema surge en situaciones en las que la denuncia de la actuación transgresora de un grupo armado con la población civil puede implicar represalias o la expulsión de la organización de la zona en conflicto. Esta cuestión es difícil de resolver y tan solo cabe apuntar que algunas organizaciones optan por continuar actuando en el terreno con la población civil necesitada y denunciar en la distancia.

Por último aparece otro punto de reflexión que se ha planteado a medida que los conflictos se cronificaban de una forma casi estructural y surge la necesidad de ir más allá de proporcionar a la población, que está en esta situación desde hace décadas, los servicios sociales básicos.

En estos escenarios, las instituciones encargadas de proporcionar los servicios sociales básicos tienen dificultades: si bien disponen de infraestructuras, existen dificultades de acceso y de mantenimiento; no se cuenta con recursos financieros suficientes; tampoco con profesionales cualificados, y a esto se añade la dificultad de adquisición de recursos materiales. En el caso de poblaciones desplazadas, la red de servicios existe, pero alcanza a esta población con mucha dificultad, por lo que la intervención consistirá en reforzarla. En el caso de poblaciones refugiadas no existe la red y hay que suplirla completamente. En estas zonas, que se encuentran en conflictos crónicos, se plantea la necesidad de ampliar la cobertura de los servicios básicos en función de los estándares de vida previos al conflicto, y en relación con los estándares de vida de la región.

Se puede apreciar que los dilemas expuestos están interconectados y son dependientes unos de otros. Dar respuesta a estas cuestiones coloca a las organizaciones humanitarias ante verdaderos retos para llevar a cabo la Acción Humanitaria. Pero, realizando esta tarea, no debemos perder de vista que, como se afirmaba al principio del texto, la responsabilidad de los conflictos y la solución de los mismos es política. En bastantes conflictos regionales, mucho tienen que ver nuestros dirigentes sobre los que no debemos dejar de exigir responsabilidades, movilizándonos a través de campañas de incidencia política.

10/ Coordinación de la Acción Humanitaria

Son múltiples y diversos los actores que intervienen en la Acción Humanitaria (AH). En ella están implicadas diferentes instituciones centrales y autonómicas, agencias, fundaciones privadas y empresas, organizaciones y colectivos.

Se viene produciendo en los últimos años un crecimiento exponencial de actuación de equipos de profesionales, fundamentalmente sanitarios, dependientes de las administraciones públicas. Esto es producto de la estrategia impulsada por la AEI que refleja un incremento de la acción directa en las crisis humanitarias.

La multiplicidad de actores y la diversidad de sectores de intervención ocasionan descoordinación de la AH. Esta descoordinación afecta a diferentes aspectos de la Ayuda Humanitaria, desde la planificación hasta la gestión y la ejecución.

La descoordinación entre actores en el ámbito de la AH, ocasiona dispersión en las intervenciones, duplicidad de las mismas, consumo de excesivos recursos logísticos y crea tensiones en el terreno entre los diferentes actores y la población objeto de intervención.

La falta de criterios y estrategias comunes resta eficacia, pero sobre todo, eficiencia en las intervenciones de AH. Se puede afirmar que en el momento actual existe un déficit de instrumentos eficaces de coordinación entre los diferentes actores. Este déficit se aprecia tanto en la administración pública, como entre las diferentes organizaciones implicadas en la AH. A nivel operativo faltan protocolos que permitan engranar los diferentes actores que participan en la AH, pero también se observan deficiencias en la financiación por la falta de líneas específicas para la misma. Incluso la falta de coordinación también afecta a la captación de fondos. La diferente presencia de organizaciones ocasiona confusión en la respuesta de los potenciales donantes sensibilizados.

La coordinación de la AH en el terreno corresponde a OCHA, junto con el resto de las Agencias de NNUU. Las Oficinas Técnicas de Cooperación (OTC) deberían tener una estrecha relación con las Agencias de NNUU presentes en las zonas afectadas.

Resulta patente que en las últimas catástrofes la falta de liderazgo de las Agencias de NNUU ha ocasionado un alto grado de descoordinación inicial entre las Organizaciones Humanitarias desplegadas en el terreno. También las organizaciones, en ocasiones, conceden demasiado protagonismo a los aspectos de visibilidad que entorpecen una coordinación fluida en el terreno. Este déficit de coordinación durante los primeros momentos de intervención supone un gran estrés organizativo y de acción para las organizaciones humanitarias, que condiciona negativamente la actuación de las mismas.

La Cooperación Española, a través de la AEI, debería asumir el liderazgo para la coordinación de las diferentes administraciones públicas estatales, autonómicas y locales implicadas en la AH.

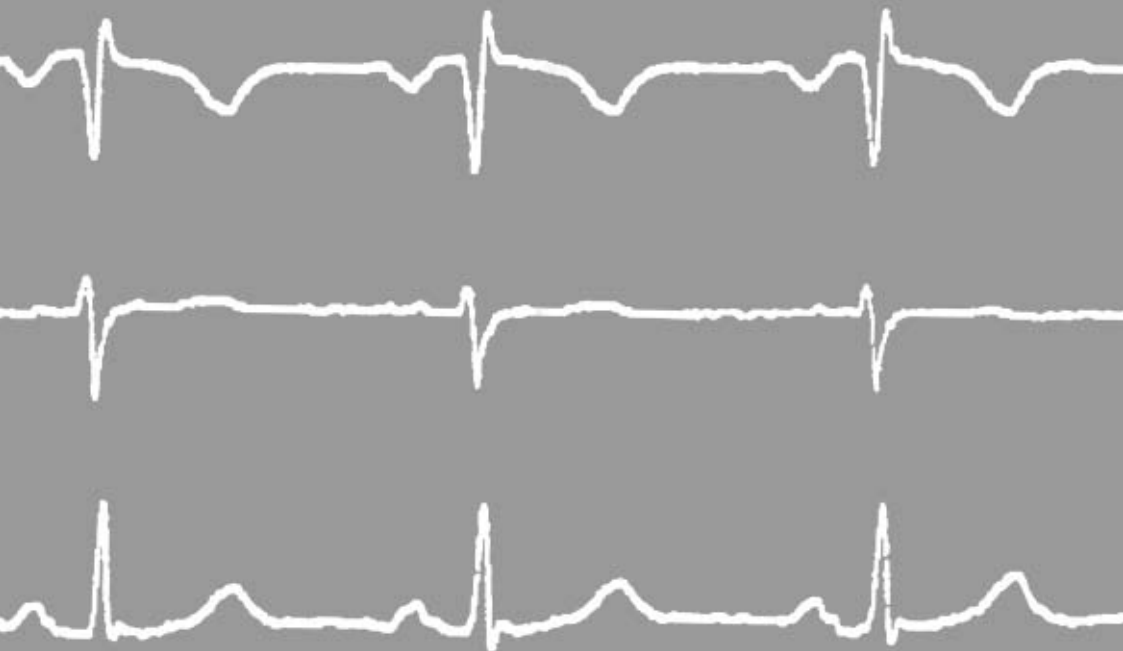
La coordinación con las ONG se debería realizar en los planos informativos y de financiación. Gran parte de las organizaciones humanitarias forman parte de redes internacionales que tienen establecidos mecanismos de coordinación internos, decidiendo de forma conjunta estrategias de intervención y compartiendo recursos logísticos y humanos en el terreno.

Aspectos clave de coordinación que se deberían desarrollar implican la planificación, teniendo en cuenta el resto de líneas de cooperación, y la acción diplomática española en las zonas afectadas por crisis humanitarias. De igual forma se deben desarrollar planes de contingencia y protocolos de acción en los que se refleje la división del trabajo y las líneas de comunicación entre los diferentes actores de la Ayuda Humanitaria.

Otro aspecto esencial es el de la coordinación dentro de la administración central entre los diferentes Ministerios involucrados en la AH. Al igual que con las administraciones autonómicas y locales.

A nivel operativo, se debe tener en cuenta el liderazgo de NN.UU. a través del organismo de coordinación OCHA, y las ONG especializadas en los diferentes sectores de la Ayuda Humanitaria.

La coordinación no debe quedarse en el intercambio de información y en compartir recursos logísticos; debe extenderse a aspectos tan sensibles como la financiación, para que sea del todo eficaz. Pero esto requiere destinar recursos humanos y materiales suficientes para llevarlo a cabo con éxito.



CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1. Analizando las reflexiones del Foro de Alto Nivel de Túnez (junio 2006), podemos afirmar que los avances para alcanzar los ODM en salud son inaceptablemente lentos, conjugándose para ello una amplia variedad de factores.

La cooperación al desarrollo en el sector salud realizada por la comunidad de donantes debe afrontar, al menos, cinco desafíos claves para mejorar los resultados en este sector:

- Es necesario equilibrar la utilización de programas verticales –que viene siendo especialmente intensa en los últimos años- con el fortalecimiento de los sistemas públicos de salud, especialmente en el nivel de atención primaria procurando que estos programas estén alienados y armonizados con las políticas de salud y desarrollo de los países receptores.
- Es necesario impulsar la coherencia de políticas, de forma que otras áreas de la política de los donantes –política exterior, política comercial, etc.- no contrarresten los resultados que se pueden alcanzar mediante la cooperación en salud.
- Es necesario revisar los instrumentos que se están utilizando para la cooperación en salud, ya que no todos son adecuados, e incluso algunos pueden llegar a ser calificados como no-ayuda. La Declaración de París debe ser una herramienta realmente aplicada para la mejora de la calidad y efectividad de la cooperación en salud.
- Es necesario que la comunidad de donantes cumpla sus compromisos de incremento de recursos para cooperación y que presten una mayor atención al sector salud como sector clave para el desarrollo y para la lucha contra la pobreza, destinando el 20 % de la AOD.
- La Ayuda al Desarrollo en salud debería seguir los principios de la Declaración de París sobre la eficacia de la ayuda: apropiación por el país, alineamiento y armonización, gestión orientada a resultados y mutua responsabilidad. El apoyo presupuestario general y sectorial en salud tiene que acompañarse con indicadores claros que permitan hacer un seguimiento de los gastos, con la vigilancia de la sociedad civil y con una implantación coherente de las políticas.

2. En la actualidad la Unión Europea aparece como uno de los principales actores de la cooperación al desarrollo en el sector salud, habiendo establecido objetivos, estrategias y compromisos al respecto. Sin embargo ni se ha dotado de instrumentos eficaces ni se ha nutrido de los niveles de financiación necesarios.

La cooperación al desarrollo de la Unión Europea está necesitada de algunos ajustes para ser consecuente con sus compromisos en materia de salud:

- Una primera necesidad es la de armonizar y dar mayor coherencia a las diversas iniciativas europeas de cooperación en salud, que se encuentran dispersas en diferentes documentos e iniciativas; es conveniente unificarlas y armonizarlas en un documento general que oriente la política de cooperación en salud de la UE y su puesta en práctica.
- Después del incumplimiento en 2006 del compromiso de financiación realizado en la Cumbre de Monterrey, reiterado y concretado en el seno de la Unión Europea, es necesario que la Unión Europea retome, actualice y cumpla estos compromisos de financiación, así como los porcentajes fijados para el sector salud, que debería moverse alrededor del 20 % de la AOD.
- No parece coherente que, dando la UE una importancia relevante al sector salud, en la práctica totalidad de los Programas de Estrategias para Países ACP, ésta aparezca como sector no central. Esto debería ser revisado y modificado.
- La Estrategia Conjunta UE-África, cuyo borrador fue aprobado en mayo 2007 por los Ministros de Desarrollo de la UE, se orienta a garantizar el cumplimiento de todos los ODM en todos los países de África antes de 2015. En concreto, se cita la necesidad de fortalecer los sistemas públicos de salud; lo cual requerirá una financiación mayor, más predecible y mejor orientada.

3. El conjunto de países del CAD sigue siendo el principal donante internacional. Sin embargo la irrupción de nuevos donantes, como es el caso de China, ajenos a los compromisos y mecanismos internacionales de coordinación de la ayuda, obligan a una reflexión en profundidad con el fin de centrar los objetivos de desarrollo, revisar la eficacia y su impacto y garantizar la transparencia de esta ayuda.

El CAD está en la obligación de revisar la pertinencia de mantener entre los principales receptores de ayuda a países como China, que no están sujetos a los acuerdos internacionales en materia de ayuda al desarrollo y, además, es uno de los principales donantes en África subsahariana.

4. A partir del análisis del período 2000-2005 podemos concluir que el porcentaje de AOD dedicada al sector salud en promedio por los miembros del CAD y de la UE se sitúa entre el 12 y el 13 %. España, con aproximadamente un 11 % para el mismo período, se situó entre los 8 países que menos porcentaje dedican a este sector, y además ha venido incorporando una serie de características diferenciales respecto al resto de donantes, que deberían ser revisadas:

- España dedicó menor atención al componente de "Políticas sanitarias", la quinta parte que el promedio de la UE. Este dato tiene que llevar a una fuerte corrección de tendencia si España quiere ser coherente con el lineamiento claro de su Plan

Director de fortalecer los sistemas públicos de salud. En igual sentido habría que revisar el peso otorgado a los componentes de "infraestructuras sanitarias" y de "servicios médicos", que han supuesto en este período el 50 % de la AOD española en salud pero que no son los componentes más relevantes para el fortalecimiento de los sistemas públicos.

- En cuanto al ámbito geográfico, España ha dedicado un 50 % menos de esfuerzo en su cooperación en salud que el promedio del CAD o de la UE al grupo de países de renta baja (PMA+Otros países de renta baja). Son los países de renta media-baja los que han copado en este período el mayor esfuerzo de nuestra cooperación en salud (más del 51 %), en buena parte por la especial orientación de la cooperación española a América Latina. Esto requiere un especial esfuerzo para orientar nuestra cooperación en salud, dentro de estos países, a aquellas regiones y poblaciones que sufren mayores desigualdades, buscando garantizar el derecho al acceso a los servicios de salud en forma equitativa.
 - La equidad de género en salud debe ser contemplada por todos los donantes como una apuesta decidida por la salud sexual y reproductiva. La AOD en salud debe garantizar el acceso igualitario de hombres y mujeres a los distintos servicios, incluidos los de salud sexual y reproductiva, y probar que la desagregación de los datos en función de género se use para reparar los desequilibrios a la hora de acceder de forma igualitaria a los servicios sanitarios.
 - España es el país que ha hecho una utilización más extensiva de la AOD reembolsable para el sector salud, aproximándose al 37 % para el período mencionado, frente a los promedios del CAD –por debajo del 3 %- y de la UE –en torno al 6,5 %-.
- Esta tendencia comienza a corregirse en 2006 y deberá continuar en el futuro.

5. Durante 2006, la cooperación española en salud se ha caracterizado por dos notas principales:

- Se ha producido una disminución de más de 16 puntos porcentuales de la AOD bilateral reembolsable, que ha pasado del 21,14 % en 2005, al 4,58 % en 2006.
- Se ha producido un incremento de más de 27 puntos porcentuales en la AOD multilateral en salud, que ha pasado del 29,24 % en 2005 al 56,86 % en 2006.

Estas dos características, que nos parecen positivas, deben también despertar algunas alertas:

- La ayuda bilateral ha sufrido un fuerte descenso en términos porcentuales y ligeramente en términos absolutos respecto a 2005. Tratándose del componente de la ayuda que se ha dotado de más instrumentos de planificación (sectorial y geográfica), debería estabilizarse en el tiempo, con mayores incrementos de la AOD

bilateral no reembolsable, máxime en un contexto de crecimiento de la ayuda.

- El enorme crecimiento de la AOD multilateral se ha producido en un escenario en el que todavía no se cuenta con una estrategia de cooperación multilateral, que es el último de los elementos importantes que falta para completar el presente ciclo de planificación de la cooperación española. Además, hay que tener en cuenta que buena parte de la AOD multilateral en el sector salud puede terminar engrosando programas verticales. Por ello es imprescindible que España tenga una participación igualmente intensa en la toma de decisiones y en la orientación de los organismos y fondos multilaterales a los que aporta para procurar que sus aportaciones no la lleven a ser incoherente con los lineamientos claves del Plan Director: atención primaria de salud y fortalecimiento de sistemas públicos.

La tendencia de fuerte incremento de la AOD española de los últimos años no debería en ningún caso provocar un efecto de pérdida de la calidad; es importante que la cooperación española se dote de instrumentos que refuercen la previsibilidad y sostenibilidad de nuestra AOD, aún cuando el aumento cuantitativo se pudiera ralentizar.

6. Respecto a la distribución de la AOD en salud por agentes, en 2006 destacan tres aspectos, los dos primeros positivos y el tercero a revisar:

- El MAEC gestionó más de la mitad del total de AOD en salud (56,68 %), en su mayoría a través de la AECL.
- Se produjo una reducción significativa del peso relativo del Ministerio de Defensa, que en 2005 gestionó el 3,72 % de la AOD en salud, y en 2006 sólo el 0,11 %.
- En 2006 se mantuvo un bajo peso del Ministerio de Sanidad en la AOD en salud, con una gestión de menos del 1,5 %. Dada la experiencia española de fortalecimiento del sistema público de salud y de la ampliación prácticamente universal de la cobertura de salud, parecería lógico que este Ministerio pudiera realizar un mayor aporte en el ámbito de la cooperación en salud, especialmente en los componentes de políticas sanitarias, investigación y formación de agentes de salud.

La cooperación española debe alcanzar algún tipo de especialización. En el caso de la cooperación en salud el valor añadido de la cooperación española es precisamente el acceso a cobertura universal, su experiencia en los procesos de descentralización, el buen funcionamiento del sistema público de salud y la red de atención primaria. Es oportuno destacar la incorporación de personal especializado en salud en la DGPOLDE.

7. El análisis de la composición subsectorial de la AOD española en salud durante 2006 permite apreciar reajustes de los pesos relativos de los diferentes subsectores y

componentes, buscando en general una mayor coherencia con las orientaciones generales del Plan Director. En este sentido podemos destacar:

- El componente de política sanitaria, que tuvo en 2005 un fortísimo e inexplicable descenso, se recupera hasta un monto similar al de 2004. Este componente, especialmente coherente con el objetivo de fortalecimiento de sistemas públicos de salud, debería seguir experimentando incrementos absolutos y relativos dentro de nuestra AOD en salud.
- Se ha producido una reducción muy importante en los fondos destinados a infraestructuras, relacionado directamente con el descenso de la ayuda reembolsable.
- De manera paralela al descenso en la financiación de infraestructuras ha aumentado la ayuda a "servicios médicos" debiéndose este aumento en buena parte a que la ayuda reembolsable en salud durante este ejercicio se ha focalizado en este sector.
- La ayuda a enseñanza/formación médicas se sitúa en los niveles de 2004, suponiendo un 2% del total de la ayuda bilateral en salud, 1,47% menos respecto a 2005. Este descenso adquiere mayor relevancia por ser precisamente la falta de personal cualificado uno de los mayores problemas que afrontan los sistemas nacionales de salud de los países en desarrollo, especialmente en África.
- El control de enfermedades infecciosas concentra el 26,7% del total de AOD en salud, sumando la bilateral y la multilateral.
- La ayuda a acciones de planificación familiar desciende más del 50% respecto a 2005, y continúa siendo llamativamente baja, 0,37% del total de ayuda bilateral en salud.

Es, por tanto, necesario reforzar estos sectores menos favorecidos en la AOD y que además de presentarse como prioritarios en el Plan Director responden a necesidades muy concretas de la población de los países receptores de ayuda.

8. El análisis de la asignación geográfica de la ayuda nos indica que en 2006 se mantiene el aumento del porcentaje de ayuda a países prioritarios, en detrimento de la destinada a otras categorías, aunque aún dista casi 20 puntos de la referencia del Plan Director de destinar el 70% de la ayuda a países prioritarios (este compromiso es para el conjunto de la AOD bilateral, independientemente de los sectores).

Del mismo modo que destaca el crecimiento de la ayuda a PMA también llama la atención el descenso a la mitad, respecto a 2005, de la ayuda a países de renta baja, descenso que consolida una tendencia iniciada en 2003.

9. La cooperación descentralizada en su conjunto representa un hecho diferenciador positivo de la cooperación española, con respecto a los países donantes de nuestro

entorno. En 2006 ha realizado un esfuerzo importante incrementando sus presupuestos hasta alcanzar los 446 millones de euros. No obstante, debido al fuerte aumento presupuestario que el estado español ha realizado este año en cooperación, el peso que la ayuda descentralizada tiene con respecto al total de la AOD ha disminuido en un 1,2%, quedándose en el 14,7%, el porcentaje más bajo desde 2002. De la cooperación descentralizada queremos destacar lo siguiente:

- En 2006 las partidas a salud se han incrementado en un 4% con respecto al año anterior.
- Siguiendo la tendencia de los últimos años, la práctica totalidad de las comunidades autónomas cumplen con el compromiso de destinar al menos el 20% de su AOD a servicios sociales básicos
- Se ha realizado un importante esfuerzo por apoyar iniciativas relacionadas con salud reproductiva, especialmente en lo referente a políticas de población.
- También existe una apuesta por destinar recursos al continente africano (44,19%); en esta línea, sería interesante que todas las CC.AA revisen sus prioridades geográficas reforzando la inclusión de PMA entre sus prioridades.

10. La Acción Humanitaria, en el ámbito de la Cooperación Internacional española, ha incrementado los recursos económicos en un 16% con respecto al año anterior, situándole en un 6,5% del total de la AOD. Dicho incremento, que es positivo, no se ha visto acompañado de las reformas estructurales previstas y necesarias para garantizar una buena gestión de esta ayuda. De la Acción Humanitaria podemos destacar:

- El incremento de la Ayuda Humanitaria se debe principalmente a la Ayuda Multilateral, que ha alcanzado el 63% del total de la Ayuda Humanitaria de la Administración General del Estado.
- La estructura actual de la Ayuda Humanitaria no cuenta con los recursos humanos necesarios para poder llevar a cabo su cometido. La anunciada creación de una Oficina de Ayuda Humanitaria no acaba de producirse, lo que está condicionando la gestión de la ayuda. Es necesario desarrollar las estructuras operativas capaces de gestionar con eficacia el importante incremento experimentado por la Acción Humanitaria
- Las expectativas creadas por el Plan Director de la cooperación española, que colocaba en lugar destacado la Acción Humanitaria, no se han materializado hasta el momento. Los Planes Anuales de la Cooperación Internacional han contemplado hasta el momento una Acción Humanitaria prácticamente ceñida al plano de la respuesta a las emergencias, en una concepción reduccionista de la misma. Se puede apreciar igualmente una concentración de la ayuda en las crisis agudas, en detrimento de las crónicas.

- Existe un consenso generalizado entre los actores humanitarios del déficit existente en los aspectos de evaluación de las intervenciones de Acción Humanitaria. Es necesario progresar en la implantación de mecanismos de evaluación de AH, así como en el fortalecimiento de capacidades necesarias para llevar a cabo una AH con mayor calidad y eficiencia.
- La Acción Humanitaria descentralizada ha supuesto, en 2006, casi una tercera parte de la Ayuda Humanitaria Bilateral, lo que supone un incremento importante que, no obstante, requiere de mejoras en el ámbito de la coordinación.



BIBLIOGRAFÍA

- Angela M. Eikenberry, Jodie Drapal Kluver. "The Marketization of the Nonprofit Sector: Civil Society at Risk?". *Public Administration Review* • March/April 2004, Vol. 64, No. 2
- Banco Mundial. Millennium Development Goals: Global Data Monitoring Information System.
- CONCORD. Hold the Applause! EU governments risk breaking aid promises. Lucy Hayes European Network on Debt and Development, 2007
- European Comission. "Annual Report 2006 on the European Community's Development: Policy and the Implementation of External Assistance in 2005" Europaid Cooperation Office, 2006.
- European Comission. "Informe anual 2007 sobre la Política de Desarrollo de la Comunidad Europea y la implementación de la ayuda exterior en 2006".
- European Comission. "Programming Guidelines for Country Strategy Papers: Health, AIDS and Population (HAP)", 2003.
- Europaid. "Financial Contributions of EuropeAid to the UN Funds, Programmes and specialized Agencies" Europaid, AIDCO F4/ Feb. 2007
- Foro diálogos para el desarrollo "El enfoque sectorial". Apuntes para el diálogo 01/2007.
- Gorik Ooms, Wim Van Damme, Marleen Temmerman. "Medicines without doctors: why the Global Fund must fund salaries of health workers to expand AIDS treatment". *PLoS Medicine* [revista online]
- Mathers CD, Lonar D. "Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030". *PLoS Medicine* [revista on line].
- Mathers CD et al. "Counting the dead and what they died from: an assessment of the global status of cause of death data". *Bulletin of the World Health Organization*, 2005, 83:171-177.
- MEDICUS MUNDI, PROSALUS, MEDICOS DEL MUNDO. "La salud en la cooperación al desarrollo y la acción humanitaria. Informe 2003".
- MEDICUS MUNDI, PROSALUS, MEDICOS DEL MUNDO. "La salud en la cooperación al desarrollo y la acción humanitaria. Informe 2004".
- MEDICUS MUNDI, PROSALUS, MEDICOS DEL MUNDO. "La salud en la cooperación al desarrollo y la acción humanitaria. Informe 2005".
- MEDICUS MUNDI, PROSALUS, MEDICOS DEL MUNDO. "La salud en la cooperación al desarrollo y la acción humanitaria. Informe 2006".
- Millennium Development Goal health indicators". *Lancet*, 2007, 369:862-873.
- Murray CJ. "Towards good practice for health statistics: lessons from the

- NNUU. "Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe 2005". Nueva York.
- NNUU. "Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe de 2005". Nueva York.
- NNUU (2005). Invirtiendo en el desarrollo: Un plan práctico para conseguir los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe del Proyecto del Milenio, NNUU, Nueva York, 2005.
- NNUU. Indicadores de Desarrollo del Milenio. Portal oficial de la ONU para los ODM.
- OECD "2006 Survey on Monitoring the Paris Declaration" OECD Journal on Development: Volume 8, No. 2, 2007
- OMS. "Reproductive Health Indicators Database". Geneva, Department of Reproductive Health and Research.
- OMS. "World Health Statistics 2007".
- OMS. "National health accounts". Geneva, 2007.
- OMS. "WHO survey data centre: World Health Survey". Geneva, 2007.
- OMS. "Global database on child malnutrition" [base de datos on line].
- OMS. "Informe sobre la salud en el mundo 2006". Geneva.
- OMS. "Informe sobre la salud en el mundo 2004". Geneva.
- OMS. "WHO Global Status Report on Alcohol 2004".
- OMS. "Tobacco control country profiles". Segunda edición, 2003.
- OMS. Informe sobre la salud en el mundo 2000: Mejorar el desempeño de los Sistemas de Salud.
- ONUSIDA. "Situación de la epidemia del Sida". Diciembre 2006.
- Paul Hunt. "Neglected Diseases: A human rights analysis". OMS, 2007
- PNUD. "Informe de Desarrollo Humano 2006". Naciones Unidas.
- PNUD. "Informe de Desarrollo Humano 2005". Naciones Unidas.
- SECI. DGPOLE. "Seguimiento del PACI 2006",
- Segall M., Gryseels B., eds. (2003). Essential Health Care for the Poor: Promoting Health Systems. International Journal of Health Planning and Management, 18 (Special Issue: Issue S1): S1-S106.
- Travis P., Bennett S., A. Haines T. et al. (2004). Overcoming Health-Systems Constraints to Achieve the Millennium Development Goals. Lancet 364: 900-06.
- WHO, "Everybody's Business: Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes", Geneva, 2007.

Otros documentos consultados

- "Declaration on Health System Strengthening in Africa for Equity and Development" 3rd Session of the African Union Conference of Ministers of Health, Johannesburg, South Africa, 13 April 2007-
- "Report on the scaling up for better health (post-hlf) initiative". First meeting of the steering committee, Paris 2006
- "Scaling up for better health" Concept Note. High Level Forum for Health Follow-up 2006.

PAGINAS WEB

- http://www.africa-union.org/root/UA.Conferences/2007/avril/SA/9-13%20avr/doc/en/SA/Africa_health_strategy.pdf
- [http://www.hlfhealthmdgs.org/HLF4Tunis/ Tunis Meeting Report 2006 Final. Summary of conclusions and action points Post-High Level Forum on the Health MDGs](http://www.hlfhealthmdgs.org/HLF4Tunis/Tunis%20Meeting%20Report%202006%20Final.pdf)
- [http://stats.oecd.org/WBOS/Default.aspx DatasetCode=CRSNEW](http://stats.oecd.org/WBOS/Default.aspx?DatasetCode=CRSNEW)
http://www.oecd.org/document/33/0,2340,en_2649_34447_36661793_1_1_1_1,00.html
- <http://stats.oecd.org/WBOS/Default.aspx?DatasetCode=CRSNEW>

