SALUD Y DESARROLLO: QUÉ SE HA CONSEGUIDO

ACCIÓN POR LA SALUD GLOBAL

PLENA FINANCIACIÓN
SISTEMAS SANITARIOS FORTALECIDOS
ACCESO UNIVERSAL

FPFE Federación de Planificación Familiar Estatal

MÉDICOS DEL MUNDO

FARMA MUNDI FARMACEUTICOS MUNDI

anesvad por el derecho a la salud

medicusmundi



ACCIÓN POR LA SALUD GLOBAL

PLENA FINANCIACIÓN
SISTEMAS SANITARIOS FORTALECIDOS
ACCESO UNIVERSAL

www.accionporlasaludglobal.es

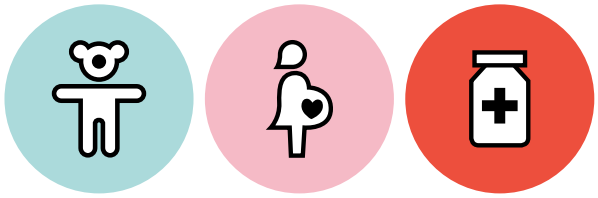
Esta publicación ha sido elaborada por Adriana Zumarán Jibaja,
y coordinada por Emiliana Tapia Domínguez, de Médicos del Mundo, y
Eugenia García Raya, de la Federación de Planificación Familiar Estatal.

Diseño: Cósmica®

MADRID, NOVIEMBRE DE 2015

SALUD Y DESARROLLO:
QUÉ SE HA CONSEGUIDO

¿OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO EN SALUD: QUÉ SE HA CONSEGUIDO?



En el año 2000 la comunidad internacional acordó, a través de la Declaración del Milenio que se enmarca en los principios de la Declaración de los Derechos Humanos, trabajar conjuntamente para erradicar la pobreza, por considerarla una condición inadmisible en el siglo XXI.

Esta Declaración estableció ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) que deberían cumplirse en el año 2015. De ellos, tres están directamente relacionados con la salud. Para facilitar su seguimiento, se acordaron para estos tres objetivos seis metas medibles de acuerdo con unos indicadores.

Cuando se cumple el plazo establecido para el logro de estos objetivos, el único que podría considerarse alcanzado es el ODM 6 (combatir el VIH/sida, la malaria y otras enfermedades).



© ARTURO PÉREZ ALFONSO

OBJETIVOS Y METAS	¿SE HA CUMPLIDO?	ESTADO EN 1990	META (#)	ÚLTIMO DATO DISPONIBLE
ODM 4: Reducir la mortalidad infantil (menores de 5 años)				
4. A. Reducir entre 1990 y 2015 en dos terceras partes la mortalidad infantil (en menores de 5 años)	No	90 por cada 1.000 nacidos vivos	33	43 (2014)
ODM 5: Mejorar la salud materna				
5. A. Reducir la tasa de mortalidad materna en tres cuartas partes	No	380 por cada 100.000 nacidos vivos	127	210 (2013)
5. B. Lograr para 2015 el acceso universal a la salud reproductiva	Parto cualificado	59%	100%	71% (2014)
	Cuidados prenatales	35%	100%	52% (2014)
	Embarazo adolescente	59/1000		61/1000 (2015p)
	Necesidad de anticoncepción atendida	55%	100	64% (2015)
ODM 6: Combatir el VIH/sida, la malaria y otras enfermedades				
6. A. Haber detenido y comenzado a reducir para 2015 la propagación del VIH/sida	Si	0,10	Detener, reducir	0,06 (2012)
6. B. Lograr para 2015 el acceso universal al tratamiento para VIH/sida para las personas que lo necesiten	No	-	100	30% (2014)
6. C. Haber detenido y comenzado a revertir, para el año 2015, la incidencia de la malaria y otras enfermedades graves	Malaria	Se estima una reducción del 37% para el 2015		
	Tuberculosis	Se estima una reducción de prevalencia del 41% para el 2015		

POR OTRA PARTE...

- La limitada disponibilidad de estadísticas sanitarias hace difícil el seguimiento y control de los progresos, lo que constituye una de las deficiencias más importantes para poder evaluar el cumplimiento de los ODM de salud.
- La desigualdad afecta el avance hacia el cumplimiento de las metas tanto a nivel global como en el interior de las regiones y países. La regiones de África subsahariana y Asia meridional son las más afectadas por estas desigualdades, pero no son las únicas. Para la población más vulnerable no se han cumplido los ODM. La exclusión que sufren las personas que habitan en las áreas rurales y el limitado acceso de diversas poblaciones y colectivos a los medios de vida y servicios de salud básicos impiden que sean partícipes de los progresos hacia el cumplimiento de las metas.
- Fomentar la equidad de género, los sistemas universales de atención primaria de salud y una adecuada nutrición son clave para el cumplimiento de todos los ODM relacionados con la salud.
- El derecho a la salud está intrinsecamente interrelacionado con una serie de determinantes sociales relacionados con el cumplimiento del conjunto de los ODM.

¿POR QUÉ LA COOPERACIÓN INTERNACIONAL Y LA AOD EN SALUD SON OBLIGACIONES DEL ESTADO ESPAÑOL?

Los siguientes tratados internacionales de Derechos Humanos recogen el derecho a la salud y la obligación de los Estados de tomar las medidas necesarias para garantizar su realización:

- La Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948 (Art. 25).
- La Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial de 1965 (Art. 5 e) iv).
- El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 1966 (Art. 12).
- La Convención sobre la Eliminación de Todas las formas de Discriminación contra la Mujer de 1979 (Arts. 11 1) f), 12 y 14 2) b).
- La Convención sobre los Derechos del Niño de 1989 (Art. 24).
- La Convención internacional sobre la protección de los derechos de todos los Trabajadores Migrantes y de sus familiares de 1990 (Arts. 28, 43 e) y 45 c).
- La Convención sobre los derechos de las Personas con Discapacidad de 2006 (Art. 25).

Todos estos tratados han sido ratificados por el Estado español y por tanto integran el marco jurídico interno según la Constitución vigente.

La obligación de garantizar el derecho a la salud supone **respetarlo** inhibiéndose de realizar acciones que lo vulneren, **promover** la realización efectiva del mismo y **proteger** a quienes sufren de vulneraciones a su derecho a la salud.

Además, los siguientes tratados señalan específicamente el compromiso de adoptar medidas hasta el máximo de los recursos de que se disponga para contribuir a la realización progresiva de los derechos que dichos tratados reconocen, incluyendo el derecho a la salud en el ámbito internacional y señalando específicamente la cooperación técnica y económica:

- Carta de las Naciones Unidas, Arts. 1 (3), 55 y 56.
- Declaración Universal de los Derechos Humanos, arts. 22 y 28.
- Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales, Articulo 2.1.

Según el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, el marco antes descrito implica que *"La cooperación internacional incumbe en particular a los Estados que están en condiciones de prestar asistencia a otros al respecto. Por tanto, los Estados deben prever un programa activo de asistencia y cooperación internacionales y prestar asistencia económica y técnica a otros Estados para que puedan cumplir sus obligaciones relativas al derecho a la salud".* **La obligación de respetar el derecho a la salud implica que ningún Estado, en este caso el español, debe promover medidas políticas que interfieran con la realización del derecho a la salud en ninguna parte del mundo.**

Otros compromisos internacionales relevantes relacionados con los ODM y la realización del derecho a la salud:

- Declaración de Alma-Ata sobre atención primaria de salud de 1978.
- Declaración de Compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA "Crisis mundial, acción mundial" de 2001 y Declaración Política sobre el VIH/SIDA de 2011.
- Carta Social Europea de 1961 revisada en 1996. Tratado regional en el que se reconoce el derecho a la salud en Europa.
- Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo de 1994. Establece por primera vez la meta de lograr para 2015 el acceso universal a la salud reproductiva.



Compromisos específicos en materia de Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD):

- Destinar al menos el 0,7 de la Renta Nacional Bruta (RNB) a Ayuda Oficial al Desarrollo. Compromiso adquirido en 1969 por los países llamados desarrollados y ratificada en la Declaración del Milenio de 2000.
- Destinar al menos el 20% de la AOD a los servicios sociales básicos como se acordó en la Iniciativa 20/20 de 1995: educación, infraestructuras y abastecimiento básico de agua, salud y salud reproductiva.
- Destinar al menos el 0,1% de la RNB a salud global, como ha sugerido la Comisión de Macroeconomía para la Salud de la OMS en 2001.
- Destinar al menos el 6% de la AOD a salud reproductiva como ha establecido el Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo de El Cairo.

Lamentablemente, no se han cumplido estos compromisos, como podrá verse en detalle más adelante. Por esta razón, el Consejo de las Naciones Unidas, en el marco del examen de la implementación del PIDESC en 2012, recomendó al Estado español:

Recomendación 8. (...) "garantizar que todas las medidas de austeridad adoptadas identifiquen el contenido mínimo esencial de todos los derechos del Pacto, y que tome todas las medidas apropiadas para proteger este contenido esencial en cualquier circunstancia, especialmente para las personas y los grupos desfavorecidos y marginados." (...)

Recomendación 10. (...) "redoblar sus esfuerzos con vistas a elevar la asistencia oficial al desarrollo a un nivel no menor del 0,7% del PIB de acuerdo con los objetivos adquiridos a nivel internacional."

¿CUÁL ES EL BALANCE DE LAS POLÍTICAS ESPAÑOLAS DE COOPERACIÓN Y DE ODM EN SALUD?

Coincidiendo con la Declaración del Milenio, la cooperación española inició un periodo de fortalecimiento estratégico y programático que incluyó la elaboración de planes directores, una estrategia multilateral y estrategias sectoriales. Todos estos instrumentos se alineaban con los Objetivos del Milenio y otros compromisos internacionales fundamentales para su cumplimiento. De igual forma, y en el marco de la implementación de la Declaración de París, se establecieron mecanismos para la mejora de la calidad de la ayuda española tanto a nivel central como en sus representaciones en los países. Así, en gran parte de las Oficinas Técnicas de Cooperación (OTC) se designaron responsables sectoriales de salud y género, entre otros.

No obstante, este proceso no llegó a consolidarse por las políticas de austeridad ejecutadas desde el año 2009, que redujeron sustancialmente los recursos institucionales y económicos para la cooperación y produjeron, entre otras consecuencias, la desaparición de una parte significativa de las OTC. También se vió afectada la consolidación de la elaboración participativa de los Marcos de Asociación País, que según el protocolo debían contar con representación de las instituciones, de las organizaciones españolas en cada territorio y de la sociedad civil local. En la práctica, estos procesos se vieron simplificados por las limitaciones de recursos, lo que disminuyó la posibilidad de engranaje entre las políticas generales de la cooperación y los contextos y necesidades específicas locales.

La Estrategia sectorial de Salud de la cooperación española de 2006 es la única política específica en el sector. Anteriormente, ésta se establecía a través de los Planes Directores. La estrategia se elaboró en diálogo con actores institucionales y sociales de la cooperación en el Estado español. Se trata de una estrategia ambiciosa que precisa mayor delimitación en términos de prioridades. Algunos de sus aspectos centrales son:

- **Se señala el cumplimiento de todos los ODM como prioridad** para mejorar la salud, con especial énfasis en los ODM 4, 5 y 6.
- **Destaca la fragilidad de los sistemas sanitarios** como uno de los principales obstáculos para el logro de los ODM, tanto por la escasez de recursos como por la inequidad en el acceso a los mismos.
- **La estrategia se basa en el reconocimiento de la salud como derecho humano,** como condición y objetivo para el desarrollo y del desarrollo y como bien público (global) y responsabilidad pública (nacional e internacional). Asimismo entiende la equidad de género y el análisis de género como imprescindibles para la mejora de la salud.
- **Incluye líneas estratégicas específicas** sobre salud infantil (ODM 4), salud y derechos sexuales y reproductivos (ODM 5) y enfermedades olvidadas y prevalentes entre las que cita la malaria, la tuberculosis y el VIH/sida (ODM 6).
- Establece actuaciones prioritarias por región y país.
- No establece indicadores de seguimiento.

Por su parte, el **Plan Director 2013-2016** es un instrumento extremadamente ambicioso, especialmente si se toman en cuenta los escasos recursos que se han destinado hasta ahora al sector. Algunos de sus aspectos principales son:

- Mantiene los ODM como eje central de la actuación de la cooperación española.
- Reconoce el derecho humano a la salud entre los elementos de la línea estratégica de fomento de la cohesión social.
- Señala específicamente la lucha contra las enfermedades olvidadas y prevalentes y la salud sexual y reproductiva, en un marco de salud universal y equidad en salud.
- No menciona específicamente la reducción de la mortalidad infantil ni los derechos sexuales y reproductivos.
- La coherencia de políticas se coloca como objetivo programático, aunque de un modo que puede considerarse aún incipiente.
- El Plan no incluye metas específicas de resultados ni en desarrollo ni en financiación.

La **Estrategia de Género en Desarrollo** es un instrumento sin precedentes en la cooperación española. Se elaboró en diálogo con actores institucionales y sociales de la cooperación en el Estado español, especialmente con organizaciones por los derechos de las mujeres o vinculadas a la salud sexual y reproductiva y al movimiento feminista. Se trata de una estrategia sumamente ambiciosa que aborda, entre otros temas, las cuestiones de género y salud. Se pueden señalar estos aspectos centrales de la estrategia:

- Se enmarca en la Declaración del Milenio y los ODM, así como en otros instrumentos internacionales como el Programa de Acción de la Cuarta Conferencia de la Mujer y el Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo de El Cairo.
- Describe los vínculos entre la pobreza y la inequidad de género, tomando en cuenta dimensiones económicas, sociales, políticas y jurídicas.
- Establece objetivos y líneas estratégicas directamente relacionados con los ODM, como los derechos sexuales y reproductivos y la lucha contra el VIH/sida, en ambos casos desde una perspectiva de derechos y de género.
- Establece actuaciones prioritarias por región y país.
- No establece indicadores de seguimiento.



© OSCAR LEIVA MARINERO

¿CUÁL ES EL BALANCE?

La política del Estado español en materia de cooperación internacional desde el año 2000 ha experimentado avances a nivel cualitativo y cuantitativo que lamentablemente no han conseguido mantenerse en el tiempo. Pueden considerarse como aspectos más destacables la incorporación, en el plano normativo, de los marcos jurídicos y los compromisos internacionales adquiridos por el Estado español con respecto a la cooperación y la ayuda al desarrollo, acompañados de una reestructuración del sistema de cooperación. En la práctica, la implementación de dichos compromisos ganó un impulso importante durante una etapa de auge macroeconómico, pero el proceso se vió truncado por los ajustes estructurales aplicados con la justificación de lo que se ha denominado crisis económica. Los flujos de ayuda oficial al desarrollo ponen en evidencia que la lógica de la equidad no ha calado en la toma de decisiones, manteniéndose la instrumentalización y la caridad como elementos subyacentes. A esto se añade la escasa apropiación por parte del Estado español de sus compromisos internacionales en materia de AOD como política de Estado; se ha prestado atención a estos compromisos como una opción de política de partido.

¿PUEDE EL ESTADO ESPAÑOL CUMPLIR SUS OBLIGACIONES EN AYUDA OFICIAL AL DESARROLLO?

Los países donantes tienen diferentes capacidades económicas y presupuestos. Por lo tanto, no sería justo comparar los volúmenes absolutos de la AOD sin tener en cuenta también los recursos de los que disponen estos países.

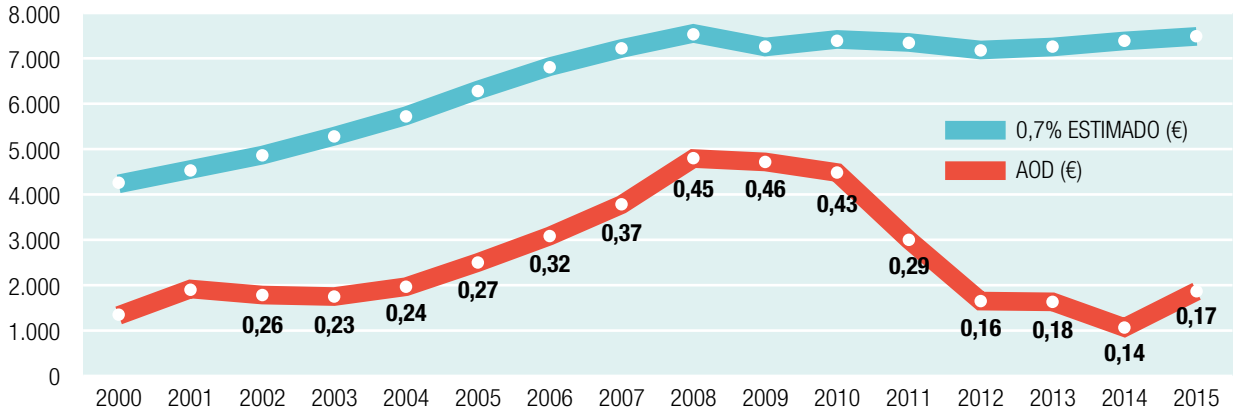
Si tenemos en cuenta los recursos y la capacidad económica del Estado español, el cumplimiento de las obligaciones estatales en materia de AOD entre los años 2000 y 2015 puede considerarse insuficiente e inestable. La AOD española se ha mantenido muy por debajo del 0,7% de la Renta Nacional Bruta (RNB).

Con el fin de avanzar en el cumplimiento de los ODM y otros compromisos internacionales relacionados con la AOD, el Estado español incrementó significativamente la ayuda entre los años 2002 y 2008, y las previsiones apuntaban a que se alcanzaría el 0,7% de la RNB en el año 2012. No obstante, las decisiones macroeconómicas adoptadas por los sucesivos gobiernos en el marco de la llamada crisis económica restaron prioridad a este objetivo y tuvieron como resultado una drástica caída de la AOD a niveles de los años 90, cuando la cooperación española daba sus primeros pasos.

El principal argumento de los sucesivos gobiernos para reducir la AOD ha sido la falta de recursos disponibles, debido a la situación económica. No obstante, como se señala en el manual de desobediencia económica, **en el año 2012, por cada euro dedicado por el Estado español a la AOD, se habrían destinado 4 a la Iglesia, 5 al Ministerio de Defensa y 14 al "rescate" de la banca.**

Se trata por tanto de una falta de recursos derivada de decisiones políticas y no de una insuficiente disponibilidad de dichos recursos.

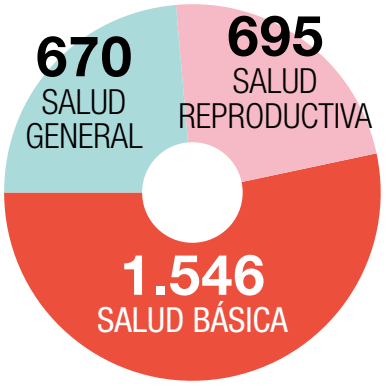
Nivel de cumplimiento del compromiso del 0,7% de la Renta Nacional Bruta destinada a Ayuda Oficial al Desarrollo



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Creditor Reporting System (OCDE/DAC).

¿HA CUMPLIDO EL ESTADO ESPAÑOL SUS COMPROMISOS EN AOD PARA SALUD?

Distribución AOD para salud entre 2000 y 2013 (millones de €)



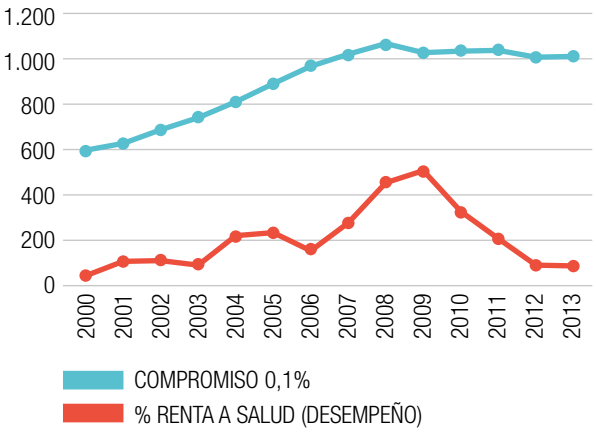
El total de la AOD destinada por el Estado español a salud entre el año 2000 y 2013 fue de 2.911 millones de euros, **apenas el 7,6% de la AOD total y aproximadamente un 11% de la AOD distribuible por sectores.**

El 77% de la AOD en salud se destinó a subsectores directamente relacionados con el cumplimiento de los ODM 4, 5 y 6. La salud básica, relacionada con la reducción de la mortalidad infantil (ODM 4) y el control de enfermedades infecciosas, incluyendo la malaria y la tuberculosis, concentra más de la mitad de la AOD en salud (53%). Por su parte, la salud reproductiva, relacionada con el acceso universal a la salud reproductiva (ODM 5), la detención de la expansión del VIH/sida (ODM 6) y la reducción de la mortalidad infantil (ODM 4), concentró la cuarta parte de la AOD en salud (24%).

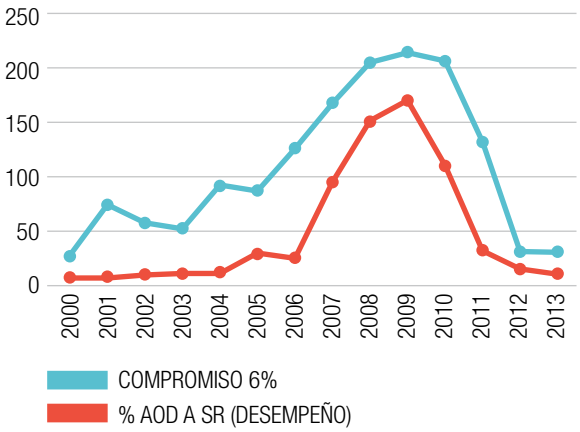
Desde que se sumó a la Declaración del Milenio, el Estado español:

- ha dedicado sólo el 0,02% de su Renta Nacional Bruta a la salud, muy por debajo del 0,1% al que se comprometió;
- ha dedicado sólo el 2% de su AOD distribuible sectorialmente a la salud reproductiva, cuando el porcentaje recomendado por la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD) y recogido por la Estrategia de Género en Desarrollo de la Cooperación Española era del 6%. No obstante, en los últimos años la brecha en el cumplimiento de este compromiso ha disminuido.
- ha reducido la AOD dirigida a salud de forma dramática y desproporcionada si se compara con la reducción de la Renta Nacional.

Comparativa entre 0,1% de la Renta Nacional y la AOD real dedicada a salud entre 2000 y 2013



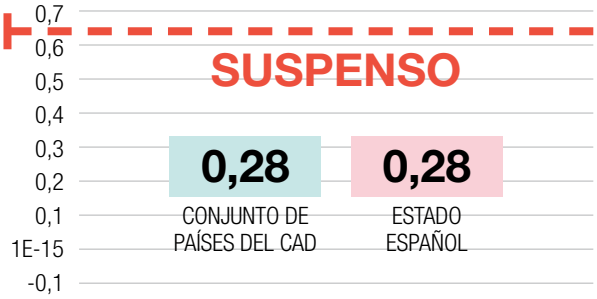
Comparativa entre el 6% del AOD y la AOD real dedicada a salud reproductiva entre 2000 y 2013



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Creditor Reporting System (OCDE/DAC).

¿CUMPLIERON LOS PAÍSES DONANTES SUS COMPROMISOS EN AOD?

Cumplimiento del compromiso de destinar el 0,7% de la Renta Nacional a AOD entre 2000 y 2014



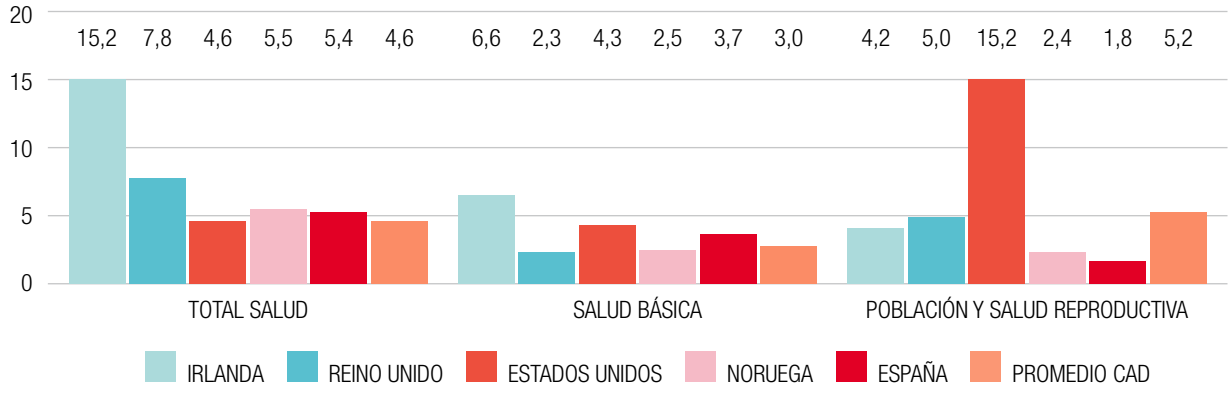
Lamentablemente, **el desempeño de los países que se denominan desarrollados con respecto a sus compromisos en materia de AOD ha sido francamente pobre,** situándose entre los años 2000 y 2014 en torno al 0.28% de su Renta Nacional, apenas algo más de la mitad del objetivo acordado del 0,7%. Solo 5 de los 28 países del Comité de Ayuda al Desarrollo (CAD) estuvieron a la altura de dicho compromiso: Noruega, Suecia, Luxemburgo, Dinamarca y Reino Unido. El Estado español, siendo el noveno más rico entre los países del CAD, se colocó en el puesto 14 en solidaridad, destinando un promedio de apenas el 0,28% de su Renta Nacional Bruta desde la Declaración del Milenio. Este porcentaje cayó a un exiguo 0,14% en el año 2014, **lo que colocaría a España a la cola de los países del CAD.**

Los países ricos tampoco alcanzaron el compromiso de dedicar el 20% de su AOD a servicios sociales básicos (educación, salud, agua y saneamiento básico y salud reproductiva). El porcentaje de AOD bilateral alcanzado entre 2000 y 2013 fue del 15%. El Estado español, con un 14,5%, no sólo no alcanzó el 20% comprometido, sino que está por debajo del promedio del CAD.

La salud no ha sido una prioridad para el conjunto de los donantes, alcanzando en el periodo 2000-2013 sólo el 4,6% de la ayuda bilateral.

El Estado español ocupó en 2012 el puesto 11 de los países del CAD en cuanto a la prioridad que brindó a la salud en su AOD bilateral, tanto a nivel general como en salud básica y en el sector de población y salud reproductiva.

Porcentaje de AOD bilateral dedicada a Salud en 2012 por componentes y donantes seleccionados



¿CUÁL ES EL DÉFICIT DE FINANCIACIÓN DERIVADO DEL INCUMPLIMIENTO DE LOS COMPROMISOS?

De acuerdo a Naciones Unidas, el 0,7% de la Renta Nacional Bruta de los países ricos en 2013 equivaldría aproximadamente a 248.000 millones de euros. Sólo en este año, la brecha entre el 0,7% acordado y la AOD real aportada habría ascendido a unos 142.000 millones de euros.

En el caso del Estado español, el equivalente al 0,7% de la Renta Nacional Bruta entre 2000 y 2014 ascendería a 95.500 millones de euros, por lo que la diferencia con la AOD real sería de unos 57.600 millones de euros.

ES DECIR, DE HABER CUMPLIDO EL ESTADO ESPAÑOL EL COMPROMISO DEL 0,7% DESDE LA FIRMA DE LA DECLARACIÓN DEL MILENIO, SE HUBIERA PODIDO CONTAR CON:

▶ AL MENOS

11.500

MILLONES DE EUROS ADICIONALES PARA FINANCIAR ACCIONES RELACIONADAS CON LA SATISFACCIÓN DE LAS NECESIDADES SOCIALES BÁSICAS, de los cuales al menos la mitad se dedicarían a salud de haberse atendido a los acuerdos de la Iniciativa 20/20.

▶ AL MENOS

123

MILLONES DE EUROS ADICIONALES PARA FINANCIAR ACCIONES RELACIONADAS CON LA SALUD GLOBAL, sólo en el periodo 2000 – 2013, de haberse tomado en cuenta las recomendaciones de la Comisión de Macroeconomía para la Salud de la OMS.

▶ AL MENOS

2.304

MILLONES DE EUROS ADICIONALES PARA FINANCIAR ACCIONES RELACIONADAS CON LAS POLÍTICAS DE POBLACIÓN Y SALUD REPRODUCTIVA, de haberse aplicado la orientación del Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo.



© JAVIER ARCENILLAS

¿UN FUTURO DE PARADOJAS?

Nos encontramos al final del plazo acordado para el cumplimiento de los ODM. En el ámbito de la salud, los avances pueden calificarse como modestos, especialmente en lo que se refiere a la salud sexual y reproductiva.

Desde el año 2012, en el marco de la revisión de los acuerdos de la Cumbre de la Tierra (Rio+20), se ha venido fraguando una nueva agenda de desarrollo internacional liderada por Naciones Unidas. Los movimientos sociales han manifestado sus dudas sobre este proceso debido al papel central otorgado a los intereses de las trasnacionales, mientras que las personas y pueblos más afectados por la pobreza y que, paradójicamente, son quienes más contribuyen a la sostenibilidad de la vida en la Tierra, han contado con escasas oportunidades de participación real. Los denominados Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) pretenden integrar la acción internacional en diversos ámbitos como la protección de los ecosistemas, la dignidad de las personas, la prosperidad, la justicia y la solidaridad.

Por tanto, hay numerosos retos que abordar para que estos procesos no se queden en declaraciones de intenciones no cumplidas:

- No existen de momento mecanismos vinculantes para que los Estados cumplan con sus obligaciones y de ser necesario se apliquen sanciones a los agentes/actores que obstaculicen el avance hacia el cumplimiento de dichos objetivos.

- El debate sobre los ODS parece haber mantenido un sesgo economicista que prioriza los aspectos financieros antes que otros ámbitos de la economía y la vida. Así, nos encontramos ante la sorprendente paradoja de que países con importantes déficits en la cobertura de los servicios sociales básicos, que incluyen la salud, podrían ver incrementado significativamente su crecimiento económico por la inclusión en su Renta Nacional de los beneficios por actividades como el tráfico de armas, la explotación sexual y el narcotráfico.

- Al mismo tiempo, la ayuda oficial al desarrollo podría volver a contemplar mecanismos que estaban en camino de ser erradicados, como los créditos y ayudas condicionadas a la participación de empresas privadas de los países donantes en los países receptores.

- Con respecto a estos actores, sería necesario generar condiciones y mecanismos que garanticen un equilibrio justo entre los intereses de dichas empresas y los derechos y la dignidad de la población, especialmente si se toman en consideración los resultados de la incorporación del sector privado en la gestión de servicios públicos como la salud y la educación.

Por su parte, la sociedad civil tiene como principales retos los de fortalecer su capacidad de trabajo en red en condiciones de equidad, de manera que se favorezca la capacidad de incidencia política, y la consolidación y creación colectiva de alternativas que permitan responder de manera estructural y sostenible a los problemas más sentidos por las personas y las comunidades.

Y EN LOS PRÓXIMOS QUINCE AÑOS...



ACCIÓN POR LA SALUD GLOBAL

PLENA FINANCIACIÓN
SISTEMAS SANITARIOS FORTALECIDOS
ACCESO UNIVERSAL

FPFE Federación de Planificación Familiar Estatal

MÉDICOS DEL MUNDO

FARMA MUNDI FARMACEUTICOS MUNDI

anesvad por el derecho a la salud

medicusmundi