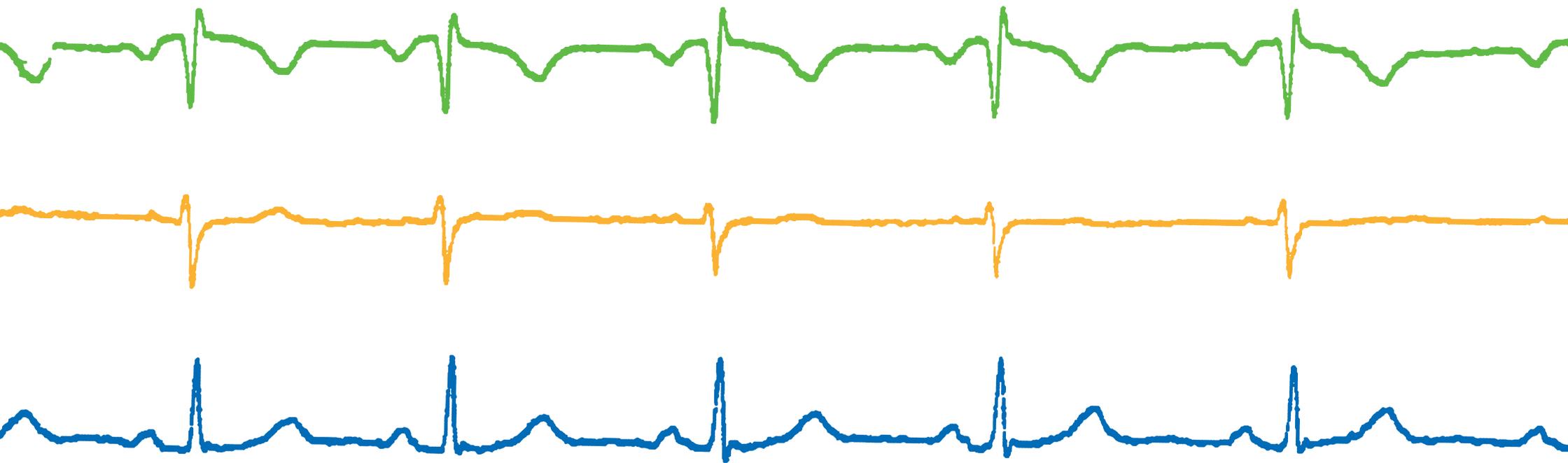


La salud en la cooperación al desarrollo y la acción humanitaria

Informe 2010



Equipo técnico

Carlos Mediano
José María Medina
Susana Fernández

Equipo asesor

Antonio González
José María Medina
Félix Fuentenebro

Colaboradores:

Ricardo Angora
Tomás Zapata López
Javier Ramírez
M^a Teresa de Febrer

Edita

medicmundi
Prosalus
Médicos del Mundo

Trabajo de edición

M^a Teresa de Febrer

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@medicmundi.es
www.medicmundi.es

Prosalus

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

Médicos del Mundo

C/ Conde de Vilches, 15 / 28028 Madrid (España)
Tel. 91-5436033 Fax 91-5427923
comunicacion@medicosdelmundo.org
www.medicosdelmundo.org

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

La salud en la cooperación al desarrollo y la acción humanitaria

Informe 2010

medicmundi
Prosalus
Médicos del Mundo

ÍNDICE GENERAL

INTRODUCCIÓN	17
CAPÍTULO I. Salud y desarrollo	21
1. Introducción	21
2. La situación de la salud en el mundo	22
2.1. Consecución de los ODM en salud	23
3. Eventos destacados en 2010	38
4. Agenda 2011	48
5. Recursos humanos sanitarios: un problema creciente	49
5.1. ¿Cómo definimos al personal sanitario?	49
5.2. Situación mundial del personal sanitario	50
5.3. ¿Por qué falta personal sanitario?	52
5.4. Migración del personal sanitario	54
5.5. La situación en España	57
5.6. Las iniciativas internacionales sobre recursos humanos	59
5.7. Qué se puede hacer	60
6. Fortalecimiento del sistema de salud	62
6.1. La salud y los determinantes sociales de la salud	62
6.2. Introducción al fortalecimiento de los sistemas de salud	64
6.3. Concepto, metas y elementos de los sistemas de salud	64
6.4. Tipos de sistemas de salud y análisis comparativo entre ellos	69
6.5. Fortalecimiento de los sistemas públicos de salud	78
6.6. Recomendaciones generales para el fortalecimiento de los sistemas públicos de salud.....	84
Bibliografía	94
CAPÍTULO II. Perspectiva internacional	97
1. Introducción	97
2. Comité de Ayuda al Desarrollo (CAD)	97
3. Presidencia española de la Unión Europea en cooperación sanitaria	110
3.1. Prioridades en las políticas de desarrollo de la presidencia española de la Unión Europea en 2010	110
3.2. Los determinantes sociales de la salud.....	110
3.3. La salud global	111
3.3.1. El proceso de desarrollo de la salud global en la Unión Europea	112
3.3.2. Conclusiones sobre salud global	112
3.4. Conclusiones sobre la presidencia española.....	114
3.5. Hacia una mayor efectividad: división del trabajo en la Unión Europea	116
Bibliografía	120
CAPÍTULO III. La salud en la cooperación española	123
1. Consideraciones generales.....	123
1.1. Consideraciones metodológicas sobre el cómputo de la AOD	123
1.2. Datos generales de la AOD en 2009	124
2. AOD en salud en 2009	126
2.1. Principales datos de la AOD en salud en 2009.....	126
2.2. Ayuda multilateral.....	130
2.2.1. Introducción	130
2.2.2. Planificación estratégica de la AOD multilateral en salud	130
2.2.3. Principales socios preferentes de la cooperación española en el ámbito multilateral en el sector salud	135
2.2.4. AOD multilateral y multilateral en salud en 2009	139
2.3. Ayuda bilateral	142
2.4. Distribución sectorial de la AOD en salud	149
2.5. Distribución geográfica de la AOD en salud.....	152
3. Iniciativa IHP+	157
3.1. Descripción de la iniciativa	157
3.1.1. Contexto en el que surge	157
3.1.2. Qué es y qué objetivos tiene	157
3.1.3. ¿Cuáles son los beneficios que IHP+ pretende conseguir para los países en desarrollo?	159
3.1.4. ¿Cómo lo lleva a cabo?	160
3.2. Implicación del Gobierno español con IHP+	160
3.3. El JANS (Joint Assessment of National Strategies – Evaluación Conjunta de las Estrategias Nacionales), una herramienta para la evaluación del desarrollo de IHP+ por países	161
CAPÍTULO IV. La salud en la cooperación descentralizada	169
1. Introducción	169
2. Las cifras de la cooperación de las comunidades autónomas	171

3. La salud en la cooperación autonómica	174	4. El caso de Haití. Análisis de la respuesta internacional	219
3.1. Distribución de AOD autonómica en salud vía organismos multilaterales de desarrollo (OMUDES)	177	4.1. El contexto	219
3.2. Composición sectorial de la ayuda autonómica en salud	178	4.2. Los efectos del terremoto	224
3.3. Distribución geográfica de la ayuda en salud.....	180	4.3. La respuesta	226
4. Las entidades locales	185	4.4. La situación después de 10 meses de la catástrofe	231
5. Decálogo de trabajo de la cooperación descentralizada en salud	189	4.5. De cara al futuro.....	233
5.1. Apoyo al fortalecimiento del sistema de salud local.....	190	5. La salud sexual y reproductiva en situaciones de emergencia	235
5.2. Acuerdo con los principios de la APS.....	190	5.1. Introducción	235
5.3. Integración en los planes nacionales/locales de salud.....	191	5.2. La salud sexual y reproductiva en contextos de crisis en países en desarrollo	235
5.4. Introducir el valor añadido a la cooperación: apoyo en los procesos de descentralización y de gestión local	191	5.3. Factores clave en materia de salud sexual y reproductiva en situaciones extremas	236
5.5. Inclusión en iniciativas globales de salud	192	5.4. Respuesta en materia de salud sexual y reproductiva y salud infantil en contextos en crisis.....	239
5.6. Coordinación sectorial y geográfica con iniciativas de la cooperación española y europea	193		
5.7. Priorizar la búsqueda de sinergias entre los distintos actores de la propia autonomía de la cooperación sanitaria para implementar las acciones.....	193	CAPITULO VI. Conclusiones y recomendaciones.....	253
5.8. Dar fuerza a la representatividad local y fomentar sinergias entre los actores locales	193		
5.9. No fomentar estructuras paralelas de salud.....	194		
5.10. Definir claramente unos principios de acción en el sector de la salud	194		
CAPÍTULO V. Acción humanitaria	197		
1. Ayuda humanitaria internacional	197		
2. La ayuda humanitaria en la Unión Europea	203		
3. La acción humanitaria en la cooperación española.....	207		
3.1. Distribución geográfica	208		
3.2. La acción humanitaria bilateral	211		
3.3. La acción humanitaria multilateral.....	213		
3.4. La acción humanitaria por agentes	214		
3.5. La ayuda humanitaria descentralizada	216		

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Grafico 1.1.	Tasa de mortalidad menores de 5 años cada 1.000 nacidos vivos. 1990-2008. Fuente: Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe 2010	26	Gráfico 2.3.	Evolución de la AOD bilateral bruta destinada a los sectores de salud por el conjunto de países del CAD 2000-2008 (millones de dólares). Fuente: elaboración propia a partir de datos OCDE	102
Grafico 1.2.	Porcentaje de partos asistidos por personal de salud capacitado 1990-2008. Fuente: Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe 2010	28	Gráfico 3.1.	Evolución de la AOD planificada y desembolsada 2002-2009. Fuente: elaboración propia a partir de los PACI y de los informes de seguimiento PACI	125
Grafico 1.3.	AOD en salud y % destinado a salud reproductiva y a planificación familiar. Fuente: Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe 2010	30	Gráfico 3.2.	Evolución del porcentaje de RNB para AOD, planificado y desembolsado 2002-2009. Fuente: elaboración propia a partir de los PACI y de los informes de seguimiento PACI	126
Grafico 1.4.	Nº de personas, nuevos casos y fallecimientos por VIH/sida. Fuente: Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe 2010	31	Gráfico 3.3.	Evolución de la AOD en salud y del porcentaje sobre el total de AOD, 2002-2009 Fuente: elaboración propia a partir de los informes de seguimiento PACI	127
Gráfico 1.5.	Porcentaje de personas que reciben terapia antirretroviral. Fuente: Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe 2010	32	Gráfico 3.4.	AOD en salud por subsectores y canales, 2009. Fuente: elaboración propia a partir de datos seguimiento PACI 2009.....	129
Gráfico 1.6.	Porcentaje de menores de 5 años que duermen bajo mosquiteras 2000/2009. Fuente: Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe 2010	34	Gráfico 3.5.	Evolución de la AOD en salud por agentes. 2006-2009. Fuente: elaboración propia a partir de datos seguimiento PACI	129
Gráfico 1.7.	Millones de dosis de terapias combinadas de artemisina adquiridas en el mundo 2001-2010. Fuente: Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe 2010	35	Gráfico 3.6.	Evolución de la AOD en salud por canales. 2005-2009. Fuente: elaboración propia a partir de datos seguimiento PACI	130
Gráfico 1.8.	Número de casos de tuberculosis por 100.000 habitantes 1990-2008. Fuente: Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe 2010	36	Gráfico 3.7.	Evolución del monto de AOD en salud y de los fondos canalizados a través del GFATM. 2006-2009. Fuente: elaboración propia a partir de los informes de seguimiento del PACI 2006 a 2009	137
Gráfico 1.9.	Número de trabajadores de salud en el mundo. 2006. Fuente: Informe OMS. 2006	51	Gráfico 3.8.	Evolución de la AOD bilateral en salud, 2005-2009. Fuente: elaboración propia a partir de los informes de seguimiento PACI..	143
Gráfico 1.10.	Determinantes sociales de la salud, Dahlgren y Whitehead 1991	64	Gráfico 3.9.	Distribución de la AOD bilateral en salud por agentes financiadores, 2009. Fuente: elaboración propia a partir de datos seguimiento PACI 2009	144
Gráfico 1.11.	The WHO Health System Framework. WHO 2007. Everybody's Business. Strengthening health systems to improve health outcomes. WHO's framework for action	66	Gráfico 3.10.	Distribución geográfica de la AOD bilateral en salud por agentes, 2009. Fuente: elaboración propia a partir de datos seguimiento PACI 2009	146
Gráfico 2.1.	Evolución del % de AOD en salud respecto a la AOD bilateral distribuíble del CAD 2000-2008 (millones de dólares). Fuente: elaboración propia a partir de datos OCDE	100	Gráfico 3.11.	Evolución de los desembolsos de FAD para salud y % sobre AOD bilateral. 2005-2009 Fuente: elaboración propia a partir de datos seguimiento PACI 2009	148
Grafico 2.2.	Evolución % AOD bilateral bruta en salud sobre AOD distribuíble. CAD - España 2000-2008. Fuente: elaboración propia a partir de datos OCDE	101	Gráfico 3.12.	AOD en salud por subsectores y canales, 2009. Fuente: elaboración propia a partir de datos seguimiento PACI 2009.....	149

Gráfico 3.13.	Evolución de la AOD en salud por subsectores y canales, 2006-2009. Fuente: elaboración propia a partir de datos seguimiento PACI 2009	150
Gráfico 3.14.	Distribución por agente de la AOD en salud dirigida a zonas no prioritarias, 2009. Fuente: elaboración propia a partir de datos seguimiento PACI 2009	154
Gráfico 4.1.	Evolución de la AOD descentralizada en España. 1994-2008. Fuente: elaboración propia a partir de datos de los seguimientos de los PACI 2004-2008	170
Gráfico 4.2.	Evolución de AOD procedente de comunidades autónomas. En salud. (Incluye vía OMUDES). Fuente: elaboración propia a partir de datos del seguimiento del PACI 2004-2009.....	174
Gráfico 4.3.	Distribución de AOD vía OMUDES de las CCAA. 2009. Fuente: elaboración propia a partir de datos del seguimiento del PACI 2009	177
Gráfico 4.4.	Distribución sectorial de AOD en salud de las CCAA. 2004-2009. Fuente: elaboración propia a partir de datos del seguimiento del PACI 2009.....	178
Gráfico 4.5.	Distribución regional de la AOD en salud de las CCAA 2008/2009 (%).Fuente: elaboración propia a partir de los datos del seguimiento de los PACI 2008-2009	181
Gráfico 4.6.	Asignación de la ayuda en función de la renta. Fuente: elaboración propia a partir de los datos del seguimiento de los PACI 2004-2009.....	182
Gráfico 5.1.	Los 10 principales destinatarios de la ayuda del CERF en 2009. Fuente: Informe anual CERF 2009.....	200
Gráfico 5.2.	Contribuyentes y destinatarios de los fondos del CERF desde su inicio. Fuente: Informe anual CERF 2009.....	201
Gráfico 5.3.	Distribución de la ayuda humanitaria del CERF por sectores. Fuente: Informe anual CERF 2009.....	202
Gráfico 5.4.	Distribución de la ayuda por sectores. Fuente: Informe anual de ECHO 2009	204
Gráfico 5.5.	Evolución 2004-2009 de fondos ECHO y su distribución geográfica. Fuente: elaboración propia a partir del Informe anual de ECHO 2009	205
Gráfico 5.6.	Canalización de la ayuda de ECHO en 2009. Fuente: Informe anual de ECHO 2009	206

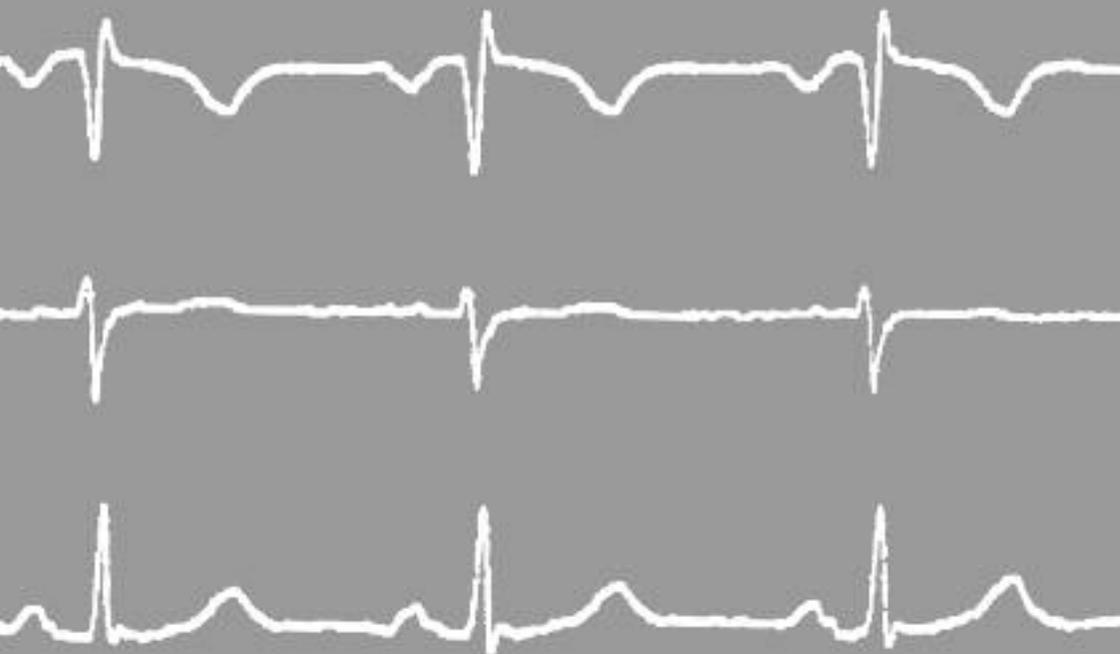
Gráfico 5.7.	Evolución 2006 – 2009 por destino de la AH española. Fuente: DGPOLDE	210
Gráfico 5.8.	Evolución de la AH por sectores de 2004 a 2009. Fuente: DGPOLDE	212
Gráfico 5.9.	Distribución sectorial vía OMUDES de la AH española 2009. Fuente: DGPOLDE.....	213

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.1.	Personal sanitario por regiones mundiales. Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la OMS, “Estadísticas sanitarias mundiales 2010”	52
Tabla 1.2.	Características generales de los distintos tipos de sistemas de salud. Tabla elaborada por el autor a partir de (Mossialos et al., 2002) (Black and Gruen, 2005) (WHO, 2000)	72
Tabla 1.3.	Ventajas y desventajas de los distintos tipos de sistemas de salud. Fuente: elaboración propia a partir de (Mossialos et al., 2002) (Oxfam et al., 2008) (People’sHealthMovement et al., 2006).....	75
Tabla 2.1.	AOD neta países del CAD 2003-2009 (en millones de dólares corrientes). Fuente: OCDE. http://www.oecd.org/statisticsdata	98
Tabla 2.2.	AOD neta (millones de dólares corrientes) y % PIB de los países del CAD 2008-2009. Fuente: elaboración propia a partir de estadísticas OCDE.	99
Tabla 2.3.	Distribución AOD bilateral bruta en salud por componentes. 2000-2008 (%). Fuente: elaboración propia a partir de datos OCDE	103
Tabla 2.4.	Distribución geográfica de AOD bilateral bruta en salud por nivel de ingreso del receptor (expresado en %). Fuente: elaboración propia a partir de datos OCDE	105
Tabla 2.5.	Distribución regional de AOD bilateral bruta en salud (expresado en %). Fuente: elaboración propia a partir de datos OCDE	106
Tabla 2.6.	Principales países receptores de AOD bilateral bruta española en salud. 2002-2008 (millones de dólares corrientes). Fuente: elaboración propia a partir de datos OCDE	107
Tabla 2.7.	Principales países receptores AOD bilateral bruta de conjunto de países del CAD en salud (millones de dólares corrientes)	108

Tabla 3.1.	Resumen de la AOD en salud. 2009. Fuente: elaboración propia a partir de los datos de seguimiento del PACI 2009.....	128	Tabla 3.14.	Orientación geográfica de la AOD en salud según categorías del Plan Director, 2009. Fuente: elaboración propia a partir de datos seguimiento PACI 2009	154
Tabla 3.2.	Organismos multilaterales hacia los que se ha canalizado prioritariamente la AOD española en salud en el período 2006-2009. Fuente: elaboración propia a partir de los documentos estratégicos de referencia y de los datos de seguimiento de AOD multilateral y multilateral del período señalado	136	Tabla 3.15.	Orientación geográfica de la AOD en salud según nivel de renta de los receptores, 2009. Fuente: elaboración propia a partir de datos seguimiento PACI 2009	155
Tabla 3.3.	Distribución de la AOD multilateral en salud según agente y receptor. 2009. Fuente: elaboración propia a partir de los datos de seguimiento del PACI 2009	140	Tabla 3.16.	Países que recibieron mayor cantidad de AOD en salud, 2009. Fuente: elaboración propia a partir de datos seguimiento PACI 2009	155
Tabla 3.4.	Distribución de AOD multilateral en salud según agente. 2009. Fuente: elaboración propia a partir de los datos de seguimiento del PACI 2009	141	Tabla 3.17.	Orientación geográfica de la AOD bilateral en salud, 2009. Fuente: elaboración propia a partir de datos seguimiento PACI 2009	156
Tabla 3.5.	Distribución de AOD multilateral en salud según organismo receptor. 2009. Fuente: elaboración propia a partir de datos seguimiento PACI	141	Tabla 3.18.	Orientación geográfica de la AOD bilateral en salud según categorías del Plan Director, 2009. Fuente: elaboración propia a partir de datos seguimiento PACI 2009.....	156
Tabla 3.6.	Principales organismos receptores de AOD multilateral y multilateral en salud, 2009. Fuente: elaboración propia a partir de los datos de seguimiento del PACI 2009	142	Tabla 3.19.	Distribución geográfica de la AOD bilateral en salud según nivel de renta de los receptores. Fuente: elaboración propia a partir de los datos de seguimiento del PACI 2009	157
Tabla 3.7.	Vías de canalización de la AOD bilateral en salud, 2009. Fuente: elaboración propia a partir de los datos de seguimiento del PACI 2009	143	Tabla 3.20.	Indicadores de seguimiento de los principios de la Declaración de París. Fuente: OCDE	159
Tabla 3.8.	AOD bilateral en salud por componentes CAD-CRS, 2009. Fuente: elaboración propia a partir de datos seguimiento PACI 2009	145	Tabla 4.1.	Evolución cooperación descentralizada. Fuente: elaboración propia a partir de datos del seguimiento de los PACI 2005-2008..	169
Tabla 3.9.	AOD bilateral en salud según prioridades geográficas del III Plan Director, 2009. Elaboración propia a partir de datos seguimiento PACI 2009	146	Tabla 4.2.	Evolución porcentaje de cada CCAA en el total de AOD autonómica 2005-2009. Fuente: elaboración propia a partir de los datos de seguimiento PACI 2005-2009	170
Tabla 3.10.	Desembolsos de créditos FAD para el sector salud, 2009. Elaboración propia a partir de datos seguimiento PACI 2009.....	147	Tabla 4.3.	% AOD por modalidades de ayuda. Fuente: elaboración propia a partir de datos seguimiento PACI 2009.....	171
Tabla 3.11.	Desagregación de la AOD en salud por canales y componentes CRS, 2009. Elaboración propia a partir de datos seguimiento PACI	151	Tabla 4.4.	AOD neta por comunidades autónomas. Fuente: elaboración propia a partir de datos seguimiento PACI 2005-2009	172
Tabla 3.12.	Evolución de la AOD en salud por componentes CRS, 2006-2009. Elaboración propia a partir de datos seguimiento PACI	152	Tabla 4.5.	Esfuerzo relativo que supone la AOD de las CCAA 2005-2009.AOD desembolsada. Fuente: elaboración propia a partir de datos del seguimiento del PACI 2006 y 2009	173
Tabla 3.13.	Orientación geográfica de la AOD en salud, 2009. Fuente: elaboración propia a partir de datos seguimiento PACI 2009.....	153	Tabla 4.6.	Distribución de la ayuda en salud de las CCAA 2009. Fuente: elaboración propia a partir de datos del seguimiento del PACI 2006-2009	175
			Tabla 4.7.	Vía de canalización de la AOD en salud autonómica. Fuente: elaboración propia a partir de los datos del seguimiento del PACI 2009	176

Tabla 4.8.	Distribución de la AOD desembolsada por las CCAA 2006-2009. Fuente: elaboración propia a partir de los datos del seguimiento de los PACI 2006-2009 179	Tabla 5.3.	Principales países destinatarios ayuda del CERF 2009. Fuente: Informe anual CERF 2009. OCHA200
Tabla 4.9.	Evolución de los diferentes subsectores de la AOD autonómica en salud. Fuente: elaboración propia a partir de los datos del seguimiento de los PACI 2006-2009 180	Tabla 5.4.	Principales donantes al CERF 2009. Fuente: Informe anual CERF 2009. OCHA 202
Tabla 4.10.	Distribución de la AOD en salud de las CCAA por sectores 2009. Fuente: elaboración propia a partir de los datos del seguimiento del PACI 2009 181	Tabla 5.5.	Presupuesto ECHO 2009. Presupuesto inicial frente al real. Fuente: elaboración propia a partir del Informe anual de ECHO 2009 203
Tabla 4.11.	AOD en salud dirigida a PMA por las CCAA. 2009. AOD desembolsada. Fuente: elaboración propia a partir de los datos del seguimiento del PACI 2009 183	Tabla 5.6.	Evolución 2004-2009 de fondos ECHO y su distribución geográfica. Fuente: elaboración propia a partir del Informe anual de ECHO 2009 204
Tabla 4.12.	10 países mayores receptores por volumen de AOD autonómica en salud.2009. Fuente: elaboración propia a partir de los datos del seguimiento del PACI 2009 184	Tabla 5.7.	Ayuda humanitaria ECHO 2009. Canalización a través de NNUU. Fuente: Informe anual de aportaciones de ECHO a NNUU 2009 206
Tabla 4.13.	Distribución de AOD financiada por CCAA según categorías de países receptores del Plan Director. 2009. Fuente: elaboración propia a partir de los datos del seguimiento del PACI 2009 184	Tabla 5.8.	AOD española destinada a acción humanitaria en 2009. Fuente: Dirección General de Planificación y Evaluación de Políticas de Desarrollo (DGPOLDE) 207
Tabla 4.14.	AOD bilateral de entidades locales por comunidad autónoma de pertenencia. Fuente: elaboración propia a partir de los datos del seguimiento del PACI 2009 185	Tabla 5.9.	Distribución geográfica AH española 2009. Fuente: DGPOLDE 209
Tabla 4.15.	EELL con mayor AOD en salud 2009. Fuente: elaboración propia a partir de los datos del seguimiento del PACI 2009 186	Tabla 5.10.	AH española 2009: países destinatarios según nivel de renta. Fuente: DGPOLDE 210
Tabla 4.16.	Distribución de AOD financiada por EELL según categorías de países receptores del Plan Director. 2009. Fuente: elaboración propia a partir de los datos del seguimiento del PACI 2009 187	Tabla 5.11.	AOD bilateral en acción humanitaria 2009: distribución por líneas sectoriales. Fuente: DGPOLDE 211
Tabla 4.17.	Distribución según nivel de renta. Fuente: elaboración propia a partir de los datos del seguimiento del PACI 2009 187	Tabla 5.12.	Canalización de la AH española 2009 multibilateral. Fuente: DGPOLDE 213
Tabla 4.18.	Distribución regional de la AOD bilateral neta en salud de las EELL. 2009. Fuente: elaboración propia a partir de los datos del seguimiento del PACI 2009 188	Tabla 5.13.	AOD destinada a AH dentro de la Administración General del Estado. Fuente: DGPOLDE 215
Tabla 4.19.	Composición subsectorial de la AOD total en salud de EELL.2009. Fuente: elaboración propia a partir de los datos del seguimiento del PACI 2009 189	Tabla 5.14.	Ayuda humanitaria descentralizada por actores 2008-2009. Fuente: DGPOLDE 216
Tabla 5.1.	Fondo central de respuesta a emergencias: evolución de fondos 2006-2009. Fuente: Oficina de Ayuda de NNUU 198	Tabla 5.15.	Evolución de AH descentralizada con respecto a la Administración General del Estado. Fuente: DGPOLDE 216
Tabla 5.2.	Agencias receptoras de los fondos del CERF 2009. Fuente: Informe anual CERF 2009. OCHA 199	Tabla 5.16.	Ayuda humanitaria descentralizada 2009 por CCAA y vías de canalización. Fuente: DGPOLDE 217
		Tabla 5.17.	Distribución sectorial de AH descentralizada (CCAA) 2009. Fuente: DGPOLDE 217
		Tabla 5.18.	Distribución AH descentralizada (CCAA) 2009. Por región de destino y vía de canalización. Fuente: DGPOLDE 218
		Tabla 5.19.	AH española descentralizada (CCAA) 2009 según renta país destino y vía de canalización de la ayuda. Fuente: DGPOLDE 218



INTRODUCCIÓN

La salud es un derecho humano fundamental y un bien público global que depende en gran medida de la voluntad política de quienes nos gobiernan, si bien, para muchos ciudadanos la voluntad política no es suficiente si no se acompaña de ayuda internacional. El compromiso de la comunidad internacional de erradicar el hambre y la miseria en el mundo debería ser incondicional, pues se trata de una condición mínima e indispensable para que la salud esté al alcance de todas las personas.

En 2009, al igual que en años anteriores, los esfuerzos de la comunidad internacional han estado dirigidos al cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). Para contribuir a este empeño sigue siendo indispensable que los países cumplan sus compromisos y que la ayuda internacional fluya desde los países más enriquecidos hacia los países más empobrecidos. Sin embargo, con demasiada frecuencia, observamos que la comunidad internacional es prolija en adquirir compromisos que no asume, tanto en el ámbito de la cooperación en general como en el de la salud en particular.

El origen de los incumplimientos reiterados podemos situarlo en 1981, cuando los países acordaron destinar el 0,7% del total de la renta nacional bruta a cooperación (34ª sesión de la Asamblea General de las Naciones Unidas). Han pasado 29 años, por tanto, del primer gran compromiso cuantitativo de los países donantes en la lucha contra la pobreza, compromiso que apenas cumplen unos pocos países.

La crisis económica mundial ha dado pruebas de las deficiencias y las desigualdades del sistema actual y se está convirtiendo en el pretexto más utilizado para justificar el incumplimiento de otro de los compromisos importantes adquirido por todos los países en el seno de las Naciones Unidas, el compromiso de los ODM. A cinco años de la fecha prevista para su consecución, ya hay voces que reclaman la necesidad de modificar los plazos. Una vez más parece que la lucha contra la pobreza es uno de esos problemas que puede esperar a pesar de que desde instituciones como el Banco Mundial se afirme que, durante el período que va de 2009 a finales de 2015, pueden producirse 1,2 millones de muertes adicionales de niños menores de cinco años por causas relacionadas con la crisis financiera.

La crisis se ha instalado en el subconsciente colectivo y parece que lleve una eternidad entre nosotros y, sin duda, para muchas personas así es. En un tiempo, no muy lejano, los países ricos se reunían para ver cuál de ellos tenía el PIB más elevado, cuántos países habían adelantado en el ranking o qué puesto ocupaban. Y en ese tiempo de bonanza económica, los compromisos de la comunidad internacional en materia de cooperación tampoco se cumplieron.

Desde este informe, año tras año, venimos reclamando a la comunidad internacional la responsabilidad de asumir todas las iniciativas y decisiones que le competen para ayudar a los países más pobres. Ahora, en un contexto de crisis mundial, con mayor motivo seguimos pidiendo a la comunidad internacional que cumpla sus compromisos y ayude a los países del sur a afrontar esta crisis de la que ellos, en modo alguno, son responsables. Además, pedimos que el sector salud se convierta en prioridad estratégica para garantizar el cumplimiento de un derecho fundamental que, al mismo tiempo, es condición necesaria para el desarrollo.

En esta edición, *"La salud en la cooperación al desarrollo y la acción humanitaria. Informe 2010"*, Prosalus, Médicos del Mundo y **medicumundi**, organizaciones especializadas en cooperación sanitaria, analizamos los hechos más relevantes que han ocurrido en la cooperación sanitaria internacional y el papel que la cooperación española está desempeñando en este sector.

En el primer capítulo se describe cuál es el panorama general de la salud en el mundo, con especial atención en la consecución de los ODM en salud, qué eventos destacados han ocurrido desde la anterior edición del informe y cuáles van a tener lugar en el próximo año. También se analizan dos aspectos cruciales para la mejora de la situación mundial: el fortalecimiento de los sistemas de salud y el problema de los recursos humanos sanitarios.

Este año el análisis de la perspectiva internacional, capítulo II, se centra en la presidencia española de la Unión Europea y en la importancia que la división del trabajo pueda llegar a tener en la cooperación sanitaria. Con respecto al análisis de los datos del CAD y de la Unión Europea, a la hora de cerrar la edición no hemos podido obtener muchos más datos de los que ya presentamos en el informe de 2009, por lo que, para mantener la misma estructura de años anteriores, presentamos un resumen de los datos más importantes recogidos en el informe anterior, incorporando los nuevos datos obtenidos.

En el tercer capítulo, describimos el comportamiento que ha tenido la cooperación española en salud durante 2009, con un análisis específico de la AOD multilateral en salud. Y es que dentro de la AOD española destinada al sector salud, el apartado de AOD canalizada a través de organismos multilaterales (multilateral y multilateral) ha crecido enormemente en los últimos cinco años. Finalizamos el capítulo

explicando qué es y en qué consiste la iniciativa IHP+, o International Health Partnership and Related Initiatives (Asociación Internacional de Salud e Iniciativas Relacionadas) lanzada en 2007 y a la que se ha sumado España en 2010. Su origen está en un grupo de socios que comparten el interés común en mejorar los servicios y resultados de salud a través del abordaje de los principios de París y Accra sobre la efectividad de la ayuda.

En el capítulo IV se analiza la cooperación descentralizada en el sector salud. Este año hemos añadido el *"Decálogo de trabajo de la cooperación descentralizada en salud"* cuya pretensión no es otra que facilitar elementos que permitan comenzar una reflexión sobre el papel de la cooperación descentralizada en el sector sanitario y cómo mejorar su eficacia e impacto.

En el capítulo V, además de los datos de la ayuda humanitaria internacional y española, incorporamos un análisis de la emergencia de Haití, aportando nuestra opinión relativa a la situación actual. Finalizamos el capítulo reivindicando la importancia de trabajar la salud sexual y reproductiva en situaciones de emergencia.

Como es habitual, el informe concluye con un apartado en el que recogemos las conclusiones y recomendaciones más relevantes de todos los capítulos. Nuestro deseo es que las propuestas, análisis y conclusiones sirvan para ayudar a la mejora de la eficacia, efectividad e impacto de la cooperación sanitaria internacional y española, y que todos los actores que trabajamos en el sector demos respuesta a la demanda de buena salud que la población solicita, no como una ayuda sino como un derecho que tiene cualquier ser humano de cualquier parte del mundo.

Finalizamos esta introducción agradeciendo la colaboración de todas las personas que han contribuido a la publicación del informe sobre la salud en la cooperación al desarrollo y la acción humanitaria, especialmente al personal de la Dirección General de Planificación y Evaluación de Políticas para el Desarrollo del Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación –en particular, a Gabriel Ferrero, Miguel Casado, Jorge Seoane y Pilar Montero–, al departamento de cooperación sectorial de la AECID –en concreto, a Sergio Galán y Claudia Aguirre Arocena– y a Juan Garay, coordinador de salud de la Dirección General de Desarrollo de la Comisión Europea.



CAPÍTULO I. SALUD Y DESARROLLO

1. INTRODUCCIÓN

Durante 2010 el panorama mundial de la salud no se ha visto alterado por ninguna enfermedad tan mediática como lo fue en 2009 la gripe A. Las personas siguen sufriendo en mayor o menor medida la conjunción de enfermedades infecciosas, (destacando el VIH/sida, la malaria y la tuberculosis), las afecciones maternas y perinatales derivadas del embarazo y el parto, las enfermedades no transmisibles (especialmente las cardiovasculares y el cáncer) y los traumatismos.

Si analizamos la situación con una perspectiva histórica, podemos asegurar que la salud en el mundo ha mejorado en las últimas décadas, teniendo en cuenta los indicadores más importantes del sector. Sin embargo, pese a los avances, la situación de salud no es homogénea en el mundo y es manifiestamente mejorable en algunas regiones, como en África subsahariana.

Todas las enfermedades están condicionadas por unos factores o determinantes que explican la gran falta de equidad en salud existente en la actualidad. Normalmente, cuando hablamos de factores en el sector de la salud nos referimos a los factores sanitarios, como el personal o los recursos técnicos o materiales necesarios para mejorar el acceso a los sistemas de salud. La falta de acceso a los servicios de salud es una de las causas principales que explican las grandes diferencias existentes en el mundo en cuanto a nivel de salud de la población. Sin embargo, no podemos olvidar otros factores que influyen en igual o mayor medida que los puramente sanitarios, como son los ambientales, económicos y políticos, o los determinantes sociales y culturales.

Los avances conseguidos hasta el momento dependen de que se mantengan o incluso se incrementen los recursos que se destinan al sector de la salud. En este sentido, la crisis económica mundial que comenzó en 2008 puede afectar de forma muy importante a los logros conseguidos, ya que disminuyen los recursos tanto locales como de cooperación internacional destinados al sector de la salud. De hecho, el Banco Mundial espera que, a finales de 2010, 64 millones más de personas vivan en extrema pobreza,

poniendo en peligro la consecución del objetivo 1 de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) de disminuir a la mitad en 2015 la tasa de pobreza¹. Y donde se dan mayores problemas de salud encontramos mayor dependencia a la ayuda oficial al desarrollo (AOD). En África la AOD supone el 9% del PIB y hay países en los que la dependencia es más acusada. En Malawi, la AOD constituye el 20% del PIB y en Burundi y Sierra Leona el 30%². En esos países la disminución de la cooperación sanitaria tendrá peores consecuencias para la población.

En este capítulo se describe cuál es el panorama general de la salud en el mundo, con especial atención en la consecución de los ODM en salud, qué eventos destacados han ocurrido en el periodo de redacción del informe y cuáles van a tener lugar en el próximo año. Por último, se analizan dos aspectos cruciales para la mejora de la situación mundial: el fortalecimiento de los sistemas de salud y el problema de los recursos humanos sanitarios.

2. LA SITUACIÓN DE LA SALUD EN EL MUNDO

Pese a los evidentes avances que en los últimos años se están logrando en la lucha contra las enfermedades, la mejora no es igual en todo el mundo. En 2010, no ha habido grandes cambios en los patrones de enfermedad. Las enfermedades cardiovasculares, la diabetes, el cáncer y las enfermedades respiratorias crónicas causan 35 millones de muertes al año, el 60% de todas las muertes del mundo. Cuatro de cada cinco muertes tienen lugar en países de bajos y medianos ingresos³.

En los países de ingresos bajos las enfermedades transmisibles y las derivadas de complicaciones en el embarazo y parto siguen ocupando un lugar importante: suponen el 69% del total de los años de vida perdidos, mientras que en los países de ingresos medios y altos las afecciones no transmisibles suponen el 50% y 77% respectivamente.

Según las estadísticas sanitarias mundiales que facilita la OMS⁴, las tasas de mortalidad de la niñez son casi 20 veces más altas en los países de ingresos bajos que en los de ingresos altos. En los países de ingresos bajos, la mortalidad en la niñez estuvo comprendida en 2008 entre 14 y 257 por 1.000 nacidos vivos, es decir, una tasa 18 veces mayor que en los países de ingresos altos.

1. <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/BANCOMUNDIAL/NEWSSPANNISH/0,contentMDK:20550455~menuPK:1074643~pagePK:64257043~piPK:437376~theSitePK:1074568,00.html>

2. "Flujos de ayuda en tiempos de crisis". Mold A.; Prizzon A.; et al. Conference on Development Cooperation in Times of Crisis and on Achieving the MDGs, IFEMA Convention Centre (Madrid); 9-10 June 2010

3. http://www.suc.org.uy/pdf/importantesONG_enf_no_transm.pdf

4. Estadísticas sanitarias mundiales 2010, OMS

La esperanza de vida media al nacer en el mundo es de 68 años. Varía desde los 83 años en Japón o los 81 de España, a los 42 años de Afganistán o Zimbabwe. Por regiones, África subsahariana tiene una esperanza de vida de 53 años (52 para los hombres y 54 para las mujeres). Por el contrario, en América la esperanza de vida sana es de 76 años. El aumento de la esperanza de vida tiene una relación directa con el incremento del gasto per cápita en salud y, en casi una cuarta parte de los países, el gasto es menor de 100 dólares por persona al año, cuando la media mundial alcanza los 863 dólares por persona y año. Esta financiación se relaciona directamente con la cobertura de servicios sanitarios que dispone la población. El número de camas hospitalarias por cada 10.000 habitantes es de 9 en África, frente a 63 en Europa.

Con respecto a las enfermedades infecciosas, además de la malaria, la tuberculosis y el VIH/sida, existen otras que tienen una presencia importante en algunas regiones. En Asia sudoriental se notificaron en 2008 más de 160.000 casos de lepra, 126.000 casos de rubéola en el Pacífico occidental y más de 160.000 casos de cólera en África subsahariana. Con respecto a la gripe A, en 2010 se han cumplido las mejores expectativas; ya a finales de 2009 se veía que esta enfermedad no iba a tener la gravedad que en un primer momento se esperaba. A pesar de quedar demostrado que la estrategia que puso en práctica la OMS fue inadecuada, provocando alarma y gastos innecesarios, se sigue insistiendo en que se actuó correctamente.

2.1. Consecución de los ODM en salud

Quedan 5 años para 2015, fecha en la que se deberían cumplir los ODM, incluidos los tres objetivos referidos a salud. Durante los últimos años se han producido avances muy importantes que permiten afirmar que esta iniciativa ha sido positiva en su conjunto. Sin embargo, la falta de un compromiso real de todos los países con la consecución de los ODM, que se ha plasmado en insuficiente financiación e inadecuada gestión y planificación, ha impedido universalizar estrategias eficaces que tuvieran como base la atención primaria de salud y el fortalecimiento de los sistemas de salud. Aún falta conseguir el 60% del conjunto de los ODM, cuando solamente nos queda el 30% del tiempo. Algunos autores opinan que deberíamos centrar nuestra atención en cambiar las reglas del comercio mundial, revertir el cambio climático y reducir las desigualdades internas⁵.

La incorporación de nuevos agentes en la cooperación sanitaria –como por ejemplo las alianzas público-privadas– ha supuesto una inyección financiera fundamental en la lucha contra ciertas enfermedades. Asimismo, la cooperación en salud se ha convertido

5. [file:///E:/informe%20salud/articulos/Cambiar%20el%20curso%20cambiando%20el%20discurso%20sobre%20los%20ODM%20\(ARI\)%20-%20Elcano.htm](file:///E:/informe%20salud/articulos/Cambiar%20el%20curso%20cambiando%20el%20discurso%20sobre%20los%20ODM%20(ARI)%20-%20Elcano.htm)

en una realidad mucho más compleja, creándose una telaraña de iniciativas, en ocasiones interconectadas, que suponen en muchos casos duplicidad de esfuerzos ineficientes, donde la función de rectoría se diluye al crearse estructuras paralelas a las de Naciones Unidas, lo que dificulta el trabajo de los países receptores. Además, no se profundiza en consolidar de forma sostenible los logros alcanzados, por lo que, en cualquier momento, si no se recibe ayuda externa, la situación puede llegar a revertirse, volviendo a las situaciones pasadas.

Por otra parte, la consecución de un ODM está vinculada con la de los otros, de ahí que existan plataformas y organizaciones en el sector de la salud que reclaman una visión holística de los ODM para reducir costos y mejorar la eficacia de las acciones, priorizando las zonas con mayores carencias⁶.

Si bien todos los ODM están relacionados con la salud, solamente vamos a analizar los tres ODM relacionados directamente con la salud, y mostraremos algunos datos de otros ODM muy vinculados, como nutrición o acceso a agua y saneamiento.

ODM 4: mortalidad infantil

La mortalidad infantil es una lacra que existe en el mundo porque no tenemos verdadera voluntad de erradicarla, ya que la mayor parte de sus causas son prevenibles o tratables; es la falta de equidad existente en el mundo la que provoca que se mantenga la situación actual. En el informe 2010 de los Objetivos de Desarrollo del Milenio que realiza Naciones Unidas todos los años con el fin de comprobar los avances en los ODM, se afirma que en 2008 murieron 8,8 millones de niños y niñas menores de 5 años, número que UNICEF estima que ha descendido hasta 8,1 millones en 2009⁷. Casi 22.000 niños y niñas mueren cada día, a pesar de los grandes avances habidos desde 1990 (cuando morían 34.000 al día).

Consideramos que un país tiene una elevada tasa de mortalidad infantil cuando supera los 40 muertos por cada 1.000, y en esta situación están 67 países, de los cuales solamente 10 están en camino de lograr este ODM en 2015. Solamente cuatro enfermedades son las causantes del 43% de estas muertes, la neumonía, las diarreas, el VIH/sida y la malaria, a las que se tiene que sumar la mortalidad perinatal, estrechamente ligada a la mortalidad materna. Curiosamente, la mayoría de los programas de salud internacionales van dirigidos a la malaria y el sida, a pesar de que las neumonías y las diarreas son las que causan mayor mortalidad y, por tanto, en ellas se debería centrar la atención. Otro factor que está muy relacionado con la mortalidad infantil es

la malnutrición, pues aumenta el riesgo de muerte. Se estima que en 2008 una tercera parte de las muertes en menores de 5 años estuvieron relacionadas de alguna forma con la malnutrición.

Globalmente, el objetivo de reducir en dos tercios la mortalidad infantil de 1990 a 2015 ha experimentado en los últimos años unos avances muy importantes. De una tasa de 100 niños menores de 5 años muertos por cada 1.000 nacidos vivos, estamos actualmente en 72, lo que supone la reducción del 28%, siendo importante está muy alejada del 50% que deberíamos haber alcanzado en 2010, como paso intermedio para alcanzar el 75% en 2015. Como aspecto positivo destacaremos que la reducción conseguida se está acelerando en los últimos años, por lo que no hay que disminuir los esfuerzos internacionales para mejorar la salud infantil.

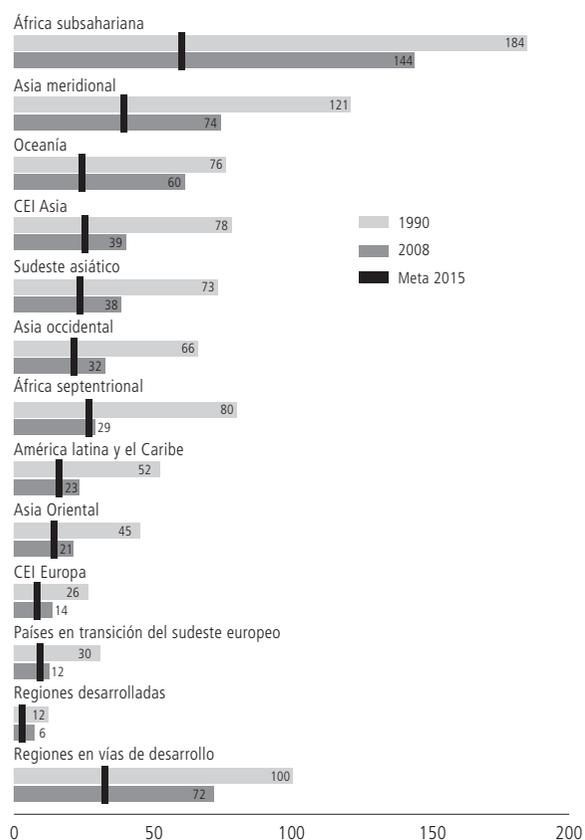
África subsahariana es la región que está más alejada de conseguir este objetivo y también partía de una peor situación inicial. En 2008 uno de cada siete niños de esta región murió antes de llegar a los 5 años, lo que supuso la mitad de las muertes infantiles ocurridas en el mundo en ese año. En los países desarrollados fue 20 veces menor, con una muerte de cada 167. En esta línea, 33 países de los 34 que superan la tasa de 100 defunciones por 1.000 están en África subsahariana. Según UNICEF, Nigeria e India abarcan la tercera parte de toda la mortalidad infantil y, si les sumamos la República Democrática del Congo, China y Pakistán, alcanzamos la mitad del total de la mortalidad mundial de menores de 5 años.

Cuando se analiza la situación de cada país las cifras nos muestran que la mejora en los resultados depende, en gran medida, de la alianza entre el compromiso de los países receptores e instituciones donantes. Desde 1990 algunos países de extrema pobreza –como Níger, Malawi o Mozambique– han conseguido disminuciones en la mortalidad infantil de más de 100 muertes cada 1.000 nacidos vivos.

6. "Breaking barriers: working together to achieve a healthy, hunger-free world" AFGH, WaterAid. End Water Poverty, ACF, 2010

7. "Levels & Trends in Child Mortality: Report 2010", UNICEF, 2010

GRÁFICO 1.1. TASA DE MORTALIDAD MENORES DE 5 AÑOS CADA 1.000 NACIDOS VIVOS. 1990-2008



Fuente: Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe 2010

La vacunación infantil es una de las herramientas más importantes que tienen los sistemas sanitarios para disminuir la mortalidad infantil, pero se deben fortalecer los sistemas de salud para asegurar la sostenibilidad. Las Naciones Unidas, en su informe 2010 sobre los ODM, además de comentar las posibilidades de nuevas vacunas que mejorarían la esperanza de vida infantil, observan con preocupación cómo los grandes logros conseguidos en la lucha contra el sarampión –bajando de 730.000 muertes en 2000 a 164.000 en 2008, con una cobertura mundial del 83% de los niños y niñas–, están comprometidos seriamente porque disminuyen los fondos para el control de esa enfermedad, lo que puede suponer un repunte en el fallecimiento de 1,3 millones de niños y niñas entre 2010 y 2013.

ODM 5: mortalidad materna

Este ODM tiene dos elementos que cumplir en 2015: disminuir un 75% la mortalidad materna y lograr el acceso universal a salud reproductiva, lo que implica que el 100% de mujeres que lo necesiten tengan acceso a servicios adecuados de salud reproductiva.

Estos dos objetivos están estrechamente vinculados. La mortalidad materna es un indicador fiable de cuál es la situación de un sistema de salud, ya que la mayoría de las muertes son evitables con servicios de salud adecuados y, para ello, deben contar con servicios de salud reproductiva, incluyendo la planificación familiar.

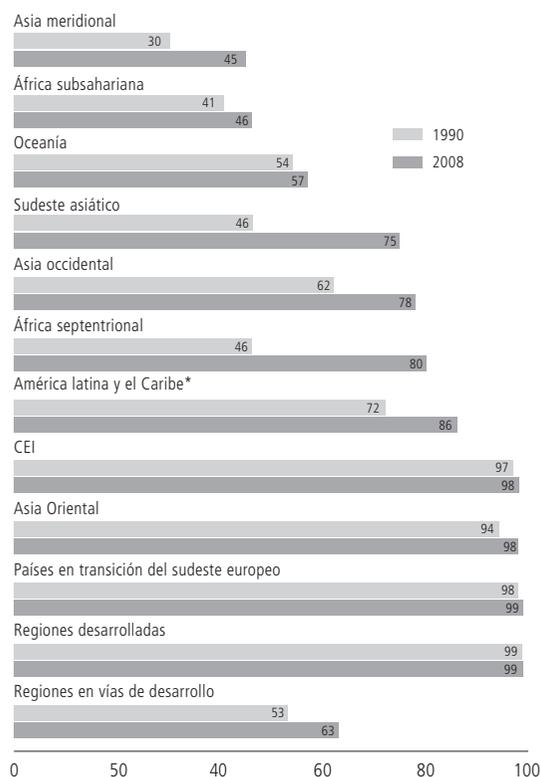
Hasta hace poco las estadísticas sobre dicho ODM eran las menos actualizadas y los indicadores que se usaban no mostraban realmente la situación presente de la mortalidad materna. En 2010 la OMS, junto a UNICEF, Banco Mundial y FNUAP, ha publicado el informe “Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2008”, donde se estima que durante este periodo de tiempo el número de mujeres fallecidas por complicaciones en el embarazo y parto ha disminuido una tercera parte (34%⁸, pasando de 546.000 fallecidas a 358.000. Sin embargo, y aún siendo una noticia positiva, esta tasa de reducción de la mortalidad materna alcanza el 2,3% anual, prácticamente la mitad de lo que debería suceder para cumplir ese ODM, que requeriría el 5,5% anual. De hecho, de los países estudiados (que significan el 99,8% de los nacimientos mundiales), 147 países han disminuido sus cifras de mortalidad materna (90 en un 40% o más), 2 no cambian y en 23 se han incrementado.

Como en todos los aspectos relacionados con la salud, la situación mundial no es homogénea. Prácticamente todas las muertes, el 99%, se dan en países en desarrollo, especialmente en África subsahariana y Asia meridional, que suman 313.000 muertes en 2008, el 87% del total. Cada día 1.000 mujeres mueren por causas relacionadas con el embarazo y parto, el 57% en África subsahariana (640 muertes por cada 100.000 nacidos vivos) y el 30% en Asia meridional (290 muertes por cada 100.000 nacidos vivos), en contraposición con las 5 muertes diarias de los países en desarrollo. Sin embargo, hay aspectos positivos. Aunque no es suficiente, se ha conseguido disminuir esta mortalidad en todas las regiones: en África subsahariana ha disminuido el 26% y en Asia más del 50%. El 65% de la mortalidad materna ocurre en 11 países, por lo que sería muy fácil que la comunidad internacional tomara medidas urgentes en estos 5 años para revertir la situación, para lo cual se deberían mejorar de forma muy importante los servicios de salud reproductiva en las regiones citadas. Hay que destacar que más de la mitad de la mortalidad materna (53%) es debida exclusivamente a hemorragias puerperales graves e hipertensión⁹, causas que, con un adecuado control sanitario prenatal, puerperal y postnatal, disminuirían de forma radical.

8. http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241500265_eng.pdf

Como observamos en el siguiente gráfico, se ha conseguido que en el conjunto de los países en desarrollo se incremente el número de embarazadas cuyos partos están asistidos por personal cualificado, del 53% en 1990 al 63% en 2008, pero distribuidos de forma desigual. En las regiones donde existe mayor mortalidad materna, Asia meridional y África subsahariana, es precisamente donde menos se ha avanzado. El continente que ha experimentado menos avances en este periodo es Oceanía, apenas un 3%, por lo que no es de extrañar que sea la tercera región mundial con mayor mortalidad materna, con 100 muertes cada 100.000 nacidos vivos.

GRÁFICO 1.2. PORCENTAJE DE PARTOS ASISTIDOS POR PERSONAL DE SALUD CAPACITADO 1990-2008



Fuente: Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe 2010

9. MDG Report 2010 Es 20100612 r9.indd Sec1:31

Para conseguir mejores resultados, el Fondo de Población de Naciones Unidas (FNUAP) solicita urgentemente que se mejoren las carencias que existen de personal sanitario y de financiación de servicios de salud reproductiva¹⁰. En este sentido, ha habido países de todas las regiones que se han implicado en la lucha contra la mortalidad materna y han avanzado mucho en los últimos años, como Rumania (84% menos de mortalidad materna en 2008 que en 1990), Eritrea (69% menos), Irán (80% menos), Guinea Ecuatorial (73% menos) o Egipto (63% menos).

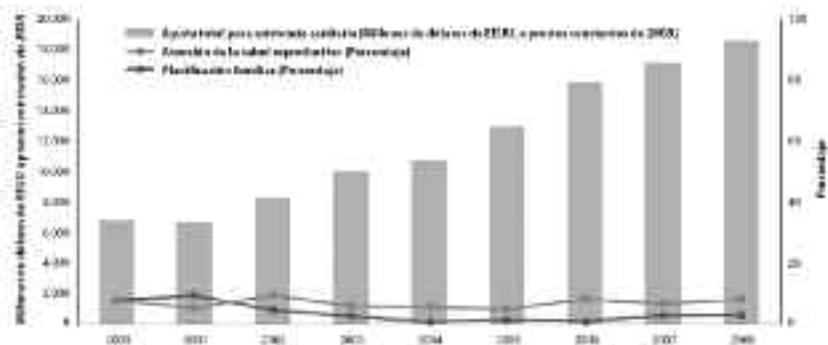
Aunque las diferencias se están reduciendo, aún existe una brecha importante entre la mortalidad materna en áreas rurales y en áreas urbanas, en gran parte debido a la dificultad de acceso al sistema de salud por parte de las mujeres que viven en zonas rurales que, en el caso de África subsahariana, es el 20% menos de acceso al cuidado prenatal respecto a las mujeres que viven en zonas urbanas. Estas dificultades de acceso son, principalmente, geográficas, económicas, culturales y sociales. La pobreza es el factor que explica en mayor medida las diferencias en el acceso. En el sur de Asia las mujeres más ricas tienen una probabilidad cinco veces mayor de ser atendidas por personal capacitado durante el embarazo; en África subsahariana esta probabilidad es tres veces mayor.

Asimismo, debemos considerar que la salud reproductiva también está influenciada por el conjunto de enfermedades. Por lo tanto, se requiere reforzar el sistema de salud globalmente si se quiere ser eficaces en la disminución de la mortalidad materna. Por ejemplo, la pandemia del sida provoca 42.000 muertes de embarazadas (más del 11% del total de la mortalidad materna) y el 40% de las embarazadas en países en desarrollo sufren de anemia. Además, algunos factores culturales y sociales están entre los mayores obstáculos que tienen las mujeres para lograr el acceso a servicios de salud reproductiva, especialmente a los de planificación familiar, que podría ser una de las posibles soluciones al elevado número de abortos inseguros que provocan la elevada mortandad entre las mujeres grávidas (9% de todas las muertes en 2008, o lo que es lo mismo, más de 28.000 muertes).

La disminución en más de cinco puntos porcentuales de la financiación de la planificación familiar entre 2000 y 2008 que nos muestra el siguiente gráfico, así como el bajo peso que tienen los servicios de salud reproductiva con respecto a la AOD total en salud, nos permite afirmar que existen otros factores, que no son los puramente sanitarios, los que están afectando de forma importante el acceso a unos adecuados servicios de salud sexual y reproductiva, cuyas consecuencias son muy graves, incluso letales, para muchas mujeres en el mundo.

10. http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2010/maternal_mortality_20100915/es/index.html

GRÁFICO 1.3. AOD EN SALUD Y % DESTINADO A SALUD REPRODUCTIVA Y A PLANIFICACIÓN FAMILIAR



Fuente: Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe 2010

Durante la conferencia sobre la consecución de los ODM, en septiembre de 2010, el secretario general de las Naciones Unidas anunció una estrategia global para la salud de mujeres y niños, que contará unos recursos de 40.000 millones de dólares para los próximos 5 años¹¹. En este periodo se pretende salvar la vida a 570.000 mujeres y a 15 millones de niños y niñas menores de 5 años. Debemos esperar para comprobar cómo se implementa y si se centra en el fortalecimiento de los sistemas de salud o en programas verticales.

ODM 6: lucha contra el VIH/sida, la malaria y otras enfermedades

La lucha contra el VIH/sida y la malaria son, en los últimos años, un foco de atención preferente dentro de la cooperación sanitaria internacional, habiéndose destinado a ella la mayor parte de la financiación, por lo que, posiblemente, se vea más afectada por la crisis económica. De hecho, algunos autores alertan ya de las consecuencias que puede tener la congelación de presupuestos entre 2009 y 2014 por parte de algunos de los grandes donantes como PEPFAR (Plan Presidencial de Respuesta contra el Sida, de Estados Unidos)¹². Sin embargo, estos datos también confirman que la estrategia implementada durante los últimos años no ha tenido en cuenta la sostenibilidad de unas acciones que, a pesar de su elevada eficacia, se mantienen casi exclusivamente por la

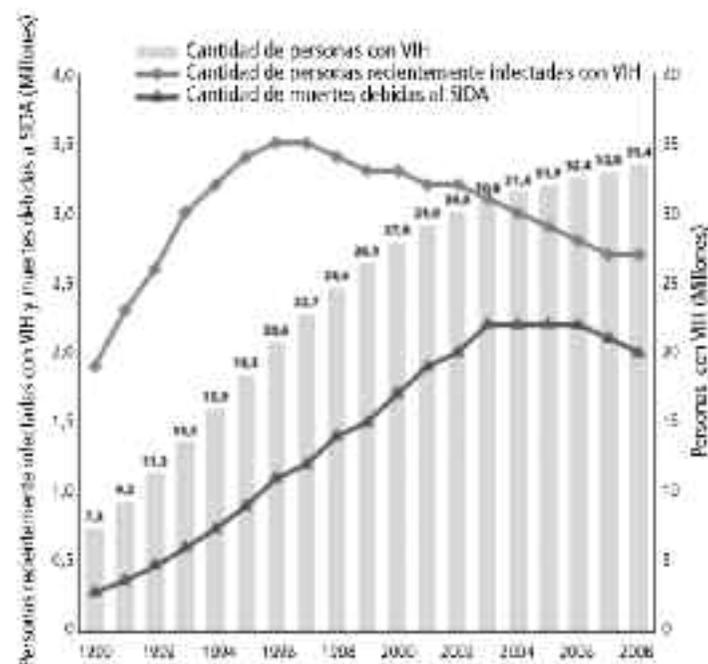
11. http://www.un.org/sg/hf/Global_StrategyEN.pdf

12. "No es momento de rendirse: crisis en la financiación de la lucha contra el sida en África". Médicos Sin Fronteras. Informe julio 2010.

cooperación internacional. Esa enfermedad está influenciada por muchos factores, siendo la desigualdad por motivos de género uno de los más evidentes.

En todo el mundo, la epidemia del sida sigue siendo uno de los mayores problemas de salud. A pesar de que, paulatinamente, va descendiendo el número de nuevos casos y de fallecimientos, en 2008 murieron dos millones de personas y hubo 2,7 millones de nuevos infectados. El 72% de las nuevas infecciones corresponden otra vez a África subsahariana, aunque también en Asia existe una alta tasa de nuevas infecciones. El 40% de los nuevos infectados en 2008 fueron gente joven.

GRÁFICO 1.4. NÚMERO DE PERSONAS, NUEVOS CASOS Y FALLECIMIENTOS POR VIH/SIDA



Fuente: Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe 2010

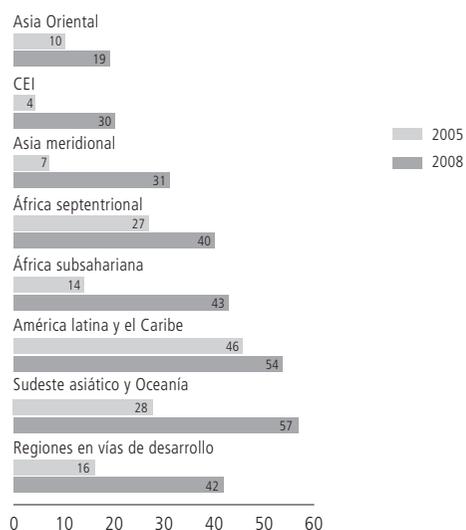
La lucha contra el sida ha permitido que en los lugares donde hay acceso a tratamiento antirretroviral se convierta en una enfermedad crónica, aumentando la supervivencia de los pacientes. Por este motivo, aún descendiendo el número de nuevas infecciones por año en 800.000 casos desde 1996, el número de personas que viven con VIH/sida aumenta, alcanzado en 2008 los 33,4 millones, dos tercios de ellos en África subsahariana.

El conocimiento de cómo se transmite la enfermedad es un elemento indispensable para evitar la propagación de la misma. En este sentido, solamente un tercio de los jóvenes y un quinto de las jóvenes de los países en desarrollo dicen tener este conocimiento. Preocupante es la situación que se vive en el norte de África: sólo el 8% de las mujeres jóvenes dice saber cómo se transmite el VIH/sida, cifras radicalmente opuestas a las metas marcadas en 2001 por Naciones Unidas, que debían alcanzar el 95%. Esta situación varía dependiendo del país que analicemos y de los esfuerzos que se hagan contra esta enfermedad. Algunos países (Ruanda, Camboya) han alcanzado el 50% de conocimiento sobre la transmisión del VIH entre las mujeres jóvenes en 2008.

La prevención es otro elemento que debe ir unido a la educación en la lucha contra el sida. La utilización del preservativo es la manera más eficaz de evitar el contagio en las relaciones sexuales de riesgo. Sin embargo, en una encuesta poblacional se señaló que menos del 50% de los hombres y del 33% de las mujeres de los países en desarrollo lo utilizaron en su última relación de riesgo.

El tratamiento y su acceso es uno de los problemas más visibles que plantea la lucha contra el sida. En el siguiente gráfico podemos observar que la meta de lograr el acceso universal a tratamiento antirretroviral está muy lejos de cumplirse, a pesar de los enormes avances conseguidos.

GRÁFICO 1.5. PORCENTAJE DE PERSONAS QUE RECIBEN TERAPIA ANTIRRETROVIRAL



Fuente: Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe 2010

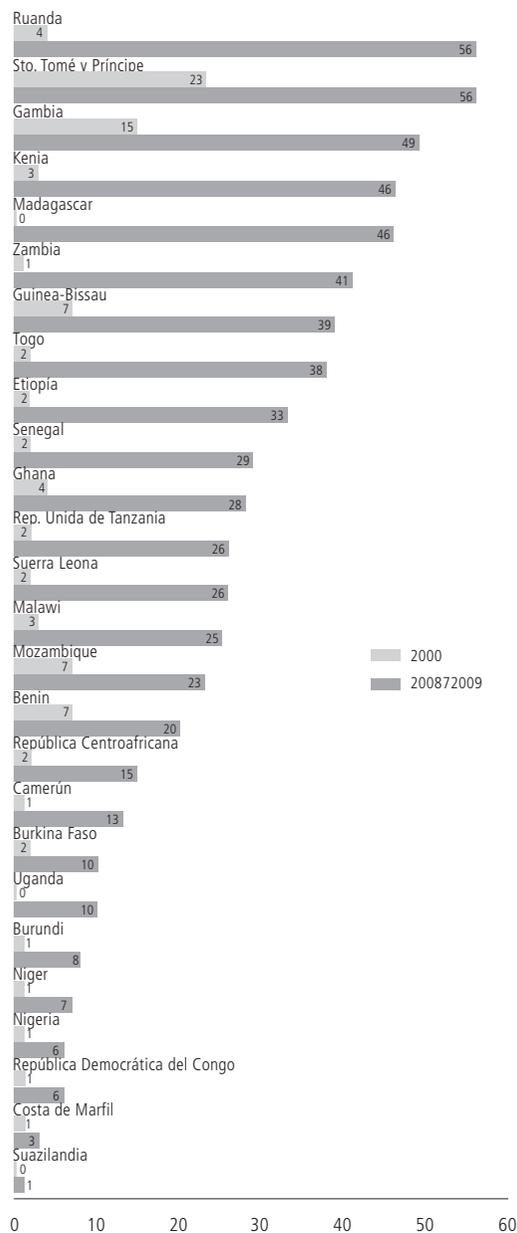
No obstante, este esfuerzo es claramente insuficiente. Por cada dos personas que comienzan a recibir terapia antirretroviral cada año, hay cinco nuevas infecciones. Aunque se han conseguido evitar hasta el momento 2,9 millones de muertes, más de 5,5 millones de personas que en 2009 necesitaban tratamiento no lo consiguieron.

La infección de niños y niñas con VIH (un problema casi exclusivo de los países de ingresos bajos y medios) ocurre principalmente en la etapa fetal o de lactancia, aún habiendo medicamentos que evitan esta transmisión si se administran a las embarazadas seropositivas. Aunque ha habido avances, en los países en desarrollo solamente el 45% de las embarazadas que lo necesitan han tenido acceso a estos tratamientos.

En la lucha contra la malaria también se han producido avances en los últimos años, aunque la mitad de la población mundial sigue en riesgo de contraerla y en 2008 hubo 243 millones de casos y 863.000 muertes (el 89% en África), la mayoría de menores de 5 años. Hoy en día, esta enfermedad, probablemente la enfermedad infecciosa más letal en toda la historia de la humanidad, se podría erradicar. Para ello se deberían desarrollar en los países endémicos estrategias que integren las medidas diagnósticas, preventivas (mosquiteras impregnadas de insecticidas, acabar con los lugares o reservorios donde se desarrollan los mosquitos...) y terapéuticas (terapias combinadas de artemisina). En el futuro se pueden incorporar nuevos elementos para combatirla, como la obtención de una vacuna eficaz cuyo coste sea asumible por los países más empobrecidos.

En cuanto a la medida preventiva más importante que es el uso de mosquiteras impregnadas con insecticida, asistimos a un aumento espectacular en su producción mundial, pasando de 30 millones en 2004 a 150 millones en 2009, cinco veces más en cinco años. No obstante, las previsiones indican que serían necesarias 350 millones para cubrir a toda la población de riesgo. Gracias al aumento en la producción, el número de niños menores de cinco años que duermen con mosquiteras también se ha incrementado de forma espectacular. En un estudio que cubría 26 países africanos (con el 70% de los menores de cinco años del continente), se ha pasado del 2% en 2000 al 28% en 2008. Aunque no hay datos de desigualdades de género en el uso de las mosquiteras, sí existen grandes diferencias en función de la pobreza; en efecto, los más pobres y los que viven en zonas rurales usan menos las mosquiteras a pesar de las campañas de distribución gratuitas. Este hecho, posiblemente, está relacionado también con aspectos socioculturales que debían estar integrados en las estrategias de lucha contra la enfermedad.

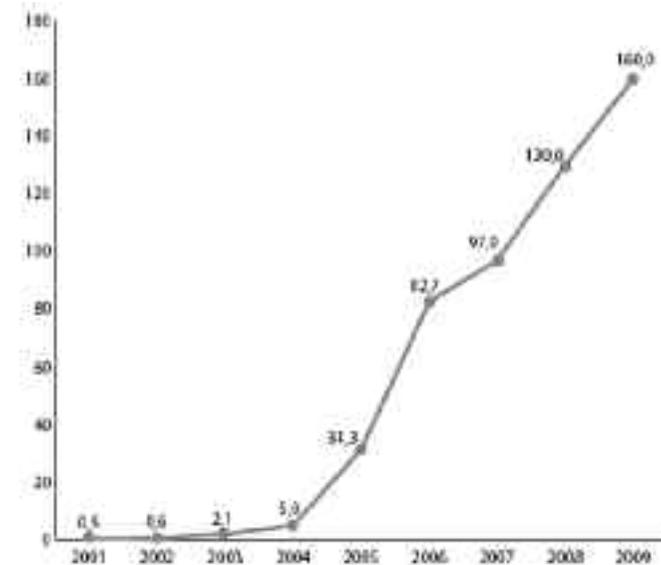
GRÁFICO 1.6. PORCENTAJE DE MENORES DE CINCO AÑOS QUE DUERMEN BAJO MOSQUITERAS 2000/2009



Fuente: Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe 2010

El acceso al tratamiento también se ha incrementado de forma muy importante desde 2005, pero existen grandes diferencias entre los países africanos. En un estudio en 37 países africanos, solo en ocho de ellos, más del 50% de menores con síndrome febril recibieron alguna terapia contra la malaria. Estos datos también pueden indicar un aumento del uso de técnicas diagnósticas que supondrían seleccionar mejor a aquellos menores que deban recibir tratamiento.

GRÁFICO 1.7. MILLONES DE DOSIS DE TERAPIAS COMBINADAS DE ARTEMISINA ADQUIRIDAS EN EL MUNDO. 2001-2010



Fuente: Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe 2010

La financiación internacional contra la malaria ha aumentado de forma considerable en los últimos años (de 100 millones de dólares en 2003 a 1.500 millones en 2008), pero este incremento no se ha acompañado del aumento de presupuesto por parte de los países receptores. Aún faltarían 6.000 millones de dólares en 2010 para realizar un control efectivo de esta enfermedad.

La tuberculosis es una enfermedad que no recibe mucha atención internacional, no es una enfermedad mediática, aunque mantiene su estatus entre las tres enfermedades infecciosas más graves del mundo. Entre las principales causas del estancamiento en la lucha contra esta enfermedad se encuentra el hecho de que el aumento de la población

mundial absorbe los pequeños avances conseguidos por aumentar el número de tratamientos, su relación con el hacinamiento y la pobreza (por lo que las medidas deben ser de lucha general contra la pobreza, más que contra la propia enfermedad) y la dificultad de tener que seguir sus tratamientos durante varios meses. En 2008 se diagnosticaron 9,4 millones de nuevos casos de tuberculosis frente a los 9,3 millones de 2007. En total el número de personas que vivían en 2008 con tuberculosis era de 11 millones, 164 de cada 100.000 personas, falleciendo a causa de esta enfermedad 1.800.000 personas, lo que le coloca en el segundo lugar entre las enfermedades infecciosas. La tuberculosis está muy relacionada con el VIH/sida; cerca del 15% de los nuevos casos y la mitad de las muertes eran VIH positivos.

GRÁFICO 1.8. NÚMERO DE CASOS DE TUBERCULOSIS POR 100.000 HABITANTES. 1990-2008



Fuente: Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe 2010

Los objetivos que se plantearon en 1998 a través de la Alianza “Stop TB” no se han cumplido, ya que en 2005 el 70% de las personas con tuberculosis deberían estar diagnosticadas y el 85% tratadas, y apenas se alcanzó el 60% de personas diagnosticadas. Para 2015 se espera que las muertes y casos por tuberculosis sean el 50% de lo que suponían en 1990¹³, pero hay regiones como África subsahariana que están incluso por encima de los niveles iniciales. Si queremos realmente alcanzar los objetivos previstos, deberemos realizar un gran esfuerzo en los próximos 5 años.

Otros ODM y su relación con la salud

Ya hemos comentado la estrecha vinculación entre la desnutrición y la mortalidad infantil. En 2009 la subida de los precios de los alimentos y la disminución de ingresos aumentó el riesgo de malnutrición y se revirtieron los logros conseguidos en los últimos años en algunas regiones. La Organización para la Agricultura y la Alimentación de las Naciones Unidas estimó que la cantidad de personas con nutrición insuficiente superaría los 1.000 millones en 2009, el mayor número en toda la historia. Uno de cada 4 niños y niñas sufren de bajo peso que está relacionado no solamente con la capacidad de acceder a alimentos de calidad, sino también a agua segura y saneamiento adecuado.

Respecto a los objetivos relacionados con la igualdad de género, hay avances en cuanto a la matriculación infantil, pero la meta de eliminación de diferencias de acceso por género a educación primaria o secundaria que se tendría que haber cumplido en 2005 está muy lejos de realizarse. Las diferencias por cuestiones de género aumentan si hablamos de empleos remunerados, vulnerabilidad en el empleo o participación en la vida política.

En cuanto al ODM sobre acceso a agua y saneamiento, parece que en 2015 el 85% de la población de los países en desarrollo tendrá acceso a fuentes de agua potable, cumpliéndose la meta de reducir a la mitad la población que no tenía acceso al agua potable. Si no variamos las tendencias actuales no se va a alcanzar esta meta ni en Oceanía ni en África subsahariana, donde el 50% y el 60% de la población, respectivamente, utilizan fuentes mejoradas de agua. Ocho de cada 10 personas que no tienen acceso a agua potable viven en zonas rurales. En cuanto a saneamiento básico, la tendencia actual indica que no se va a conseguir la meta de que la mitad de la población que no tenía acceso a saneamiento básico en 1990 lo tenga en 2015. En 2008 había en el mundo 2.600 millones de personas que no tenían acceso a saneamiento básico adecuado, cifra que incluso puede aumentar hasta los 2.700 millones en 2015 si no revertimos la tendencia actual. También en este caso el mayor problema lo tiene la población rural, aunque donde más se ha avanzado ha sido en las zonas rurales.

13. <http://www.stoptb.org/>

En cuanto al ODM 8, crear una alianza mundial para el desarrollo, ha estado muy condicionado por la situación financiera mundial. La crisis económica ha tenido una gran influencia y se prevé que en 2010 provoque una disminución de 22.000 millones de dólares en la cooperación internacional. Durante la cumbre del G-8 en Gleeneagles, en 2005, los donantes se comprometieron a duplicar la AOD para África en 2010. De los 25.000 millones de dólares previstos para AOD al continente africano, solamente se desembolsarán 11.000 millones, sobre todo porque algunos donantes europeos no cumplieron sus compromisos. Solo cinco países destinan el 0,7% del PIB a AOD: Dinamarca, Luxemburgo, Holanda, Noruega y Suecia.

Es posible lograr los ODM en 2015 y, concretamente, los ODM en salud. Para ello es imprescindible que afrontemos los próximos años con un fuerte compromiso político, social y económico que priorice a la población más vulnerable y los resultados más retrasados, con una visión de desarrollo global. La crisis económica ha revertido algunos de los logros conseguidos en la última década, por lo que es necesario establecer parámetros de sostenibilidad en las estrategias de consecución de los ODM y que los compromisos no se reduzcan, dada la importancia que tiene mantener y mejorar los resultados. La estrategia de la APS y el fortalecimiento de los sistemas de salud en su conjunto son los dos elementos clave que deben estar presentes en las iniciativas de cooperación sanitaria, tanto en el ámbito internacional como en los propios países receptores. Es preciso establecer prioridades tanto geográficas como de población que permitan gestionar la cooperación sanitaria de una forma más eficaz y eficiente, estableciendo las sinergias necesarias entre todos los actores para conseguir los ODM. África subsahariana y Asia meridional, las zonas rurales, las mujeres y las poblaciones más pobres deben ser nuestros objetivos principales en la cooperación sanitaria. Por otra parte, la interrelación entre la consecución de los ODM es un hecho que se muestra en la evaluación que ha realizado el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD)¹⁴, por lo que el enfoque multisectorial debería estar presente en todas las estrategias.

3. EVENTOS DESTACADOS EN 2010

Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático

Del 7 al 18 de diciembre de 2009, se celebró en Copenhague la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático que finalizó con una serie de compromisos no vinculantes –Acuerdo de Copenhague– para detener el calentamiento global. Un acuer-

do de mínimos que dejó satisfechos a muy pocos: se asume un débil compromiso de mantener el aumento de temperatura por debajo de 2°C, pero no se establecen metas de emisiones; se señala la necesidad de recortar las emisiones de gases de efecto invernadero por parte de los países desarrollados, pero cada uno debe presentar su promesa de recorte, solo a efectos informativos y no vinculantes; no se establecen límites en la compra de derechos de emisión mediante la compensación en otros países respecto a las reducciones domésticas; se pretende movilizar 100.000 millones de dólares para adaptación y mitigación del cambio climático, sin especificar cómo se recaudarán los fondos, qué parte serán fondos públicos y qué parte serán privados procedentes del mercado del carbono, por citar algunas de las imprecisiones que figuran en el acuerdo.

Como avances, destaca el cambio de actitud del gobierno de los Estados Unidos y la creación del “Fondo Verde de Copenhague para el Clima” para respaldar acciones inmediatas contra el cambio climático. El compromiso de los países desarrollados a favor del citado fondo, durante los tres próximos años, alcanzará la cifra de 30.000 millones de dólares. Asimismo, para la financiación a largo plazo, los países desarrollados han acordado movilizar conjuntamente 100.000 millones de dólares al año para 2020, con el fin de atender las necesidades de los países en desarrollo.

Según la OMS, la influencia del cambio climático en la salud de las personas es indiscutible. Fenómenos tales como las catástrofes de origen meteorológico, el suministro de agua y de alimentos, los cambios en los brotes de enfermedades infecciosas o emergentes ponen en riesgo la salud de las personas, fenómenos que guardan una estrecha relación con el cambio climático.

La próxima conferencia anual de las Naciones Unidas sobre el cambio climático tendrá lugar en noviembre de 2010, en Cancún (Méjico).

Presidencia española de la Unión Europea

Enero–junio 2010. En el capítulo que este informe dedica a la presidencia española de la Unión Europea, se hace una evaluación del papel de la política de cooperación en salud durante el medio año de la presidencia. El sector de la salud ha ocupado un lugar importante, destacando la aprobación del documento que marcará las futuras políticas de la cooperación de la Unión Europea en salud. Buena prueba de ello es el hecho de que, el 31 de marzo, la Comisión Europea adoptó, con la aprobación de la comunicación “El papel de la Unión Europea en salud global”, un enfoque más coherente e integral para mejorar la salud a nivel mundial, influenciada progresivamente en todos los países por factores globales transnacionales, tanto de índole socio-económica, cultural, ambiental como aspectos ligados al comercio, la seguridad, los flujos migratorios o la seguridad alimentaria. El documento refuerza el compromiso europeo de universalizar el derecho a

14. ¿Qué se necesita para alcanzar los Objetivos del Milenio?

la salud en los países de ingresos medios y bajos, aplicando en cooperación internacional los principios europeos en equidad y salud.

En la citada comunicación, la Comisión Europea propone las siguientes de áreas de acción, basadas en la solidaridad, equidad y universalidad de los servicios de salud:

- Gobernanza en salud. La Unión Europea debería defender una posición común dentro de las agencias de la ONU y apoyar un liderazgo más fuerte de la OMS en sus funciones normativa y de orientación para mejorar la salud mundial.
- Cobertura universal de salud. La Unión Europea debería garantizar que la ayuda al desarrollo contribuye a fortalecer sistemas de salud aumentando su apoyo a la aplicación de estrategias sanitarias nacionales a través de los sistemas de cada país con una previsibilidad de, al menos, tres años. La Comisión propondrá una lista de países prioritarios, principalmente aquellos que se encuentran en situación precaria, estén más alejados de las metas de los ODM y a los países con pocos donantes (“países huérfanos”).
- Coherencia de políticas internas y externas de la Unión Europea en relación con la salud mundial, incluyendo temas como el comercio, la migración, la seguridad, la seguridad alimentaria y el cambio climático.
- Mejorar el conocimiento en salud global. La Unión Europea debería garantizar que la investigación e innovación se centran en productos y servicios accesibles y asequibles y dar prioridad a las acciones dirigidas a afrontar los retos mundiales en materia de salud.

La Unión Europea, como principal socio de los países en desarrollo, debería tener un papel de liderazgo frente a los retos globales de salud, según manifestaron conjuntamente el Comisario de Desarrollo, el Comisario de Salud y Política del Consumidor y el Comisario de Investigación, Innovación y Ciencia al adoptar la comunicación.

Asimismo, cabe destacar los acuerdos tomados en el consejo informal de ministros de sanidad de la Unión Europea, celebrado el pasado mes de abril, con el objetivo de reforzar las políticas de salud destinadas a la población más vulnerable para garantizar la equidad sanitaria y social.

El lema de la reunión fue “Hacia la equidad en salud: monitorización de los determinantes sociales de la salud y reducción de las desigualdades en salud”. En dicha reunión se subrayó que las principales causas de muerte prematura y la mayor parte de los problemas de salud en el mundo están condicionados por determinantes sociales como la educación, la situación laboral o la exclusión social, entre otros; sin embargo, la mayor parte del gasto sanitario total se destina prioritariamente a servicios curativos y rehabilitadores y al gasto farmacéutico, dedicándose sólo el 2,8% de media en los países de la Unión Europea a proteger, promover la salud y prevenir la enfermedad.

Paralelamente a la celebración del consejo informal de ministros de salud, tuvo lugar la conferencia de expertos de sanidad titulada “Hacia la equidad en salud”, en la que la

presidencia española de la Unión Europea estableció la equidad en salud como una de sus prioridades durante la presidencia. En un intento de impulsar una agenda nacional, europea e internacional para reducir las desigualdades en salud.

Un grupo de expertos comisionado por la presidencia española realizó el informe titulado “Hacia la equidad en salud: monitorización de los determinantes sociales de la salud y reducción de las desigualdades en salud” con el objetivo de alcanzar la equidad en salud actuando sobre los determinantes. En el informe se aborda el ámbito comunitario y se analizan las oportunidades de la UE para contribuir a la reducción de las desigualdades en salud en terceros países a través de la cooperación al desarrollo

Health Information Forum

El Health Information Forum reúne a organizaciones muy diversas relacionadas con la salud, fundaciones, asociaciones, instituciones académicas... y recibe apoyos de organismos internacionales como la OMS o el Banco Mundial. En las sesiones de trabajo cuenta con la participación de ministros de salud y de la sociedad civil, tanto de países desarrollados como países en desarrollo.

Se trata de un foro cuyo lema deja a las claras sus objetivos: “Mejor información, mejores decisiones, mejor salud global, nacional y local”. En la reunión de 2010 se establecieron los siguientes principios:

- Garantizar la transparencia de todos los datos de salud con las consideraciones debidas a la intimidad y confidencialidad y asegurar que los beneficios de la recogida de datos repercuten en las personas y comunidades que son las fuentes de tales datos.
- Buena gobernanza. Se debe recoger la información de todos los proveedores de salud, públicos y privados, al tiempo que se refuerza la colaboración y coordinación intersectorial para llevar a cabo políticas nacionales de información sanitaria.
- Inversión y capacitación. Se ve la necesidad de movilizar recursos para lograr adecuados sistemas nacionales de información en salud.
- Armonización e integración. Fomentar la integración y armonización de datos procedentes de oficinas de estadísticas nacionales, ministerios de salud y otros sectores.
- Planes de futuro. Promoción de soluciones tecnológicas adecuadas conformes con estándares abiertos para aprovechar las inversiones dentro y fuera de los países.

Health Information Forum reconoce que la información relativa a la salud permite a los sistemas nacionales de salud alcanzar los resultados de salud óptima y el retorno de la inversión.

Beijing + 15

En marzo de 2010 se hizo el seguimiento de la aplicación de la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing, organizado por la Comisión sobre el Estado de la Mujer (CSW, por sus siglas en inglés), responsable de hacer el seguimiento de los acuerdos adoptados en la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing. La citada comisión constató que la aplicación plena y efectiva de la Declaración de Beijing es esencial para lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio y que es necesario lograr la igualdad entre los géneros y el empoderamiento de la mujer, como fundamentos básicos del desarrollo. Asimismo, se señaló que se han alcanzado progresos importantes para mejorar las condiciones de la mujer, pero han sido lentos y desiguales.

La Comisión sobre el Estado de la Mujer reafirmó la necesidad de tomar una serie de medidas para aplicar plenamente los acuerdos de Beijing y lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio, tales como:

- Dar prioridad a la igualdad entre los géneros y al empoderamiento de la mujer, reforzando para ello la ayuda oficial al desarrollo.
- Examinar, modificar y abolir aquellas normas, prácticas y costumbres que discriminan a la mujer.
- Establecer marcos jurídicos y normativos amplios para prevenir y eliminar todas las formas de violencia contra la mujer.
- Ampliar las medidas de protección social y eliminar las desigualdades entre mujeres y hombres.

Geneva Health Forum

Se trata de una iniciativa lanzada por los hospitales universitarios de Ginebra y la Facultad de Medicina de la Universidad de Ginebra en colaboración con organizaciones internacionales del ámbito de la salud, el Geneva Health Forum y la plataforma Global Access to Health. El foro y la plataforma forman una red global para el diálogo internacional e intersectorial para facilitar el fortalecimiento de los sistemas de salud y el acceso a servicios básicos de salud, intentado mantener el acceso global a la salud en las agendas internacionales.

La tercera edición del Geneva Health Forum se celebró del 19 al 21 de abril y llevaba por título "Globalización, crisis y sistemas de salud: perspectivas regionales", surgiendo a raíz del amplio intercambio de puntos de vista relacionados con distintos ámbitos de la salud. Dicho planteamiento refleja la necesidad de cambio para lograr el acceso global a la salud en un contexto de interdependencia e inestabilidad económica, conscientes de que los dos factores que, actualmente, tienen mayor influencia en la salud son la globalización y la crisis.

En la reunión de abril de 2010 se trató de encontrar respuestas sostenibles a las cuatro crisis –alimentaria, de los combustibles, económica y cambio climático– enfatizando las lecciones aprendidas de las iniciativas locales y regionales. Asimismo, se analizó la importancia de la investigación y de la tecnología al servicio del acceso a la salud, especialmente a través de internet ya que abre una vía muy importante para difundir todo tipo de información.

Los asistentes al Geneva Health Forum pusieron de manifiesto que la crisis global está poniendo en peligro los logros recientes alcanzados en el ámbito de la salud y pueden agravar aún más las tensiones relativas a la asistencia sanitaria o entre los profesionales de la salud. La crisis que ha evidenciado las deficiencias y disparidades existentes en el sector de la salud, debería servir para impulsar reformas en el acceso global a la salud, en la gobernanza y hallar nuevas fórmulas para la cooperación sanitaria.

Geneva Health Forum se ha convertido en una plataforma en permanente evolución y puesta al día por los propios participantes, con el objetivo de que los actores relacionados con el acceso global a la salud encuentren un lugar en el que opinar y compartir experiencias.

63ª Asamblea de la Organización Mundial de la Salud

Ginebra, mayo de 2010. La asamblea reunió a más de 2.800 delegados que adoptaron resoluciones sobre diversos problemas de la salud mundial, de los que destacamos los siguientes:

- Salud pública, innovación y propiedad intelectual. La propiedad intelectual es una cuestión clave para los países en desarrollo porque la pobreza impide el acceso de las personas a productos sanitarios. El debate de este año se centró en diversos aspectos de la financiación, especialmente, el uso racional de los fondos y la investigación a través de redes regionales, orientada a las necesidades. Se propuso que la OMS tuviera un papel estratégico clave en la relación entre salud, innovación y propiedad intelectual y, para ello, un grupo de trabajo consultivo presentará un informe en la 65ª Asamblea de la OMS, en 2012, en el que se analizará la labor específica de la OMS en ese ámbito.
- Hepatitis virales. Las hepatitis virales (hepatitis A, B, C, D y E) causan más de un millón de muertes al año. En la resolución correspondiente se pide a la OMS que redoble sus esfuerzos para la prevención y control de esas enfermedades.
- Seguimiento del logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud. La resolución al respecto manifiesta una gran preocupación por la lentitud de los avances hacia la consecución de los ODM, especialmente en África subsahariana, y los limitados progresos en la mejora de la salud materna e infantil y en el acceso universal a los servicios de salud reproductiva, reflejo de la falta de equidad en salud existentes.

Asimismo, los delegados constataron los retrasos en la consecución de los ODM 4 y 5 y coincidieron en la necesidad de fortalecer los sistemas nacionales de salud y considerar la equidad sanitaria en todas las políticas nacionales. Reafirmaron el valor de la atención primaria de salud y se comprometieron, de nuevo, en prevenir y eliminar la mortalidad y movilidad de la madre, del recién nacido y de los niños y niñas.

- Código Voluntario para el Reclutamiento Internacional de Personal Sanitario. Dicho código tiene como objetivo establecer y promover la adopción de principios y prácticas voluntarias para la contratación internacional ética de personal sanitario y se alienta a los Estados a facilitar la “migración circular del personal de salud” y así se contribuya a evitar que los países en desarrollo lleguen a situaciones críticas de escasez de personal sanitario. Además, se potencia el intercambio de capacidades y conocimientos y se consagra la igualdad de derechos de los trabajadores sanitarios migrantes y los no migrantes.
- Inocuidad de los alimentos. En la resolución se señala que hay que mejorar las bases de datos científicos para mejorar la carga de enfermedades de transmisión alimentaria, fortalecer las redes mundiales, en particular la Red Internacional de Autoridades en materia de inocuidad de alimentos (INFOSAN), mejorar la evaluación, la gestión y la comunicación de los riesgos de transmisión alimentaria.
- Aplicación de la estrategia mundial para la prevención y control de las enfermedades no transmisibles. Durante los dos primeros años de aplicación del plan de acción para la mencionada estrategia, se observaron logros en lo que respecta a las intervenciones orientadas a vigilar las enfermedades no transmisibles (principalmente, las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes), en la mejora de la atención sanitaria mediante el fortalecimiento de los sistemas de salud y en la toma en consideración de los factores de riesgo con mecanismos de acción intersectorial.

Los países en desarrollo pusieron de manifiesto que la ayuda oficial para hacer frente a las enfermedades no transmisibles seguía siendo insignificante.

- Erradicación mundial del sarampión. Los Estados miembros aprobaron metas para 2015 para erradicar el sarampión en todo el mundo cuyo logro contribuiría a alcanzar el ODM 4 –reducir la mortalidad infantil–.
- Tratamiento y prevención de la neumonía. Se adoptó una resolución sobre el tratamiento y prevención de la neumonía, la enfermedad que causa más muertes entre los menores de cinco años.
- Nutrición del lactante y de los niños y niñas. En la resolución adoptada se pide mayor compromiso político en la aplicación de la estrategia mundial para la alimentación del

lactante y de los niños y niñas y el fortalecimiento de los sistemas de vigilancia nutricional. Asimismo, se aboga por la mejor utilización de los indicadores de los ODM para hacer seguimiento de los avances en ese ámbito.

- Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional. Se analizó el primer informe del comité de examen sobre el funcionamiento del citado reglamento durante la pandemia de gripe. Los delegados subrayaron la importancia del reglamento en la salud pública mundial y apoyaron plenamente su aplicación, tanto nacional como regional.
- Estrategia de VIH/sida para 2011-2015 (A63/Conf. paper nº2)
Brasil presentó una resolución complementaria, de improviso, a la de los ODM referente al VIH/sida. Hizo un llamamiento de atención a la pandemia del sida y presentó una estrategia por parte de la OMS para el período 2011-2015 sobre la base de las recomendaciones de la reciente evaluación de ONUSIDA. Se le quiso dar mayor peso a la integración de las acciones dirigidas al VIH en los sistemas de salud, a la adhesión a los compromisos de la eficacia de la ayuda y mayor atención al fortalecimiento de los vínculos entre prevención y tratamiento, respectivamente, así como la armonización y sostenibilidad en la financiación de programas de VIH.
- Enfermedad de Chagas: control y eliminación (A63/B/Conf. Paper nº1)
España y Francia lideraron el proceso para la inclusión del fortalecimiento y armonización de las políticas de salud pública, especialmente en los países en que no es endémica. La resolución insta a los Estados miembros a consolidar los programas de control nacionales, reforzar las capacidades para la vigilancia, recolección y análisis de datos, integrar la atención de formas agudas y crónicas, reforzar el suministro de tratamientos, promover e incentivar la investigación operacional así como la integración del diagnóstico y tratamiento en el ámbito de la atención primaria de salud. Igualmente, la UE abogó por un apoyo claro de los Estados miembros de la OMS para trabajar en desvincular el precio de la investigación farmacológica de la demanda de los mismos, como se sugiere en las conclusiones de salud global (un tema de especial interés en las enfermedades desatendidas), pero fueron limitadas por otros países con intereses financieros en las farmacéuticas.

Reunión del G-20 en Toronto (Canadá)

Junio 2010. La prioridad de la reunión del G-20 en Toronto era salvaguardar y fortalecer la recuperación económica y sentar las bases para un crecimiento sostenible y equilibrado, al tiempo que se fortalecían los sistemas financieros. Se pretendía, asimismo, disminuir la brecha del desarrollo y reducir la pobreza. Sin embargo, el resultado fue del todo decepcionante porque apenas se lograron puntos de acuerdo para una política económica común y la mayor parte de los temas de la agenda se aplazaron para ser tratados

el mes de noviembre en la cumbre del G-20 en Seúl. Así, pues, los temas financieros quedaron aparcados y se trataron básicamente las cuestiones coyunturales, en particular los desequilibrios de las cuentas públicas y las medidas necesarias para atajarlos.

El G-20 puso sobre la mesa dos posturas claramente diferenciadas. Por un lado, la esgrimida por Barack Obama quien consideró que no era el momento de cerrar el grifo del dinero público y que había que seguir endeudándose para estimular el consumo. Por otro lado, Angela Merkel defendió que era hora ya de dejar de recurrir al endeudamiento y empezar a cortar gastos y reducir el déficit. En definitiva, Obama afirmó que había que gastar más y Merkel que había que ahorrar más.

La falta de unidad estuvo presente entre los países del G-20 en general y entre los países de la Unión Europea en particular, hasta el punto de que países como Francia, Alemania o Reino Unido decidieron adoptar unilateralmente un impuesto a los principales bancos para contribuir a pagar la factura de la crisis.

XVIII Conferencia internacional sobre el sida en Viena.

Julio 2010. “Derechos aquí y ahora” fue la exigencia de la citada conferencia que contó con la participación de unos 20.000 expertos de 193 países y que, además de la prevención y el tratamiento, se centró en denunciar la discriminación y la criminalización de los grupos de más riesgo. Según datos de la ONU, en 2008, más de 33 millones de personas se encontraban afectadas por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH). Solo en ese año, 2,7 millones de personas se infectaron con el virus, el 97 por ciento en países empobrecidos. En todo el mundo, 11 millones de enfermos no tienen acceso a los tratamientos antirretrovirales.

En Viena se recordó que, si bien se han producido avances en el tratamiento y, en menor escala, en la prevención, queda mucho por hacer en el ámbito de la investigación. Los estudios científicos presentados en la conferencia evidenciaron que estamos lejos de obtener una vacuna profiláctica o una cura que elimine el VIH. Asimismo se puso de manifiesto que, para dar una respuesta efectiva al VIH, es fundamental la protección de los derechos humanos y así se destacó en la declaración de objetivos de la conferencia: “Es evidente que el estigma, la discriminación y la violación de derechos, así como políticas punitivas o equivocadas hacia los grupos de población más afectados por el VIH son grandes obstáculos para dar una respuesta efectiva”.

La gestión de los fondos destinados a la lucha contra el VIH fue evaluada en la conferencia ya que la crisis económica está repercutiendo en una reducción de los mismos por parte de los países industrializados y puede frenar los avances logrados hasta la fecha. No se puede bajar la guardia, según los expertos, porque las consecuencias serían catastróficas.

Uno de los ejes de la conferencia fue la necesidad de que las estrategias de reducción del daño se impongan a las políticas represivas, como se reflejó en la Declaración de Viena en la que se afirma que “La penalización de los consumidores de drogas ilícitas está fomentando la epidemia de VIH con consecuencias sociales y de salud tremendamente negativas. Se necesita una completa reorientación de la política”. Dicha declaración, redactada por un comité de expertos, denunciaba que el actual enfoque represivo en la lucha contra la drogadicción había fracasado y estaba contribuyendo a la expansión del contagio del sida.

En Viena se trató de forma especial la situación de Europa oriental y Asia central, regiones en las que la expansión del sida crece a un ritmo rápido y muy preocupante, debido, sobre todo, al uso de drogas inyectables y a la excesiva criminalización.

Reunión Plenaria de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio

Septiembre 2010. Cuando faltan cinco años para llegar al término para el cumplimiento de los ODM (2015), en la reunión de las Naciones Unidas se hizo un análisis del estado del cumplimiento o incumplimiento de los ODM. Los Jefes de Estado y de Gobierno reconocieron algunos logros y se comprometieron, de nuevo, “a hacer todo lo posible por lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio para 2015”, pero sin establecer plazos concretos para tal fin, ni fondos específicos.

En el documento final de la reunión se habla de logros en la lucha contra la pobreza extrema, la mejora de la matriculación escolar y la salud infantil, la reducción de la mortalidad infantil, la ampliación del acceso al agua potable, la mejora de la prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo, la ampliación del acceso a la prevención, el tratamiento y el cuidado del VIH/sida y la lucha contra la malaria, la tuberculosis y las enfermedades tropicales desatendidas. Sin embargo, se reconoce que queda mucho por hacer para lograr los objetivos y metas acordados.

Asimismo, se establece un programa de acción para lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio para 2015, en el que se comprometen, entre otras cosas, a redoblar esfuerzos para reducir la mortalidad infantil y mejorar la salud de las mujeres y los niños, incluso mediante el fortalecimiento de los sistemas nacionales de salud, las medidas de lucha contra el VIH/sida, la mejora de la nutrición y el acceso al agua potable y saneamiento básico, afirmando que es imprescindible acelerar los progresos de los objetivos relacionados con la salud para avanzar en la consecución del resto de objetivos. Se pide a los países donantes que aporten asistencia para el desarrollo que sea suficiente, oportuna y previsible, adaptada a las necesidades específicas de los países receptores. Se reconoce que la inversión en las mujeres y las niñas tiene un efecto multiplicador en la pro-

ductividad, la eficiencia y el crecimiento económico, abogando por tener en cuenta la perspectiva de género en la formulación y ejecución de las políticas de desarrollo. Se destaca la necesidad de contar con financiación en cantidad y calidad adecuadas, predecible, eficaz y eficiente y se reafirma la importancia de rendir cuentas, la transparencia y la mejora de la gestión basada en los resultados.

Si la reunión dejó algún acuerdo concreto es el relativo a mejorar la salud de mujeres y niños. En efecto, el secretario general de las Naciones Unidas presentó la Estrategia Mundial para Mujeres y Niños haciendo un llamamiento a los jefes de Estado y al sector privado para aportar 40.000 millones de dólares para poner en marcha la mencionada estrategia. La mayor parte del dinero irá destinado a los 49 países más pobres del planeta cuyos gobernantes también se comprometerán a aportar 26.000 millones de dólares a sus respectivos presupuestos de salud.

4. AGENDA 2011

Enero 2011

Reunión anual del Foro Económico Mundial. Del 26 al 30 de enero en Davos (Suiza). El tema de este año es "normas compartidas para la nueva realidad" (Shared Norms for the New Reality) que refleja la preocupación de muchos líderes por un mundo cada vez más complejo e interrelacionado en el que se está produciendo una erosión de valores y principios comunes. Se pone sobre la mesa cómo plantear nuevas estrategias, ideas y soluciones innovadoras para abordar los principales retos mundiales. En el sector de la salud debemos estar atentos sobre todo a la influencia que tiene las normas compartidas en cuanto a patentes farmacéuticas y su implicación en las dificultades de acceso a los productos que ocurren en muchos lugares del planeta.

II Foro mundial sobre recursos humanos sanitarios. Global Health Workforce Alliance. Del 25 al 29 de enero en Bangkok (Tailandia). La Alianza se creó en 2006 como plataforma de acción para afrontar la escasez de recursos humanos en el sector de la salud. Los miembros de la Alianza pertenecen a ámbitos diversos: políticos, sociedad civil, agencias internacionales, instituciones financieras, investigadores, educadores, asociaciones profesionales, conscientes todos ellos del papel básico y fundamental de los trabajadores sanitarios y los problemas que conlleva su escasez, especialmente en determinadas regiones del planeta.

El tema de la reunión de 2011 gira en torno a la revisión de avances, renovación de compromisos con los trabajadores sanitarios para cumplir los ODM y para después.

Marzo 2011

Reunión anual Banco Interamericano de Desarrollo. Del 25 al 29 de marzo, en Calgary (Canadá). (<http://events.iadb.org/calendar/eventDetail>)

Junio 2011

4ª conferencia de Naciones Unidas sobre Programa Mundial de Alimentos, en Turquía

Septiembre 2011

Reunión anual del Banco Mundial y FMI. Del 24 al 26 de septiembre

Diciembre 2011

Revisión Declaración de París, en Seúl

5. RECURSOS HUMANOS SANITARIOS: UN PROBLEMA CRECIENTE

Los cuidados de salud solo se pueden dar si existe una relación entre personas: por un lado el personal sanitario que suministra el servicio de salud y por otro la población que lo recibe. Los recursos humanos sanitarios disponibles en un país son un indicador clave de su capacidad para proveer servicios sanitarios¹⁵. Dentro de la gran cantidad de retos que permanentemente tienen que afrontar los sistemas sanitarios de todo el mundo, el disponer de trabajadores de salud bien capacitados y en número suficiente es uno de los que más preocupan actualmente a la comunidad internacional. Este problema no solamente concierne internamente a los países más empobrecidos sino que es un problema global que relaciona, a través de la migración de personal, a todos los países. En los más desarrollados las carencias de personal obligan a buscar profesionales en otros países para cubrir las necesidades de sus sistemas sanitarios.

5.1. ¿Cómo definimos al personal sanitario?

Normalmente solemos definir el personal sanitario de forma restrictiva considerando solamente al personal médico y de enfermería que realizan la labor más asistencial. En un diccionario de cuidados de salud de 1976 el personal sanitario (health worker) se define como: "los hombres y mujeres que trabajan en la provisión de servicios de

15. World Health Organization: World Health Report 2003: Shaping the Future. Geneva 2003

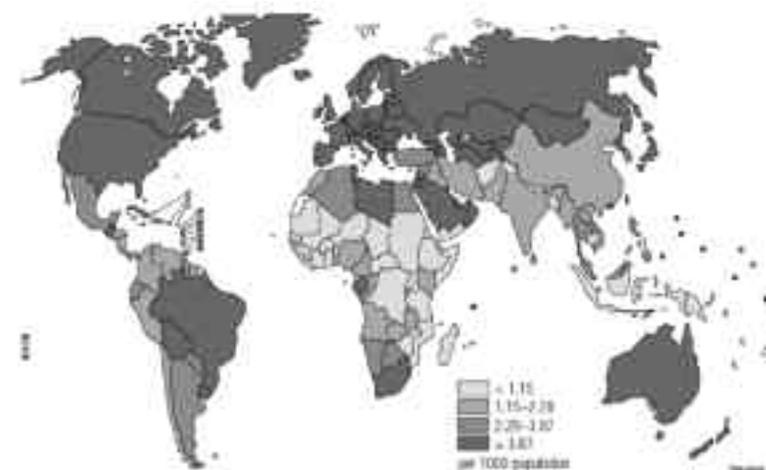
salud, bien de forma individual o como empleados en instituciones o programas de salud, estén o no profesionalmente formados y estén o no sujetos a regulación pública”¹⁶. En sentido estricto, el personal sanitario sería todo aquel que trabaja en el sistema sanitario, sin cuya labor las tareas asistenciales o preventivas no se podrían realizar. Así pues, en los sistemas sanitarios debe haber personal suficientemente preparado en cuanto a gestión y administración, personal auxiliar tanto sanitario como no, farmacéuticos, técnicos de laboratorio, etc., a los que hay que incluir los promotores comunitarios de salud, que han demostrado que tienen un importante papel en la mejora de la salud de sus comunidades¹⁷, e incluso en algunos países en desarrollo se debería incluir a las parteras tradicionales y a una parte de los sanadores tradicionales.

5.2. Situación mundial del personal sanitario

La comunidad internacional se ha propuesto como meta conseguir los Objetivos del Milenio en 2015. Para alcanzar los tres ODM sanitarios, según la Organización Mundial de la Salud, se necesita tener 2,5 trabajadores de salud por cada 1.000 habitantes. En el informe de salud mundial de la OMS de 2006¹⁸ se afirma que faltan cerca de 2,4 millones de trabajadores sanitarios para conseguir estos objetivos, a los que hay que sumar 1,9 millones de trabajadores de gestión y apoyo¹⁹. Aunque el problema se da en prácticamente todos los países, hay 57 que están en una situación crítica de escasez de personal.

En África subsahariana, donde la población se enfrenta a una carga de enfermedad del 25% mundial, el déficit de personal es más importante, ya que solamente cuenta con el 3% de los trabajadores sanitarios del mundo, que pueden disponer escasamente del 1% del gasto mundial en salud. En términos absolutos es en Asia sudoriental, por la gran magnitud de su población, donde más personal falta para cumplir los estándares marcados por la OMS.

GRÁFICO 1.9. NÚMERO DE TRABAJADORES DE SALUD EN EL MUNDO. 2006



Fuente: Informe OMS. 2006

Estos datos no nos muestran todas las dimensiones del problema, que no se reduce exclusivamente a las carencias en el número del personal de salud. En el mundo hay 59,8 millones de trabajadores sanitarios de los que dos tercios (39,5 millones) proveen servicios de salud y el resto se dedican a la gestión y a los servicios de apoyo. A pesar de que estas cifras globales puedan hacer pensar que es un número muy elevado para las necesidades mundiales (habría una persona dedicada al servicio sanitario por cada 169 personas en el mundo), la situación dista mucho de ser la ideal, sobre todo por la inequitativa distribución del personal y por la inadecuada formación de parte de ese personal. Ya hemos comentado que en África, donde existen mayores problemas de salud, es donde menor número de sanitarios hay por habitante, 16 veces menos de personal médico por cada 10.000 habitantes que en Europa, y 5 veces menos si hablamos de personal de enfermería, tal y como podemos observar en la tabla adjunta. Esta tabla también nos muestra unas cifras adecuadas en América, pero habría que desagregar las cifras de América del Norte, las de América Central y del Sur, para tener una visión más ajustada a la realidad.

16. <http://www.reference.md/files/D006/mD006282.html>

17. http://www.who.int/hrh/documents/community_health_workers.pdf

18. "Colaboremos por la salud. Informe sobre la salud en el mundo", OMS. 2006

19. <http://www.who.int/features/qa/37/es/index.html>

TABLA 1.1. PERSONAL SANITARIO POR REGIONES MUNDIALES

	Nº personal médico	% 10.000 hab	Nº personal enfermería y partos	% 10.000 hab
Región de África	174.510	2	802.076	11
Región de las Américas	1.889.643	23	4.510.636	55
Región de Asia sudoriental	843.571	5	1.867.409	11
Región de Europa	2.877.344	33	6.020.074	68
Región del Mediterráneo oriental	549.009	10	773.040	14
Región del Pacífico occidental	2.413.713	14	3.575.524	21

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la OMS, "Estadísticas sanitarias mundiales 2010"

Debemos destacar también la irregular distribución de los diferentes perfiles de los trabajadores de salud, dependiendo del país o de la región que analicemos. Mientras en África hay más de 5 enfermeros (incluyendo a obstetras) por cada médico, en el resto de las regiones pasan a una proporción de 2 a 1. Estos datos pueden sugerir que en África, dada la carencia de personal médico, el personal de enfermería es más abundante y, como consecuencia, debe a veces asumir tareas que en principio no serían de su competencia. Curiosamente, en América los países más enriquecidos, Estados Unidos y Canadá, tienen un porcentaje mayor de personal de enfermería por médico (4 a 1) que otros países como Perú, Chile o El Salvador (1 a 1). Este hecho se puede explicar por la falta de personal médico en los países de América del Sur o bien por la diferencia en la gestión del personal para cubrir los servicios de salud.

5.3. ¿Por qué falta personal sanitario?

Existen muchos factores que condicionan la falta de personal o de formación suficiente para poder cubrir las necesidades básicas de salud de la población. Entre ellos queremos destacar los siguientes.

La dinámica de la enfermedad

El panorama de la salud de los países no es una fotografía estática sino que, al contrario, es una realidad dinámica que va cambiando en el tiempo, sobre todo por factores sanitarios, sociodemográficos y culturales. Los sistemas de salud se deben adaptar a sus sociedades y a la aparición de enfermedades nuevas (como en su día fue el sida) o que no se contemplaban en el pasado como un problema de salud, como el envejecimiento de la población o el aumento de los problemas de salud fruto de una vida más se-

dentaria. Para cubrir las nuevas necesidades, los sistemas deben plantear nuevos servicios para la ciudadanía, lo que obliga a aumentar el número y a reciclar los conocimientos del personal sanitario. En este sentido existe un problema de formación adecuada en muchos países que cuentan con pocos medios para formar a su personal, a lo que hay que añadir la falta de formación continua necesaria para que ese personal se adapte a nuevas situaciones en el sector sanitario.

Debemos destacar que el surgimiento de nuevas epidemias, como la gripe A, ha obligado a muchos países a destinar una parte significativa de sus recursos humanos sanitarios a estas enfermedades, lo cual, en los países en desarrollo, puede llegar a suponer el abandono de otros programas más importantes para la supervivencia de su población. Es fundamental que cuando se presenten estrategias mundiales se tenga en cuenta la carga de trabajo que supone para sus sistemas y no solamente se hable de envío de vacunas o material, sino que se contemple el impacto que puede llegar a tener en sus recursos humanos. En desastres naturales y conflictos la comunidad internacional suele absorber los recursos humanos del país y desplaza muchos recursos humanos que, con frecuencia, no están coordinados con los ministerios de salud locales y provocan duplicidades en el trabajo, por lo que es necesario que en estas circunstancias exista una coordinación eficaz.

Los problemas de gestión

Paradójicamente, es frecuente que en un mismo país coexistan insuficiencias de personal con un gran número de profesionales sanitarios desempleados, sobre todo en zonas urbanas. La mala distribución de los recursos humanos sanitarios en cada país provoca e incrementa la falta de tales recursos en su conjunto. Muchas veces los desequilibrios se dan porque no se distribuyen bien los trabajadores con los que se cuenta ni se les forma de manera específica para que puedan realizar correctamente su función²⁰. En todo el mundo existe una clara centralización de servicios de salud en las zonas urbanas que penaliza claramente a la población y a los trabajadores rurales, sobre todo en términos de acceso.

El problema de la gestión del personal sanitario tiene muchas causas. La pobreza, el incremento de mercados de trabajo privados que sobreexplotan al personal para economizar gastos, la falta de fondos públicos, los trámites burocráticos que sufren en algunos países para la incorporación rápida de personal y las interferencias políticas y económicas que influyen en las contrataciones del personal sanitario generan este problema. Además de causas de política general, existen también causas particulares del propio trabajo del personal. Unos salarios muy bajos, pagados con retraso, horarios excesivos, gestores poco

20. "Health workforce retention in remote and rural areas" Bull World Health Organ 2010;88:323

sensibilizados con la problemática del personal, un reconocimiento social cada vez menor y la falta de una carrera profesional que estimule el trabajo del personal sanitario, son situaciones que, en mayor o menor medida, influyen en la falta de personal sanitario en todo el mundo. En los últimos años no podemos olvidar cómo la epidemia del VIH/sida ha afectado a los trabajadores de salud en muchos países en desarrollo, aumentando su carga de trabajo, y sufriendo ellos mismos el impacto de esta enfermedad²¹.

Además de su situación personal y profesional, no es de extrañar que el personal sanitario busque condiciones socioeconómicas mejores para sus familiares. Todos estos factores unidos influyen de manera muy importante en la migración de personal hacia zonas urbanas, instituciones o países con más oportunidades. En los países más desarrollados, aunque no tengan unas condiciones laborales tan extremas, existe una falta de vocación personal influida de manera significativa por la disminución de la valoración social del personal sanitario en las últimas décadas.

La gestión de las necesidades de salud que se deben cubrir es otro elemento para tener en cuenta. En los países más avanzados se están incrementando en los últimos años los servicios que se ofrecen a la ciudadanía, pero no se aumenta de igual forma el personal. Este aumento de la cartera de servicios no se hace de forma homogénea en todos los países con problemas similares de salud. No existe un parámetro objetivo que muestre qué cartera de servicios es la más adecuada para cubrir las necesidades de salud ni tampoco cuál es el mejor sistema de gestión de estos servicios. ¿Son todos los servicios necesarios? ¿Todos deben ser realizados por personal médico? La unificación de criterios sería un gran paso para conocer con exactitud qué personal y con qué formación se necesita. En España, por ejemplo, aunque hay una cartera de servicios mínimos en pediatría para todas las comunidades autónomas, el calendario de vacunación difiere entre ellas en el tiempo e incluso en las vacunas que se dan de forma gratuita a la población, como puede ser la del meningococo. Aquellas comunidades que la administren de forma gratuita necesitarán en principio más personal.

Es necesario que los países desarrollen planes estratégicos de gestión de recursos humanos, cuyo detalle lo abordaremos en el siguiente apartado sobre fortalecimiento de sistemas de salud.

5.4. Migración del personal sanitario

Existen actualmente tres grandes flujos de migración del personal sanitario en los países en desarrollo que nos preocupan:

- Hay un trasvase importante de personal sanitario de las zonas rurales a las zonas urbanas del propio país.
- La migración de personal entre los distintos países, sobre todo de los países más empobrecidos a los más desarrollados.
- El trasvase de personal desde los sistemas públicos hacia instituciones o iniciativas privadas, entre ellas, los programas verticales internacionales.

La consecuencia es una falta más aguda de personal sanitario donde hay más necesidades. Esto no puede ser compensado por las remesas de dinero que se trasvasan a los países de origen. De media, uno de cada cuatro médicos y un enfermero/enfermera de cada 20 formados en África están trabajando en un país de la OCDE. Cerca del 30% de los médicos de Ghana trabajan fuera de su país, así como el 34% del personal de enfermería de Zimbabwe.

Respecto al primero de estos grandes flujos migratorios, aproximadamente la mitad de la población mundial vive en las zonas rurales y, sin embargo, solamente el 38% del personal de enfermería y un 25% del personal médico viven en esas áreas. Este hecho es aún más relevante en los países más pobres, lo que provoca que cerca de 1.000 millones de personas no tengan acceso a servicios básicos de salud²². El éxodo del personal sanitario rural hacia zonas urbanas es un hecho incontestable que ocurre en todos los países y que tiene que ver sobre todo con las condiciones de trabajo y de vida de los trabajadores y sus familiares. Para evitarlo se crean algunos incentivos con el fin de compensar las dificultades de trabajo con las que se encuentra el personal, pero no siempre lo consiguen. Además las zonas rurales en los países más necesitados, como pueden ser los países de la región de África subsahariana, suelen funcionar mediante un sistema mixto de salud. Estos sistemas sanitarios rurales africanos se han estado nutriendo principalmente por dos vías, el sistema público y las organizaciones privadas no lucrativas, que en muchos de estos países suponen casi la mitad de los servicios sanitarios a los que tiene acceso la población y generalmente están establecidos en zonas rurales o atendiendo a la población más vulnerable. Con anterioridad, la gestión de estas organizaciones privadas, casi siempre religiosas, permitía un cierto asentamiento del personal en las zonas rurales. Sin embargo, actualmente, tanto el sector privado no lucrativo como el público están sufriendo los efectos de la migración hacia las zonas urbanas o hacia iniciativas o programas verticales que no fortalecen el sistema de salud.

Un grupo de expertos de la OMS propuso en 2009 a los responsables políticos de los países²³ que tomaran una serie de medidas para mejorar el acceso a trabajadores de

21. <http://www.medicusmundi.org/en/network-programs/mmi-program-who-code-of-practice/milestones/human-resources.pdf>

22. http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241564014_eng.pdf

23. "Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention". - OMS, 2010

salud en zonas rurales. Aunque la OMS afirma que la situación de cada país es diferente y tiene que desarrollar sus propias políticas, podemos señalar tres categorías de estrategias para afrontar el problema:

- Educación y regulación, adaptando el curriculum a los problemas de las zonas rurales, creando incentivos directos y programas residentes para médicos en estas áreas. La estancia obligatoria en zonas rurales no se muestra como una solución en todos los casos estudiados.
- Incentivos financieros. Puede resultar positivo en países en desarrollo, pero la experiencia muestra que no ha funcionado en países desarrollados.
- Gestión, medio ambiente y apoyo social. El apoyo profesional y comunitario mejora el trabajo rural; se puede hacer a través de supervisión de apoyo, acceso a internet y proyectos que impliquen a la comunidad.

El segundo problema es la migración del personal sanitario entre diferentes países. Si bien la migración del personal sanitario es un problema mundial, hay algunos países desarrollados que destacan por su importancia, especialmente Reino Unido, Canadá y Estados Unidos. En 2002, de los 16.000 nuevos registros de nuevo personal de enfermería del Reino Unido, cerca del 50% eran de fuera de este país, el 25% en 1998. En Canadá cerca del 10% del personal médico migrante provenía de Sudáfrica. Estados Unidos forma un 30% menos de médicos al año de los que necesita para cubrir sus necesidades. Estos países deben salir a buscar trabajadores al exterior. A veces los países se vuelven donantes hacia países más ricos y, a la vez, son receptores de recursos humanos sanitarios que provienen de los Estados más pobres, donde debería haber más recursos humanos, ya que las necesidades son mayores.

Los Estados receptores no afrontan de forma decidida el hecho de tener un problema interno de formación de personal y les es más fácil ofrecer al personal de otros países una mejor salida profesional. Sin embargo, existen grandes diferencias entre las condiciones de trabajo del personal sanitario del país y la mayoría de los reclutados en el exterior, que suelen estar contratados de una forma más precaria y se suelen ocupar de los peores trabajos e incluso tienen diferentes condiciones legales que otros trabajadores locales que realizan las mismas tareas. El Código Voluntario para el Reclutamiento Internacional de Personal Sanitario que ha sido aprobado en la Asamblea Mundial de la Salud de 2010 ha sido un avance para poder regular las consecuencias de la migración de los trabajadores de salud.

5.5. La situación en España

España, como muchos otros países, actualmente, es un país receptor y donante de profesionales sanitarios. Las cifras del personal que migran para trabajar fuera de España varían: desde unos 580 profesionales según el Ministerio de Salud, hasta 8.500 facultativos españoles, según la Organización Médica Colegial y la Confederación Española de Sindicatos Médicos²⁴. La migración no se explica solamente por unas condiciones laborales mejores (estabilidad, posibilidad de investigación, menor carga asistencial), sino también por cuestiones sociales, como la valoración de su trabajo o la mejor conciliación con la vida familiar.

En España, hasta hace pocos años no había suficientes plazas MIR para hacer la especialidad médica con respecto al número de médicos que terminaban la carrera; muchos médicos migraron, sobre todo a Gran Bretaña.

Sin embargo, y a pesar de estas cifras, España sigue importando personal sanitario. Según el catálogo de profesiones de difícil cobertura (CODC) del tercer trimestre de 2010, que elabora cada tres meses el Servicio Público de Empleo, en muchas comunidades autónomas españolas hay dificultades para encontrar médicos, tanto de atención primaria como especializada²⁵.

Según el estudio "Las necesidades de médicos en España", realizado por la Fundación Astrazeneca y la Cátedra de Salud Pública y Gestión Sanitaria de la Universidad Europea de Madrid, los profesionales extranjeros proceden fundamentalmente de Centroamérica y el Caribe, aunque también vienen profesionales de África occidental y oriental, Europa del Este y Asia, con un coste para estos países en la formación de unos 50 millones de dólares anuales²⁶. Esta diversidad en el origen provoca que las condiciones de formación, conocimiento del idioma, etc. de estos profesionales sean muy heterogéneas.

Según la Sociedad Española de Médicos Extranjeros (SEMEX), el número de médicos extranjeros trabajando en la sanidad española es aproximadamente de 25.000, y representa el 12,5% del total (203.000). Estos porcentajes se incrementan en comunidades autónomas como Madrid o Cataluña. El Colegio Médico de Madrid estima que uno de cada tres colegiados que ejerce en esta comunidad autónoma es extranjero²⁷. En Galicia, un total de 584 facultativos de distintas nacionalidades están afiliados como trabajadores de la red pública o como titulares de consultorios privado²⁸.

24. http://www.cincodias.com/articulo/economia/Espana-necesita-9000-medicos-tiene-8500-trabajando-fuera/20100305cdscdieco_12/cdseco/

25. <http://www.expansion.com/2010/07/19/economia/1279540191.html>

26. "Las necesidades de médicos en España" Cátedra de Salud Pública y Gestión Sanitaria UEM y Fundación AstraZeneca, 2010

27. <http://www.revistacatalina.com/patrones/portada.php?edit=51>

28. <http://elprogreso.galiciae.com/nova/28462.html>

En consecuencia, por una parte, formamos personal que va a trabajar a otros países y por otra importamos a profesionales de otros países para cubrir nuestras necesidades. Además, según algunas fuentes, en la sanidad pública española faltan aproximadamente 9.000 médicos, 6.000 de ellos en atención primaria y 3.000 especialistas²⁹, un número similar al de los facultativos españoles que trabajan fuera de nuestras fronteras. ¿Realmente necesitamos a tanto personal? Según el doctor Rodríguez Sendín, en los próximos 20 años se necesitarían aproximadamente unos 7.000 estudiantes/año³⁰, mientras que en 2010 se ofertaron 6.673 plazas³¹. Otras opiniones difieren de estas apreciaciones.

En 2008, según un informe de la Organización Médica Colegial, la media de médicos por cada 100.000 habitantes fue de 414 en España frente a 300 en Europa, superando algunas comunidades autónomas (Aragón, Navarra, Madrid...) los 500 médicos activos por cada 100.000 habitantes, mientras que otras (Castilla-La Mancha, Murcia, Ceuta, Melilla...) están por debajo de los 350³². Aunque en algunos casos esto pueda deberse a la dispersión geográfica de la población en algunas comunidades autónomas, parece que el problema en España es más de distribución de recursos humanos que de carencia de médicos. Otras medidas podrían ayudar a disminuir el problema de los recursos humanos sanitarios. El estudio 'Sostenibilidad financiera del sistema sanitario: 10 medidas estructurales para afrontar las causas del crecimiento del gasto' de Antares Consulting, propone, entre otras medidas, mejorar el rendimiento y la productividad de los recursos humanos, ya que España está a la cola en lo que se refiere a horas trabajadas en el sector público. En este sentido recuerda que entre 2003 y 2007 el gasto en personal del Sistema Nacional de Salud (SNS) aumentó el 52,4 por ciento, lo que supone un crecimiento medio del 10,48 por ciento anual. Por ello estima que su jornada debería durar, al menos, dos horas más. También aconseja reordenar la medicina terciaria y la oferta hospitalaria, ya que en España hay un hospital universitario por cada 860.000 habitantes, doblando la oferta de medicina terciaria de otros países europeos³³.

En España hay un problema serio de gestión de recursos humanos sanitarios aparte de las condiciones laborales de los médicos: salarios, guardias, etc. Es necesaria una planificación de las necesidades a medio y largo plazo para poder mejorar la gestión.

29. <http://www.parainmigrantes.info/search/sanitaria/page/2/>

30. http://www.medicosypacientes.com/noticias/2009/03/09_03_02_foro

31. <http://www.elmundo.es/elmundo/2010/05/25/espana/1274796711.html>

32. http://www.acceso.com/es_ES/notas-de-prensa/no-hay-falta-de-medicos-en-espana-sino-una-mala-distribucion/42335/

33. <http://www.redaccionmedica.com/spip.php?article4083>

5.6. Las iniciativas internacionales sobre recursos humanos

El problema de los recursos humanos ha estado presente desde hace algún tiempo en la agenda internacional. Europa ya propuso en 2005 una estrategia de acción en la crisis de los recursos humanos en salud en países en desarrollo³⁴, que siguió con un plan de acción 2007-2013³⁵. El informe de 2006 de la OMS se centraba en analizar este problema.

En los últimos años, este tema es prioritario en muchos países. En 2008, la Declaración de Kampala, adoptada en el primer Foro Global sobre Recursos Humanos Sanitarios, proponía a los países trabajar conjuntamente, invitando a que los gobiernos locales asumieran la función de rectoría y la financiación suficiente de sus recursos humanos y, simultáneamente, a la cooperación internacional a que apoyara la ejecución e implementación de estrategias y planes integrales del personal sanitario³⁶. La visión que se compartía en esta conferencia era que "todas las personas, dondequiera que vivan, deben tener acceso a personal sanitario cualificado, motivado y respaldado, en el marco de un sistema de salud sólido". Actualmente hay países como Etiopía, India y Malawi que han incrementado de forma importante el personal sanitario a través de la formación y de programas específicos. Por ejemplo, Malawi ha duplicado y triplicado respectivamente el personal de enfermería y médico en formación en un programa de emergencia que durará 6 años³⁷.

La cuestión de los recursos humanos sanitarios no se ha contemplado sólo como un problema de gestión interna de los países y de formación. En los foros de cooperación sanitaria internacional se ha discutido en los últimos tiempos la migración del personal sanitario. En la asamblea de la OMS de 2010, y fruto de los compromisos de la conferencia de Kampala, por segunda vez en su historia los países miembros adoptan un "Código Voluntario para el Reclutamiento Internacional de Personal Sanitario"³⁸, donde se establecen ciertos criterios éticos a la hora de reclutar personal sanitario de otros países. Aún siendo un paso muy positivo, la voluntariedad impide que se tomen medidas contra los países que lo incumplan, pero las negociaciones en la propia Asamblea impidieron obtener un compromiso más firme en este tema a pesar del trabajo realizado por parte de la sociedad civil (concretamente la sociedad civil englobada en la Health Workforce Advocacy Initiative).

Este código pretende básicamente ser una guía de principios éticos para que los Estados trabajen, junto con el resto de los actores implicados, en el tema del reclutamiento in-

34. http://ec.europa.eu/development/icenter/repository/human_resources_health_COM_2005_0642_en.pdf

35. http://ec.europa.eu/development/icenter/repository/COMM_PDF_COM_2006_0870_F_EN_ACTE.PDF

36. "Declaración de Kampala y prioridades para la acción internacional" OMS, 2008

37. http://whqlibdoc.who.int/press_release/2007/PR_5_eng.pdf

38. http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA63/A63_R16-en.pdf

ternacional de personal sanitario. Deja muy claro que no plantea limitar el derecho al libre desplazamiento de los trabajadores. Solicita que todos los países tengan planes propios que limiten la migración de recursos humanos, que se promueva la migración circular del personal, que exista una equidad legal entre los trabajadores de salud del país y los foráneos y que se tenga en cuenta la situación del país donante cuando se reclute personal.

Por otra parte, es muy importante que, dada la falta de personal, los recursos se utilicen de la forma más efectiva. En este sentido, en los países en desarrollo se están dando otro tipo de migraciones desde los sistemas públicos de salud hacia las iniciativas internacionales verticales. Actualmente hay más de 80 asociaciones público-privadas que afrontan determinadas enfermedades, un número claramente excesivo que fragmenta las posibilidades de ayuda, multiplica los gastos administrativos y de gestión (incluyendo a los países receptores, que deben destinar parte de sus presupuestos a cumplir requisitos administrativos de los donantes) y recolecta a muchos trabajadores sanitarios locales. Los sistemas de salud locales sufren una fuga de cerebros que van a este tipo de iniciativas, normalmente bien remuneradas, pero que dejan un vacío en el propio sistema. Es por lo tanto necesario que tales iniciativas se limiten a las más eficaces y que se integren dentro de los sistemas locales de salud, evitando fomentar la fuga de personal del sistema público.

En algunos países con pocos recursos humanos se han introducido algunas iniciativas que han dado resultados bastante positivos. La OMS presentó en 2008 una guía para trabajar lo que se denominó "task shifting"³⁹ (delegación de funciones), que consiste en un proceso en el cual algunas de las tareas que realizan los trabajadores más especializados se derivan a trabajadores con menor especialización. Esto permite tener unos recursos más eficientes y mejorar la cobertura de los servicios de salud, ya que se necesita menos personal especializado para realizar los mismos servicios.

5.7. Qué se puede hacer

La OMS considera que todos los actores implicados en la migración de personal deben esforzarse para aportar soluciones.

Los países exportadores deben:

- Proteger y mejorar el trato a sus trabajadores que hacen frente a difíciles e incluso peligrosas condiciones de trabajo y a salarios bajos en muchos países en desarrollo.
- Formar a trabajadores de salud, especialmente para puestos en zonas rurales y desarrollar políticas que faciliten el retorno del personal migrante.

Los países importadores deben:

- Reducir la dependencia de trabajadores migrantes, formando a más trabajadores en sus propios países.
- Establecer acuerdos bilaterales con los países exportadores destinados a suavizar el impacto financiero de la migración de los trabajadores sanitarios.
- Hacer políticas responsables de reclutamiento y buen trato al personal migrante.

Acuerdos internacionales:

- Unir inversiones en investigación y sistemas de información necesarios para mejorar el desempeño de los trabajadores de salud
- Acuerdos sobre reclutamientos de forma ética y condiciones de trabajo para trabajadores migrantes, así como planificación internacional de las fuerzas de trabajo necesarias para emergencias humanitarias y amenazas globales de salud, como la pandemia de la gripe.
- Compromiso de los países donantes de asistir a los países en crisis para mejorar la fuerza de trabajo sanitaria. De todos los fondos de nuevos donantes, el 50% debería dedicarse a reforzar sistemas de salud y el 50% de estos fondos debería ir específicamente hacia los trabajadores sanitarios.

En definitiva, para afrontarlo se debe orientar al fortalecimiento de los sistemas de salud. Hay que invertir mucho más en personal sanitario (incluyendo a gestores) que fortalezca los sistemas de salud, tener políticas y planificaciones adecuadas que permitan que cada país tenga sus propios recursos humanos en salud (incluyendo planes de contingencia en situaciones de emergencia), utilizar de forma más eficiente al personal, mejorar las condiciones de trabajo y las expectativas profesionales y tener presente a otro personal, como los trabajadores comunitarios en salud, que pueden descargar de trabajo al personal sanitario; si bien es cierto que tales trabajadores para ser eficaces deben estar integrados en el sistema de salud local, con procesos de formación continua, de seguimiento y, sobre todo, un sistema de referencia y contrarreferencia de enfermos que les permita ser considerados trabajadores del servicio de salud local.

39. <http://www.who.int/healthsystems/TTR-TaskShifting.pdf>

6. FORTALECIMIENTO DEL SISTEMA DE SALUD⁴⁰

6.1. La salud y los determinantes sociales de la salud

El objetivo primordial de un sistema de salud es mejorar la salud de la población. Es por tanto importante conceptualizar primero qué es la salud y qué factores la determinan. Existen múltiples definiciones diferentes de la salud, algunas más restrictivas, centrándose simplemente en la ausencia de enfermedad y otras más amplias, tomando en consideración otros factores. En este informe asumimos una concepción holística de la salud, que fue la adoptada por la Organización Mundial de la Salud en el preámbulo de su constitución en 1946. Según la cual la salud es *"El estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad"*.

Otra definición posterior, también holística, incluye el componente medioambiental: *"El estado completo de bienestar y armonía con la persona y su entorno social y medioambiental"*. El tener mejor o peor salud depende, en gran medida (porque no podemos olvidar los componentes genéticos de las enfermedades) de una serie de factores que condicionan o determinan el estado de salud de una persona y de la comunidad. Estos factores son los **determinantes sociales de la salud** que la OMS definió como: *"Las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas"* (WHO, 2008a).

En efecto, la salud de las personas está condicionada por el estilo de vida; por las redes sociales y comunitarias; por las condiciones de vida y laborales (educación, desempleo, condiciones de trabajo, agua e higiene, servicios de salud, vivienda...); y todo ello está condicionado a su vez por el estado general socioeconómico, cultural y medioambiental, tal y como aparece en el gráfico 1.10.

De esta forma, si se quiere mejorar la salud de las personas y las poblaciones, es preciso intervenir potenciando todos los determinantes sociales de la salud y no sólo los servicios sanitarios⁴¹ (atención a los pacientes en centros de salud, hospitales... así como la prestación de servicios de salud pública⁴²).

En todos los países, con independencia de su nivel de ingresos, la salud y la enfermedad siguen un gradiente social: cuanto más baja es la situación socioeconómica (clase social), peor es el estado de salud. Es injusto que haya diferencias sistemáticas en el estado de salud, cuando estas pueden evitarse mediante la aplicación de medidas razonables. Es la falta de equidad sanitaria. Corregir esas desigualdades –las enormes diferencias sanitarias susceptibles de solución que existen dentro de cada país y entre los países– es una cuestión de justicia social, y está íntimamente relacionado con el derecho a la salud que toda persona tiene. Por lo tanto, el reducir las desigualdades sanitarias no es sólo un imperativo ético, sino una lucha para promover un derecho humano. La injusticia social está acabando con la vida de muchísimas personas (WHO, 2008a).

Para mejorar las desigualdades y la falta de equidad en salud es preciso intervenir sobre los determinantes sociales de la salud mediante:

- La mejora de las condiciones de vida.
- La lucha contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos.
- La medición de la magnitud del problema, analizando y evaluando los efectos de las intervenciones (WHO, 2008a).

Por lo tanto, esta breve descripción de la salud y sus determinantes sociales nos permite tener una amplia perspectiva de cómo mejorar la salud y disminuir las desigualdades en salud de las poblaciones y los individuos y nos va a ayudar a analizar el fortalecimiento de los sistemas de salud desde un enfoque más integral y completo, en el que se tengan muy en cuenta los determinantes sociales de la salud y no sólo los aspectos biomédicos.

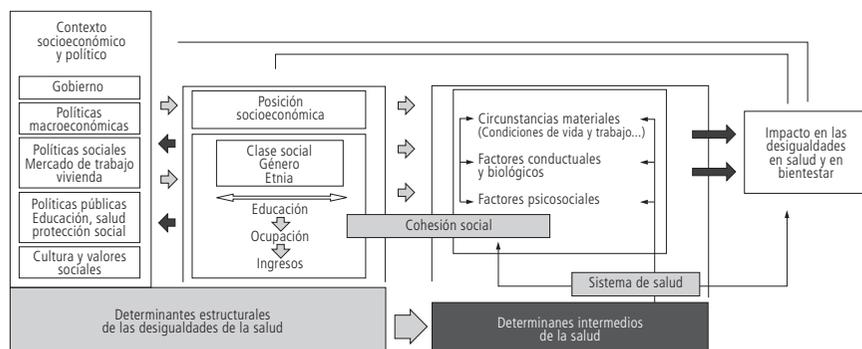
Este enfoque integral implica una mayor intersectorialidad (pilar básico de la Declaración de Alma Ata de Atención Primaria de Salud), es decir, una mayor implicación de los sistemas de salud en condicionar, asesorar e incidir en políticas de otros ministerios (educación, economía, vivienda, agricultura, asuntos sociales...) para incluir la salud en todas las políticas y no sólo limitarse a la asistencia sanitaria.

40. Este apartado ha sido desarrollado a partir de un trabajo elaborado por Tomás Zapata López

41. Servicios sanitarios es un concepto distinto a sistemas sanitarios (sistemas de salud)

42. Una de las definiciones de salud pública (concepto diferente a sistemas públicos de salud) es: *"El esfuerzo organizado por la sociedad para prevenir la enfermedad, proteger, promover y restaurar la salud y prolongar la vida"* (LAST, J. M. 1989. *Diccionario de epidemiología, Barcelona*. Sus funciones básicas son: 1-Valoración de las necesidades de salud; 2-Fomento y desarrollo de políticas de salud y; 3-Garantía de la provisión de servicios básicos de calidad.

GRÁFICO 1.10. DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD



Fuente: Solar e Irwin

6.2. Introducción al fortalecimiento de los sistemas de salud

El fortalecimiento de los sistemas de salud es un tema de importancia estratégica en la agenda de salud mundial. Cada vez se da un mayor consenso sobre la relación existente entre tener un buen sistema de salud y la mejora de los resultados en salud, la equidad, el acceso a los servicios sanitarios y la protección social (WHO, 2007).

El fortalecimiento del sistema de salud debe tenerse presente en todos los países, siendo más importante en los países de bajos ingresos, en los que es fundamental para cumplir los Objetivos de Desarrollo del Milenio (Waage et al., 2010), y donde las necesidades de salud son mayores.

El propósito de este capítulo es entender qué es un sistema de salud, qué tipos de sistemas de salud existen, qué tipo de sistema de salud es el mejor desde un punto de vista del derecho a la salud, qué significa fortalecer un sistema público de salud y, por último, establecer una serie de recomendaciones generales para donantes, gobiernos y sociedad civil para fortalecer los sistemas de salud de los países de renta baja (PRB).

6.3. Concepto, metas y elementos de los sistemas de salud

A) CONCEPTO

Existen diversas definiciones de lo que es un sistema de salud y cada una de ellas implica diferentes marcos de actuación (OPS, 2001). Para centrar el análisis de este capítulo

tomaremos la definición de mayor consenso, que es la adoptada por la Organización Mundial de la Salud en el año 2000: "Un sistema de salud comprende todas las organizaciones, instituciones, recursos y personas cuya finalidad primordial es mejorar la salud" (WHO, 2000). Esta definición incluye los esfuerzos para modificar los determinantes de la salud⁴³, así como las actividades directas para mejorar la salud. Un sistema de salud va, por tanto, más allá de la pirámide de hospitales y centros de salud públicos que prestan servicios a las personas (sistema de atención sanitaria), incluye, por ejemplo, a una madre/padre cuidando a su hijo en casa, a proveedores privados de servicios sanitarios, programas de cambio de comportamiento, campañas de control de vectores, seguros de salud y la legislación de salud.

Un sistema de salud también incluye la acción intersectorial por parte del personal de salud, por ejemplo, presionando al ministerio de educación para promover la educación universal para las mujeres (lo que es un claro determinante de la salud) (WHO, 2007). En cuanto al personal sanitario, también debe incluir los promotores de salud, parteras y médicos tradicionales, actores muy importantes en los países en desarrollo.

Por lo tanto, un sistema de salud es un sistema muy complejo, que engloba diversos actores, recursos y acciones en pos de un objetivo común: mejorar la salud.

B) METAS DE UN SISTEMA DE SALUD

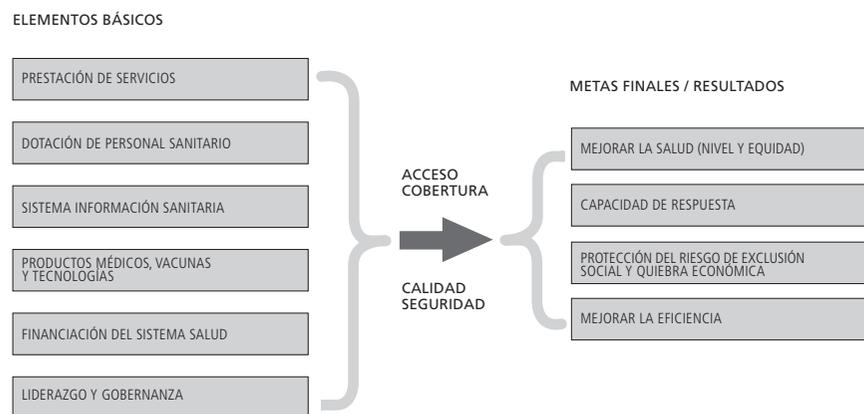
Siguiendo el criterio de la OMS, un sistema de salud tiene las cuatro metas siguientes (WHO, 2007) (Gráfico 1.11.)

1. Mejorar la salud (nivel y equidad). Esta es la razón de ser de un sistema de salud e indudablemente su meta primordial o definitoria. Esta meta es doble, por un lado se debe alcanzar el mejor nivel posible de salud (es decir, el sistema debe ser bueno y eficaz) y por otro lado se debe procurar que haya las menores diferencias posibles en salud entre las personas y los grupos (es decir, el sistema debe ser equitativo). Un adelanto en la consecución de cualquiera de estos dos objetivos, sin cambios en el otro, constituye tan sólo una mejora parcial. El objetivo es conseguir una mejora en el nivel promedio de salud y una reducción de las desigualdades en salud. Por lo tanto, el sistema de salud también tiene la responsabilidad de tratar de reducir las desigualdades mejorando preferiblemente la salud de los que están en peores condiciones (WHO, 2000), que suelen

43. Los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas. Los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de la falta de equidad sanitaria, esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria.

coincidir con los grupos más vulnerables socio-económicamente y que tienen menos acceso al sistema. Por este motivo, un sistema de salud debe considerar programas específicos para este tipo de poblaciones con el fin de reducir la desigualdad.

GRÁFICO 1.11. ESQUEMA DE LA OMS DE SISTEMAS DE SALUD



Fuente: WHO 2007. Everybody's Business. Strengthening health systems to improve health outcomes. WHO's framework for action.

2. Capacidad de respuesta. La gente tiene expectativas con respecto al servicio, pero también al trato que debe recibir por parte del sistema de salud, tanto físico como psicológico. La capacidad de respuesta significa satisfacer estas expectativas y reducir el daño a la dignidad y a la autonomía personales, el temor y la vergüenza que las enfermedades a menudo traen aparejadas. Es decir, implica tratar a las personas con dignidad y respeto. Para que un sistema de salud se pueda considerar bueno, es preciso que además de alcanzar el resto de objetivos responda bien por término medio a estas expectativas de la gente y que además lo haga de una forma equitativa, es decir, que responda igualmente bien a todos, sin discriminación ni diferencias entre individuos o grupos de población (WHO, 2000).

3. Protección del riesgo de exclusión social y quiebra económica. La atención sanitaria puede ser muy costosa. Gran parte de la atención es imprevisible, de modo que es fundamental que la gente esté protegida para que no se vea obligada a optar entre la ruina económica y la pérdida de salud. Por lo tanto, es una meta final de todo siste-

ma de salud garantizar la protección frente a la exclusión social y ruina económica como consecuencia del padecimiento de una enfermedad (WHO, 2000).

4. Mejorar la eficiencia. Significa hacer el mejor uso posible de los recursos disponibles, objetivo de todo sistema de salud, ya que un sistema eficiente permite disponer de más recursos económicos para otras actividades. La situación ideal es aquella en la que mejora la eficiencia del sistema, así como su equidad, tal y como mencionábamos anteriormente. Sin embargo, en ocasiones ambas entran en conflicto y es necesario elegir entre mejorar la eficiencia o mejorar la equidad (WHO, 2000). De todas formas, muchas veces este dilema, que es real y que aparece en mayor medida en países en desarrollo, parte de unas premisas falsas. Lo que se discute es qué hacer con unos presupuestos que en su origen son muy bajos y, muchas veces, se tiene que elegir entre ser más eficiente o ser más equitativo (sobre todo con los grupos más vulnerables y marginales), pero la discusión debe incorporar si los presupuestos de base son los adecuados o los países deben incrementarlos de forma considerable, para poder ser eficientes y equitativos. Si la salud es un derecho, se debería priorizar por parte de los gobiernos, pero muchos de ellos no gastan lo suficiente en salud.

Por lo tanto, un sistema de salud tiene como metas finales mejorar la salud y la equidad en salud, de manera que aumente también la capacidad de respuesta a las expectativas de la gente, de forma justa desde el punto de vista de la financiación del sistema de salud y, por último, de forma eficiente (WHO, 2007).

C) ELEMENTOS DE UN SISTEMA DE SALUD

Según el esquema desarrollado por la OMS en 2007, los sistemas de salud están compuestos por seis elementos básicos⁴⁴ (Gráfico 1.11.):

1. Prestación de servicios

La prestación de servicios consiste en actividades de prevención, tratamiento o rehabilitación que pueden ser llevadas a cabo en casa, en la comunidad, en el puesto de trabajo o bien en instalaciones sanitarias (puestos de salud, centros de salud, hospitales...).

Los buenos servicios de salud son aquellos que permiten realizar intervenciones de calidad eficaces, seguras, personales o no, destinadas a quienes las necesitan, cuando y donde se necesitan, evitando al máximo el desperdicio de recursos (WHO, 2007).

44. Estos seis elementos básicos de los sistemas de salud derivan de las cuatro funciones de los sistemas de salud identificadas en el Informe de la Salud en el Mundo 2000

2. Dotación de personal sanitario

Personal sanitario son todas aquellas personas comprometidas en llevar a cabo acciones cuyo primer propósito es proteger y mejorar la salud (personal público y privado, que cobre o no un salario por ello, profesionales o no profesionales). Existe una fuerte correlación positiva entre la densidad de personal sanitario y los resultados en salud (WHO, 2006).

El personal sanitario se desempeña correctamente cuando responde a las necesidades y actúa de manera equitativa y eficaz para lograr los mejores resultados posibles en materia de salud, habida cuenta de los recursos disponibles y de las circunstancias en que se encuentra (esto es, que debe haber personal suficiente, equitativamente distribuido, que sea competente, idóneo y productivo) (OMS, 2010).

3. Sistema de información sanitaria

La generación y uso estratégico de la información, conocimiento e investigación en salud y en sistemas de salud es una parte integral y fundamental de los sistemas de salud (WHO, 2007).

Un sistema de información sanitaria que funcione debidamente tiene que asegurar la producción, el análisis, la difusión y la utilización de información fiable y oportuna sobre los determinantes de la salud, el desempeño del sistema de salud y el estado de salud de la población (OMS, 2010).

4. Productos médicos, vacunas y tecnologías

Un sistema de salud que funcione debidamente tiene que posibilitar el acceso equitativo a productos médicos esenciales, vacunas y tecnologías de calidad garantizada, seguros, eficaces y eficientes, así como su utilización científicamente racional.

5. Financiación del sistema de salud

Este componente o elemento básico del sistema de salud tiene como propósito movilizar recursos económicos para el sistema de salud.

Un buen sistema de financiación de la salud debe recaudar fondos suficientes para que la población pueda tener acceso a los servicios necesarios y estar protegida contra el riesgo de gastos excesivos y empobrecimiento vinculado al pago de esos servicios. También debe prever incentivos para los prestatarios y los usuarios, de tal forma que se refuercen conductas que resulten equitativas, eficaces y eficientes (WHO, 2007).

6. Liderazgo y gobernanza

Estos dos términos hacen referencia al papel que el gobierno debe desempeñar en salud y el que dicho gobierno debe ejercer en relación a otros actores cuyas actividades tienen un impacto en la salud. Esto implica supervisar, regular, diseñar, analizar y guiar (dirigir)

todo el sistema de salud para proteger el interés público, rindiendo cuentas al público y siendo transparente. Todo ello requiere una acción técnica y política. (WHO, 2007).

Todos estos elementos básicos que constituyen un sistema de salud están altamente relacionados entre sí. Si queremos mejorar el desempeño del sistema de salud será necesario mejorar el desempeño de cada uno de estos elementos y la coordinación entre todos ellos. Para ello es básico e imprescindible el liderazgo y gobernanza por parte de los gobiernos.

A modo de ejemplo para ilustrar la interconexión de los distintos elementos del sistema de salud: una prestación efectiva de servicios requiere de personal adecuadamente formado, que disponga de las medicinas y equipamiento necesarios, así como de una adecuada financiación, un buen sistema de información sanitaria y un buen liderazgo y gobernanza en la coordinación de los elementos y en el diseño de políticas sanitarias eficaces.

Volviendo al esquema de la OMS para analizar un sistema de salud (gráfico 1.11), vemos que para alcanzar las metas finales a partir de los elementos básicos que constituyen un sistema de salud es necesario proporcionar **mayor acceso** de los individuos y poblaciones al sistema de salud, así como ofrecer **mayor cobertura** de servicios sanitarios efectivos (programas, intervenciones, bienes y servicios). Esto debe hacerse reafirmando la **calidad** y **seguridad** de los servicios prestados por el proveedor de los mismos. Estos cuatro elementos constituyen las metas intermedias del sistema de salud, que son necesarias para poder alcanzar las metas finales (WHO, 2007).

El esquema (gráfico 1.11.) para el análisis de los sistemas de salud tiene una visión de la salud muy sanitaria (sin tomar en cuenta los determinantes sociales de la salud). Consideramos que a estos elementos desarrollados por la OMS le debemos añadir (centrada en la provisión de servicios, es decir en la atención médica al paciente) el elemento de **coordinación intersectorial**, que englobaría las acciones en los diferentes sectores que influyen y son influenciados por el sector salud, y daría una visión más transversal de lo que supone un sistema de salud.

6.4. Tipos de sistemas de salud y análisis comparativo entre ellos

A) TIPOS DE SISTEMAS DE SALUD

Existen muchas y variadas formas de clasificar los sistemas de salud (Black and Gruen, 2005): en función del método dominante de financiación del sistema, de la ideología política subyacente, de la naturaleza de los bienes, del nivel de gasto en relación al producto interior bruto (PIB), de los antecedentes históricos, en función de su organización y estructura...

Para el propósito de este capítulo hemos elegido la clasificación de los “prototipos sanitarios” o “modelos clásicos”, en la cual los sistemas de salud se clasifican en función de su organización, forma de financiación y aparición histórica.

Es importante señalar que estas clasificaciones son construcciones teóricas y metodológicas que se apoyan en los aspectos comunes de los sistemas de salud de distintos países para poder establecerlas. Sin embargo, los países enmarcados dentro de una misma clasificación, dada la complejidad de los sistemas de salud, pueden tener diferencias significativas y particulares entre ellos. Es decir, en la práctica no existen sistemas de salud puros, todos tienen un poco de los otros. Por ejemplo, el sistema de salud español es tipo sistema nacional de salud (ver modelos clásicos de sistemas de salud), financiado mayoritariamente vía impuestos, sin embargo también tiene un pequeño porcentaje financiado vía seguro social de salud (MUFACE) y otro financiado vía seguros privados de salud (Sanitas, ASISA...).

Modelos clásicos de sistemas de salud (TABLA 1.2.)

1. Modelo Bismarck o del seguro social de salud

En Alemania, el canciller Otto Bismarck introdujo en 1883 el modelo de seguro obligatorio de enfermedad, mediante el cual el gobierno se hizo cargo de los fondos de enfermedad de los sindicatos para cubrir las incapacidades y los gastos de la atención médica de los obreros (WHO, 2000). Este seguro se extendió progresivamente en Alemania, a lo largo de 100 años, al resto de profesiones y estamentos sociales hasta alcanzar en la actualidad, prácticamente, una cobertura universal (Barnighausen and Sauerborn, 2002).

En dicho modelo, el Estado garantiza las prestaciones sanitarias por medio de cuotas obligatorias vinculadas a la **nómina** del trabajador. En Alemania, por ejemplo, la cuota es un porcentaje fijo del salario. Una parte del porcentaje lo paga el trabajador y la otra el empleador. El Estado es el tercer pagador (vía impuestos), que en este modelo se encarga de asegurar a todas las personas no empleadas, ya que, de lo contrario, quedarían excluidas de la atención sanitaria. (Mossialos et al., 2002) (Mdm et al., 2006) (WHO, 2000).

Otra característica de este sistema es que los trabajadores tienen la posibilidad de elegir en muchas ocasiones entre distintos “seguros de salud” y entre distintos proveedores de servicios. Es decir, existen distintos fondos o seguros que ofrecen distintas coberturas de servicios diagnósticos, preventivos y curativos. Algunos países que siguen este modelo son: Alemania, Austria, Bélgica, Holanda o Francia (Mossialos et al., 2002).

2. Modelo Beveridge o del servicio nacional de salud

El Informe Beveridge sobre seguridad social y servicios de salud en Inglaterra y Gales fue publicado en 1943 y recomendaba una provisión de servicios de salud para toda la

población y financiados a través de **impuestos**, además de beneficios universales durante la enfermedad y el desempleo y después de la jubilación o incapacidad (WHO, 2000) (Mdm et al., 2006). Este modelo se enmarca dentro del ideario del estado de bienestar europeo.

En 1948 fue constituido el Sistema Nacional de Salud de Gran Bretaña que establecía una provisión de servicios gratuitos para la prevención, diagnóstico y tratamiento. Este modelo incluye una cantidad importante de proveedores públicos (integrado), que a menudo son personal asalariado (Mdm et al., 2006).

Algunos países que siguen este modelo son: Reino Unido, Suecia, Dinamarca, Finlandia, Italia o España (es importante resaltar que en España la financiación del sistema de salud es mayoritariamente vía impuestos y no, como mucha gente cree, vía seguridad social).

3. Modelo liberal o empresarial

Este modelo comenzó en Estados Unidos tras el fracaso de Roosevelt de instaurar un seguro obligatorio de enfermedad. Se inició la configuración de un modelo sanitario basado en el libre mercado y en la medicina privada. La financiación proviene mayoritariamente del **pago previo voluntario** del individuo. Es decir, la persona paga una prima a un seguro privado de enfermedad, que se calcula en función de su riesgo de enfermar y de la cobertura de servicios deseada, lo que le permite, posteriormente, disfrutar de unos servicios sanitarios determinados en caso de enfermar.

Sin embargo, dentro de este modelo también existen formas de financiación y provisión de servicios públicos que normalmente quedan restringidos a los grupos de población sin capacidad de pagar (ancianos e indigentes, fundamentalmente). El paradigma de este modelo es Estados Unidos. Suiza también presenta un modelo similar.

4. Modelo Semashko o sistema centralizado

Se instituyó en la Unión Soviética en 1921. Fue inspirado por el comisario de salud del pueblo A. Semashko. Es un sistema altamente centralizado y financiado con presupuesto estatal, en el que la provisión de servicios se hace a través de centros públicos sin que exista el sector privado. Todos los empleados del sistema son asalariados.

Fue utilizado por las repúblicas soviéticas, China y Cuba después de la Segunda Guerra Mundial y abolido en los años 90. En la actualidad, sólo Cuba sigue este modelo, aunque priorizando la atención primaria de salud en lugar del *hospitalocentrismo* inicial.

5. Modelo mixto y segmentado

Mezcla los modelos anteriores (excepto el Semashko), por lo tanto se caracteriza por una participación pública y privada en el financiamiento y la prestación de servicios, así como

por una segmentación en la atención. Es decir, la atención sanitaria es diferente según los distintos grupos poblacionales.

Ejemplos de este modelo se dan en Latinoamérica (Chile, Colombia, Ecuador, Honduras...). A modo de ejemplo, en Honduras existe una red de centros sanitarios exclusiva para los trabajadores que cotizan a la seguridad social, otra para los que no pueden cotizar (indigentes, desempleados...) y otra red privada para las personas con rentas altas que pueden afrontar el pago. La calidad, cobertura y acceso son muy diferentes de unos centros a otros.

Esta tabla presenta los modelos de forma general, sin entrar en matices o detalles de su aplicación en cada uno de los países. No se incluye en la tabla el modelo Semashko por haber desaparecido prácticamente, ni el mixto por ser una mezcla de los tres modelos descritos en la tabla.

B) ANÁLISIS COMPARATIVO ENTRE LOS DISTINTOS SISTEMAS DE SALUD

El análisis comparativo se realiza desde la perspectiva del derecho a la salud, es por tanto necesario explicar primero en qué consiste este enfoque, como se hizo en anteriores informes⁴⁶.

El artículo 25.1 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos dice: *“Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad”*.

Asimismo, el artículo 12.1 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales dice: *“Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”*. El mismo Pacto en el artículo 12.2d dice: *“Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figuran las necesarias para la creación de las condiciones que aseguren a todos la asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad”*.

Por lo tanto, la salud es un derecho fundamental (y no una mercancía) que está íntimamente relacionado con otros derechos (alimentación, vivienda, educación...) y los Estados tienen la obligación de respetar, proteger y cumplir los derechos humanos que constan en los tratados que ellos mismos han firmado y ratificado (MSP, 2006). Los Estados deben ser garantes del cumplimiento de este derecho y en los casos en los que se confrontan intereses o interpretaciones del binomio “salud derecho-salud mercado” deben velar por que prevalezca el derecho a la salud (Alternativa, 2010)

El derecho a la salud y la concepción holística de la salud fueron los elementos inspiradores de la Conferencia de Alma Ata en la que se establecieron las bases de la atención primaria de salud (APS) como eje vertebrador para la consecución del derecho a la salud de todos los ciudadanos, especialmente en los países con menos recursos. La atención primaria de salud se sustentaba en cuatro pilares fundamentales:

46. La salud en la cooperación al desarrollo y la ayuda humanitaria, informe 2005. Médicos del Mundo, Prosalus y medicusmundi

TABLA 1.2. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS DISTINTOS TIPOS DE SISTEMAS DE SALUD

	Bismarck (Seguro Social Salud-Nómina)	Beveridge (Sistema Nacional Salud-Impuestos)	Liberal (Empresarial)
¿Quién realiza la recaudación?	Los distintos fondos o seguros de salud	Gobierno	El seguro privado de salud
¿Cómo se financia el sistema de salud?	Con un % obligatorio del salario (nómina) de los trabajadores (paga el empleado y el empleador)	Con impuestos obligatorios sobre los ingresos (impuestos directos e indirectos)	Con aportaciones privadas y voluntarias de los ciudadanos que subscriben la póliza.
¿Mancomunidad de riesgos?	Sí, en cada uno de los fondos de salud	Sí, un único fondo a nivel nacional	Muy limitada
¿Quién está cubierto?	Los empleados que han cotizado al seguro social de salud	Universal (toda la población)	Sólo las personas que han suscrito un seguro privado
¿Qué servicios están cubiertos?	Cada seguro de salud define qué servicios están cubiertos	Amplia cobertura de servicios (hasta donde establece el Sistema Nacional de Salud)	Los establecidos por la póliza de seguros
¿Puedes elegir seguro?	Sí	No	Sí
¿Puedes elegir proveedor de servicios?	Sí, siempre	A veces (limitado)	Sí, siempre
Contratación de los servicios	El fondo subcontrata a proveedores privados de servicios sanitarios	Integrado (los proveedores son trabajadores públicos)	El seguro privado de salud subcontrata proveedores privados
Pagos a los médicos	Por acto médico	Salario/Capitación ⁴⁵	Pago por acto médico
Control	Por cada uno de los seguros médicos de salud	Gubernamental	Por el seguro privado de salud

Tabla elaborada por el autor a partir de Mossialos et al., 2002. Black and Gruen, 2005. WHO, 2000.

45. La capitación consiste en pagar a los médicos en función del número de personas que tienen asignadas en su cupo.

1. El acceso universal a los servicios de salud.
2. Equidad.
3. Participación comunitaria.
4. Acción intersectorial (incidiendo sobre los determinantes sociales de la salud).

En la APS también mencionan otros objetivos como la promoción de la salud y el uso apropiado de las tecnologías (WHO, 1978).

A continuación se analiza cada uno de los tipos de sistemas de salud descritos anteriormente desde el enfoque de derecho a la salud y centrado en países de renta baja, incluyendo los países menos avanzados (TABLA 1.3.).

1. Modelo Bismarck o del seguro social de salud

Este tipo de sistema de salud, tras muchos años, ha conseguido alcanzar progresivamente en diversos países de renta alta la cobertura universal (Barnighausen and Sauerborn, 2002). Sin embargo, el contexto de los países en desarrollo no es propicio para la implantación de este tipo de sistema de salud (Oxfam et al., 2008). Estos países se caracterizan por tener un alto porcentaje de economía informal y elevadas tasas de desempleo, por lo tanto, es difícil recaudar cantidades sustanciales de recursos económicos a través de tal modelo, por no haber suficientes personas asalariadas para mantenerlo. Además, lleva asociado altos costes de transacción (gastos derivados de que los fondos no gestionan directamente la provisión de servicios, sino que deben contratar proveedores privados y eso aumenta la burocracia, asimismo deben gestionarse varios grupos mancomunados del riesgo y no sólo uno, lo cual lleva a un aumento también de la burocracia) y precisa de alta capacidad institucional y administrativa de la que carecen la mayoría de los países en desarrollo (Wagstaff, January 2007) (Oxfam et al., 2008) Por lo tanto, es muy probable que este sistema resulte ineficiente. Por ejemplo, Alemania debe gestionar casi 200 fondos diferentes, lo que supone un incremento enorme de burocracia, con respecto a quienes tienen un solo proveedor de servicios.

Desde el punto de vista de la equidad, este sistema no es equitativo, ya que excluye a amplios sectores de la población (sector informal, desempleados, pobres, indigentes...). Y, aunque estos sectores más vulnerables traten de ser incluidos mediante subsidios estatales para su aseguramiento, la cobertura de prestaciones sanitarias suele ser distinta de los trabajadores del sector formal, lo cual no es equitativo (Oxfam et al., 2008) (Wagstaff, January 2007).

TABLA 1.3. VENTAJAS Y DESVENTAJAS DE LOS DISTINTOS TIPOS DE SISTEMAS DE SALUD

	VENTAJAS	DESVENTAJAS
1-SEGURO SOCIAL DE SALUD (recaudación por el salario)	<ul style="list-style-type: none"> -Contribución obligatoria -Alto nivel de distribución del riesgo entre grupos de población debido a grandes grupos mancomunados -Las primas son proporcionales al salario (quien gana un salario mayor más contribuye en cantidad total aunque contribuya con el mismo %) -Genera ingresos estables -Efectos positivos en el acceso a los servicios de salud y en la reducción del gasto catastrófico en salud en las personas aseguradas -Mayor independencia del gobierno en la asignación de recursos que en el SNS 	<ul style="list-style-type: none"> -Las personas pobres y desempleadas son excluidas del sistema, a no ser que sean subsidiadas por el gobierno -Representa una amenaza para la equidad, por la exclusión de grupos de población y porque los grupos subsidiados suelen tener menor cobertura de beneficios -Complejo de organizar. En países de renta baja existe escasa capacidad institucional y administrativa para organizarlo -En países de bajos recursos, donde existe un porcentaje alto de economía informal, grandes grupos de población son excluidos y poca capacidad de recaudación -Poca capacidad de control de calidad de los servicios subcontratados a los proveedores privados de servicios sanitarios -Altos costes de transacción en relación con el sistema de recaudación general de impuestos
2-SISTEMA NACIONAL DE SALUD (Recaudación general por impuestos)	<ul style="list-style-type: none"> -Contribución obligatoria -Muy alto nivel de distribución del riesgo entre grupos de población debido a la existencia de un único grupo mancomunado -Generalmente mayor equidad vertical en la financiación que el Seguro Social de Salud (si hay predominio de impuestos directos), mayor progresividad de los impuestos, quien más renta tiene paga un % mayor de impuestos) -Efectos positivos en el acceso a los servicios de salud (acceso universal) y en la reducción del gasto catastrófico en salud en toda la población. Mayor equidad horizontal -Los costes de recaudación son menores que en SSS, ya que de todas formas hay que realizar la recaudación de impuestos -Mayor control del gasto sanitario 	<ul style="list-style-type: none"> -En países de bajos recursos donde existe un porcentaje alto de economía informal, la capacidad de recaudar dinero vía impuestos es limitada debido a la evasión fiscal -Alta dependencia del gobierno de turno, que cada año decide qué % de los presupuestos se dedica a sanidad (alta incertidumbre)

3-MODELO LIBERAL O EMPRESARIAL	<ul style="list-style-type: none"> -Efectos positivos en el acceso a los servicios de salud y en la reducción del gasto catastrófico en salud en las personas aseguradas -Mayor acceso y seguro contra gasto catastrófico en las personas aseguradas en el seguro social de salud y privado 	<ul style="list-style-type: none"> -La prima del seguro (lo que paga el individuo) está basada en el riesgo de esa persona de enfermar (normalmente personas de clase social alta tienen menor riesgo y por lo tanto pagan menos que personas de clase social baja) -La eficiencia se relaciona frecuentemente con aumentar beneficios -Gran riesgo de selección adversa -No es equitativo (quien no puede pagar queda fuera del sistema. En la mayoría de la población en países en desarrollo queda reservado a las élites económicas) -Altos gastos administrativos y de regulación -Suele llevar a un elevado gasto sanitario debido a una demanda inducida por el proveedor
4-MODELO MIXTO Y SEGMENTADO		<ul style="list-style-type: none"> -Falta de equidad en el acceso -Falta de equidad en la financiación -Elevados costes de transacción -Escasa mancomunidad del riesgo

Fuente: Elaboración propia a partir de (Mossialos et al., 2002) (Oxfam et al., 2008) (People'sHealthMovement et al., 2006)

2. Modelo Beveridge o sistema nacional de salud

Este sistema resulta el más equitativo, tanto desde el punto de vista de equidad vertical (tratar de distinta forma a los desiguales) en la financiación (mayor progresividad fiscal, quien más gana más contribuye en proporción) y en el acceso (mayores esfuerzos dedicados a lograr el acceso de los colectivos más vulnerables), como de equidad horizontal (tratar igual a los iguales) en la financiación (aquellas personas que ganen lo mismo contribuyan en la misma medida) y en el acceso (aquellas personas con la misma enfermedad sean tratadas de la misma forma) (Oxfam et al., 2008, Mossialos et al., 2002) (OXFAM, Febrero 2009) (Black and Gruen, 2005). El objetivo de este sistema es que la atención sea según necesidad y no según capacidad de pagar, mientras que la financiación del sistema sea según la capacidad de pagar de los individuos.

Desde el punto de vista de la eficiencia en la financiación, resulta más eficiente en la recaudación de recursos económicos (menos costes administrativos), más eficiente con la creación de un único grupo para la mancomunidad de riesgos y más eficiente en la compra de servicios al integrar su provisión por proveedores públicos y no precisar la subcontratación de proveedores privados (OXFAM, Febrero 2009) (Mossialos et al., 2002).

3. Modelo liberal o empresarial

25 años después de la introducción de los seguros privados de salud en los PRB, no existe todavía evidencia de que puedan beneficiar más que a un limitado grupo de población de clase social alta. Este modelo que prima el libre mercado tan sólo da cobertura a menos del 10% de la población de los PRB donde este sistema ha sido implementado (Oxfam et al., 2008), potenciando de esta forma las enormes desigualdades existentes en esos países.

Este modelo ha fracasado también en los países de renta alta, especialmente en Estados Unidos, presentando grandes grupos de población que son excluidos del sistema de salud (no es equitativo), discrepancias en la cobertura de servicios entre aquellos que tienen acceso a seguros privados y públicos (MEDICARE, MEDICAID), mostrándose incapaces de contener el gasto sanitario y con una esperanza de vida menor a otros países de renta alta (78 años en 2008 en Estados Unidos) (WHO, 2010a). Estados Unidos gastó en 2008 el 16,2% de su PIB en sanidad, 7.681 dólares por persona (el segundo más alto del mundo, España gastó en 2007 el 8,46% del PIB con una esperanza de vida media de 82 años en 2008), del cual casi el 42% es dinero público (US, 2008) (MSC, 2010). Por lo tanto, es un sistema altamente ineficiente y no es equitativo con pobres resultados en salud, que no debe ser exportado a países de rentas bajas, medias bajas y PMA.

4. Modelo mixto y segmentado

Este modelo no es equitativo, tanto desde el punto de vista de la equidad vertical (al final los que más tienen no contribuyen en mayor medida para poder asegurar a los que menos tienen), como desde la equidad horizontal (distintas personas con un mismo problema de salud reciben tratamientos de muy distinta calidad en función de la clase social, de estar empleado o no...). Es decir, se crean sistemas de atención sanitaria específicos para pobres y para ricos, lo cual representa una visión totalmente opuesta al enfoque del derecho a la salud, de un único sistema de atención universal para todos (People'sHealthMovement et al., 2006). Además, esta segmentación hace el sistema más ineficiente, al tener que duplicar recursos en muchos casos.

Podemos concluir que los sistemas tipo seguro nacional de salud que son financiados públicamente mediante impuestos, con un único grupo de mancomunidad de riesgos y que integran una provisión pública de servicios sanitarios son la única forma probada de alcanzar la asistencia sanitaria universal y equitativa (People'sHealthMovement et al., 2006) (People'sHealthMovement et al., 2008) (OXFAM, Febrero 2009). Y, en cualquier caso, los sistemas de salud están muy influenciados por el contexto individual de cada país y, por lo tanto, es preciso adaptar estas recomendaciones generales a cada uno de los países donde van a ser implementados (WHO, 2007).

6.5. Fortalecimiento de los sistemas públicos de salud

Tal y como hemos concluido anteriormente, los sistemas de salud más equitativos y eficientes son aquellos financiados y proveídos públicamente. Sin embargo, desde la declaración de Alma Ata en 1978 hasta la actualidad, no ha habido un claro compromiso con el fortalecimiento de este tipo de sistemas de salud. Es más, diferentes factores han dificultado su aplicación tales como:

1. *Programas de ajuste estructural* promovidos por el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional con fuerte contracción del gasto público.
2. *Reformas del sector salud*, promovidas por las citadas entidades, que se han dirigido hacia una mayor privatización del sector salud reduciendo el gasto público en salud, promoviendo el uso del copago y formas de aseguramiento comunitario. En estas reformas, cada vez más, las personas son vistas como consumidores en lugar de ciudadanos con derecho a recibir cuidados de salud.
3. *Enfoques verticales y selectivos*, centrados únicamente en resolver ciertas enfermedades, creando sistemas paralelos y duplicidades en los servicios sanitarios, planteados únicamente desde un enfoque biomédico, los cuales dañan la creación de sistemas integrales.
4. *Estudios coste-efectividad*, los cuales pese a poder ser útiles, se han utilizado para establecer una asistencia de mínimos, con paquetes de servicios esenciales.
5. *Corrupción y gobiernos ilegítimos* que han minado también la creación del sistema público de salud (People'sHealthMovement et al., 2006).

Es necesario tener perspectiva de lo acontecido hasta el momento para poder definir y afrontar los retos que supone el fortalecimiento de los sistemas públicos de salud.

A) CONCEPTO DE FORTALECIMIENTO DE SALUD

La OMS define el fortalecimiento de los sistemas de salud como la mejora de sus seis elementos básicos (GRÁFICO 1.11) y la coordinación de sus interacciones de forma que se alcancen mejoras más equitativas y sostenibles en los servicios de salud y en los resultados en salud, considerándolo un tema de importancia estratégica (WHO, 2007). El fortalecimiento requiere una visión a largo plazo, no existen soluciones inmediatas, así como una adaptación a los distintos contextos de cada país.

El fortalecimiento de los sistemas públicos de salud, desde la perspectiva del derecho a la salud, requiere que la mejora en cada uno de los elementos básicos se guíe por una serie de principios como son: financiación progresiva, mancomunidad del riesgo,

prestación de asistencia según necesidad y no según capacidad de pagar, equilibrio de abordajes poblacionales versus individuales, y aseguramiento de una provisión pública de servicios que garantice el acceso universal y gratuito de calidad (People'sHealthMovement et al., 2006). Además debe tener en cuenta la interacción con otros sectores que influyan de manera decisiva en los determinantes de salud.

Por lo tanto, un sistema de salud fortalecido debería funcionar como una institución social que promueve la solidaridad social, la buena gobernanza y el derecho a atención sanitaria (People'sHealthMovement et al., 2006).

B) RETOS PARA EL FORTALECIMIENTO

La OMS ha desarrollado una herramienta para la evaluación de cada uno de los elementos básicos de los sistemas de salud. En ella se describen indicadores específicos para cada uno de estos elementos (WHO, 2008b). En este capítulo se resumen los principales retos que hay que afrontar para fortalecer cada uno de los elementos.

1. Prestación de servicios

El reto es conseguir la provisión de servicios públicos de calidad que mejoren la salud de las personas y que presenten la atención respetuosa a las personas que lo necesitan y donde lo necesitan. Para mejorar la prestación de servicios es necesario:

- Dotar de mejores infraestructuras a los servicios de salud.
- Distribuirlos adecuadamente para que estén accesibles a toda la población.
- Equiparlos adecuadamente con los medicamentos y procedimientos diagnósticos necesarios.
- Dotarlos de un buen sistema de información sanitaria.
- Adaptarlos a los patrones cambiantes de morbi-mortalidad, sobre todo en países en desarrollo, donde aparece un aumento en la prevalencia de enfermedades crónicas (diabetes, enfermedades cardiovasculares, cáncer...) y un mantenimiento en la prevalencia de enfermedades infecciosas.
- Estructurar el sistema de salud entorno a la atención primaria de salud, prestando una cobertura amplia de servicios y fomentando la participación comunitaria en la toma de decisiones en el sector de la salud.
- Responder a las necesidades y características particulares de las poblaciones locales.
- Coordinar la acción de todos los actores para evitar duplicidades y regular la prestación privada de servicios sanitarios, garantizando unos estándares mínimos de calidad.

2. Dotación de personal sanitario

Un componente fundamental para fortalecer un sistema público de salud es establecer planes integrales de recursos humanos que permitan solucionar la actual crisis de recursos humanos en los PRB (WHO, 2006). Ya hemos comentado que en la actualidad existe un número claramente insuficiente de trabajadores de salud y un amplio porcentaje de ellos están desmotivados, mal formados, sin suficiente apoyo ni supervisión. Asimismo existe una mala distribución, concentrándose la mayoría de los trabajadores en áreas urbanas, que se van en muchos casos al sector privado, por tener mejores salarios. Estos planes integrales deberían incluir:

- Mejora de los salarios para la captación y retención de trabajadores en el sector público.
- Aumento significativo del número de médicos y enfermeras en formación, así como la formación y el número de los promotores de salud en aquellos países donde sean necesarios.
- Formación de calidad.
- Formación en gestión y planificación del personal de recursos humanos de los ministerios de salud.
- Mejora del monitoreo y evaluación de las políticas aplicadas en recursos humanos.
- Sistemas de información sanitaria en relación al número de trabajadores existentes, su distribución, localización y salarios.
- Aumento de los incentivos económicos y no económicos (vivienda, transporte...) para fomentar la presencia de trabajadores sanitarios en zonas rurales.
- Mejores condiciones de trabajo (suministros, infraestructura...).
- Calidad en la atención prestada mediante supervisiones, guías clínicas, formación en servicio.
- Aumento de la productividad mediante supervisiones, delimitando claramente sus funciones y responsabilidades dentro del sistema.
- Garantía de un comportamiento ético y responsable estableciendo claras reglas y procedimientos sancionadores en caso de comportamientos no éticos (abusos sobre pacientes, falta de respeto...). Estos procedimientos deben ser objetivos, justos y transparentes.
- Planes para reducir la migración internacional de recursos humanos (WHO, 2006) (People's Health Movement et al., 2006).

3. Sistema de información sanitaria

Es uno de los elementos que tiene que desarrollarse mejor para fortalecer los sistemas de salud. Para tomar decisiones y diseñar políticas efectivas es necesario contar con sistemas de información de calidad y fiables.

Es preciso mejorar el sistema de información en la prestación de servicios sanitarios, para conocer mejor el estado de salud/enfermedad de la población y poder establecer intervenciones específicas, según el contexto, así como para hacer seguimiento y evaluar el impacto de dichas intervenciones. Este sistema es también fundamental para el control de epidemias. La información sanitaria debe incluir aquellos aspectos que se relacionan con los determinantes sociales de salud y debe estar desagregado por género, etnias, y áreas geográficas, con el fin de conocer la realidad y mejorar la eficacia y la equidad.

Como ya se mencionó anteriormente, hay que mejorar el sistema de información sanitaria en recursos humanos en salud para tener actualizado el número de trabajadores de que dispone el sistema de salud, su localización, distribución, salarios, si están en el sector público o privado, etc. Es preciso también conocer el número de trabajadores que han emigrado al extranjero, sus motivaciones, los factores que han contribuido a ello.

En relación a la financiación también es necesario generar información que sea transparente en relación al gasto sanitario nacional y local, partidas de gasto, gasto por grupos sociales, por nivel de atención sanitaria, vías de ingreso...

Hay que fortalecer la investigación y publicaciones en salud en los países en desarrollo, promovidas desde los propios ministerios de salud, y en relación con el ámbito académico nacional e internacional (WHO, 2006).

4. Productos médicos, vacunas y tecnologías

Uno de los principios de la declaración de Alma Ata es el uso apropiado de las tecnologías existentes. Definido como el uso de tecnologías efectivas, científicamente probadas y socialmente aceptadas que sean accesibles universalmente a los individuos y a las familias en la comunidad a un coste que la comunidad pueda pagar (SUDAN ALMA ATA 1978). Este principio sigue teniendo vigencia para fortalecer los sistemas de salud. En la prestación de servicios sanitarios se deben incluir solamente aquellos medicamentos, vacunas, procedimientos diagnósticos y terapéuticos que tengan una eficacia demostrada científicamente y de forma independiente de la industria farmacéutica.

La introducción de agencias de evaluación de tecnología regionales puede ser una herramienta útil para determinar la eficacia y establecer políticas.

Otro reto es incluir la medicina local, con sus remedios naturales dentro de la prestación de servicios, promoviendo estudios sobre la eficacia de dichos productos.

Un aspecto importante es potenciar el uso de genéricos y luchar a nivel internacional por el levantamiento de patentes sobre medicamentos esenciales en los países en desarrollo. Establecer negociaciones regionales para la compra de medicamentos puede también abaratar considerablemente los costes de compra.

5. Financiación del sistema de salud

En la actualidad la mayoría del gasto sanitario en los países en desarrollo es privado, 13 dólares por persona en 2006 (la mayoría, pago en efectivo en el momento de la atención). El gasto proveniente de los presupuestos gubernamentales es, de media, de 12 dólares por persona en 2006 y el gasto proveniente de la ayuda al desarrollo internacional es de 6 dólares por persona (Waage et al., 2010).

Es necesario que la financiación de los sistemas de salud sea pública, progresiva, suficiente en cantidad y sostenible en el tiempo. Para ello, como ya se analizó en el punto anterior, la mejor opción es la recaudación vía impuestos. Para ello se precisa mejorar los mecanismos de recaudación de impuestos en los países en desarrollo haciéndolos más eficientes y eficaces y disminuir los niveles de corrupción que merman los presupuestos de salud nacionales. Asimismo, los presupuestos para salud de los gobiernos africanos deberían alcanzar el 15% del PIB, tal y como se acordó en la declaración de Abuja (WHO, 2003).

Sin embargo, con las actuales tasas de crecimiento económico de los países en desarrollo y el continuo crecimiento poblacional, los recursos disponibles vía impuestos en estos países no son suficientes para financiar los sistemas públicos de salud de calidad que garanticen la equidad y eficiencia (Schieber et al., 2006). Es por ello necesario que la comunidad internacional se comprometa a incrementar su ayuda al desarrollo hasta el 0,7% del PIB de cada país de renta alta y que el 15% de la AOD se destine al sector de la salud, de una forma sostenida y segura para apoyar los presupuestos de los ministerios de salud de los países en desarrollo (Waage et al., 2010).

Asimismo, dado que la economía funciona globalmente, deberían existir impuestos a escala global que gravaran las rentas más altas. Otra forma impositiva sería a través de la aplicación de la tasa Tobin a las transacciones financieras (People'sHealthMovement et al., 2006). Aunque como hemos podido constatar en la última cumbre de las Naciones Unidas para evaluar los ODM (2010), la comunidad internacional es reacia a este tipo de medidas. El apoyo presupuestario a largo plazo a los ministerios de salud, por ejemplo vía SWAP, es absolutamente imprescindible si queremos fortalecer los sistemas de salud de los países en desarrollo.

En la actualidad, tan sólo el 20% de la ayuda en salud va destinada a apoyar directamente a los ministerios de salud de los PRB (WHO, 2007). Este apoyo debe estar condicionado a la participación de la sociedad en las tomas de decisiones y a un compromiso real de los gobiernos con la salud, destinando el ya comentado 15% del PIB a este sector.

Otro aspecto importante para el fortalecimiento de los sistemas públicos de salud es la supresión del copago sanitario en los países en desarrollo, ya que representa una barrera para el acceso a los servicios de salud, en especial para los más pobres (Lagarde and Palmer, 2008) (People'sHealthMovement et al., 2006) (Oxfam et al., 2008) (Singh, 2003).

Otra alternativa de financiación es el seguro de salud comunitario, un mecanismo de financiación sin ánimo de lucro, que se basa en la solidaridad entre pequeños grupos de población, fundamentalmente en zonas rurales y entre personas relativamente pobres. En África estos seguros cubren a unos 2 millones de personas. En este esquema la prima está ligada al riesgo de enfermar de la comunidad y la gestión la lleva a cabo la propia comunidad. Sin embargo, debido a su pequeña escala, limitada cobertura de servicios y no alcanzar a los más pobres (ya que no pueden pagar la prima) no es un sistema de financiación efectivo, ni equitativo. Se considera más una medida interina o temporal hasta alcanzar un sistema de seguro social de salud más integral. Por lo tanto, no es un esquema de financiación que fortalezca de forma integral los sistemas de salud, por lo que no es una opción preferente (Oxfam et al., 2008) (Ekman, 2004) (Carrin et al., 2005).

6. Liderazgo y gobernanza

La mejora del liderazgo y gobernanza nacional en los PRB es fundamental para el fortalecimiento de los sistemas públicos de salud. Es preciso formar y apoyar a los líderes nacionales con capacidad de guiar, dirigir y generar confianza y entusiasmo dentro del propio sistema de salud.

Una mejor gobernanza tiene que llevar a una mayor regulación del sector privado en los PRB, mediante el establecimiento de licencias, claros términos de actuación y responsabilidades, control de precios...

Asimismo, los ministerios de salud nacionales deben ser capaces de establecer su propia agenda y no estar supeditados a las imposiciones de las agencias externas. Deben también exigir una mayor coordinación de los múltiples y diversos donantes internacionales y de las iniciativas globales en salud.

Otro reto para mejorar la gobernanza es que las decisiones ministeriales en políticas sanitarias estén basadas en evidencia científica, generada también a través de investigaciones nacionales y en los propios sistemas de información sanitaria nacionales. La mejora en la gobernanza supone fortalecer a las organizaciones de la sociedad civil para que estén vigilantes y exijan rendición de cuentas a sus gobiernos y a los donantes.

7. Empoderamiento de la comunidad e intersectorialidad

Dos de los pilares de la Declaración de Alma Ata son la participación comunitaria y la intersectorialidad (WHO, 1978). Sin embargo, en el esquema de los elementos esenciales de un sistema de salud de la OMS no aparecen (quedan incluidos dentro de gobernanza) y no se le dan el peso específico que tienen desde el enfoque del derecho a la salud. De hecho, la participación comunitaria ha sido el principio más olvidado de la declaración (Lawn et al., 2008). La participación comunitaria puede ser definida como una herra-

mienta para el empoderamiento de las comunidades, a través de la cual son responsables del diagnóstico, planificación y trabajo para resolver sus problemas de salud y desarrollo (Morgan, 2001).

El empoderamiento ayuda a la gente a actuar colectivamente, a enfrentarse a la falta de equidad, a favor de un mayor acceso a los recursos y a transformar las instituciones (Rifkin, 2009). La participación comunitaria tiene que ser continua, sostenida y apoyada localmente, de esta forma, las mejoras en salud pueden ser más lentas pero serán más sostenidas en el tiempo que las logradas mediante enfoques impuestos desde arriba. (Lawn et al., 2008). La aplicación de este enfoque contribuye al fortalecimiento de los sistemas de salud y de los determinantes sociales de la salud.

Como ya se ha dicho, la mejora en cada uno de estos elementos contribuye al fortalecimiento de los sistemas públicos de salud y para que puedan llevarse a cabo es preciso un compromiso de cambio por parte de los donantes internacionales, los gobiernos nacionales y la sociedad civil.

6.6. Recomendaciones generales para el fortalecimiento del sistema de salud

A) DONANTES

1. Mayor y mejor ayuda oficial al desarrollo (AOD)

La declaración de París de 2005 supuso un antes y un después en la ayuda oficial al desarrollo internacional. Es por ello necesario seguir trabajando por el cumplimiento de sus recomendaciones, aumentando la ayuda y mejorando la efectividad de la misma.

Es preciso incrementar de forma urgente la ayuda al desarrollo en salud, haciéndola predecible a medio y largo plazo. La ayuda debería ir preferentemente encaminada a fortalecer los presupuestos nacionales de salud de los países de rentas bajas y medias bajas (Schieber et al., 2006). El compromiso del 0,7% del PIB sigue aún sin cumplirse en la mayoría de los países de renta alta, así como la recomendación de dedicar el 0,1% para financiar la salud de los países de rentas más bajas (WHO, 2001).

Se precisa también mejorar la efectividad de la ayuda, aplicando los principios de la declaración de París (apropiación, alineación, armonización, gestión orientada a resultados y responsabilidad mutua) (OECD, 2005). A estos principios le debemos incorporar el de participación de la sociedad en las tomas de decisiones.

La ayuda debería ser canalizada a través de los instrumentos de la cooperación internacional (ayuda bilateral o multilateral) (Corella and Rubio, 2007). Dentro de la ayuda bilateral, principalmente a través de **nuevos instrumentos**, como los siguientes:

Enfoque sectorial (SWAP, Sector Wide Approach)

Es preciso aumentar la financiación vía SWAP. Mediante este instrumento se fortalecen las capacidades de los ministerios de salud nacionales, ya que son estos los que lideran la elaboración de las estrategias, objetivos y metas de salud, los planes de intervención, presupuestan los gastos..., asumiendo la responsabilidad de los resultados. Los donantes y la sociedad civil tanto internacional como local actúan como socios apoyando el proceso y proporcionando la financiación externa necesaria a los ministerios de salud (Corella and Rubio, 2007).

Apoyo presupuestario sectorial y general

Es necesario apoyar los presupuestos nacionales de salud para que se puedan fortalecer los sistemas nacionales de salud. Como ya se ha mencionado anteriormente, dicho apoyo presupuestario sostenido y predecible es imprescindible para conseguir unos sistemas públicos de salud que garanticen el acceso universal (Corella and Rubio, 2007).

Tanto los SWAP como los apoyos presupuestarios son una buena forma de fortalecer las capacidades de los Estados de los países en desarrollo para regular y extender rápidamente la asistencia sanitaria pública de calidad, gratuita y universal (People's Health Movement et al., 2008). Estos instrumentos deben tener muy presentes en su desarrollo a los determinantes sociales de salud.

Los donantes no deberían subvencionar al sector privado lucrativo en salud de los países en desarrollo ya que genera falta de equidad en el acceso a los servicios sanitarios. No obstante, es una realidad que muchos servicios de salud que cubren a las poblaciones más vulnerables en los países de renta baja y PMA son gestionados por servicios privados no lucrativos. Hasta que las instituciones públicas locales no se hagan cargo de estos servicios, los donantes deberían apoyar a estos gobiernos en los procesos de fortalecimiento de la capacidad de regular a los proveedores privados de asistencia sanitaria (OXFAM, febrero 2009) y a ejercer su función de rectoría con todos los proveedores privados, lucrativos y no lucrativos.

Fondos globales. Nuevos instrumentos de cooperación multilateral

Donantes como GAVI o el Global Fund es necesario que se muevan hacia un enfoque más horizontal, de fortalecimiento de los sistemas públicos de salud y centrados en la atención primaria de salud y no continuar con enfoques verticales que crean duplicidad de recursos y sistemas paralelos. Es vital la integración de las actividades de los fondos con los programas nacionales de fortalecimiento del sistema de salud (Schieber et al., 2006).

Dentro de la ayuda bilateral pueden utilizarse también los instrumentos tradicionales:

- *Asistencia técnica*

Se debería potenciar la cooperación técnica para desarrollar los recursos humanos a través de la mejora del nivel de habilidades, conocimiento técnico y capacidad productiva de los profesionales de los PRB. Un objetivo particularmente importante de la cooperación técnica es el desarrollo institucional basado en el desarrollo de los recursos humanos. La cooperación técnica se debería llevar a cabo mediante el acceso a la formación, provisión de expertos expatriados y nacionales, asesoría política y técnica, asistencia en la preparación de encuestas y estudios, y contribuciones a la ciencia, la investigación y el desarrollo tecnológico.

La asistencia técnica debería proveerse a todos los niveles del sistema (cuadros del ministerio, direcciones provinciales, distritos de salud y líderes comunitarios). Las ONGD de salud deberían moverse hacia esta cooperación técnica, para lo cual es necesario incrementar los conocimientos técnicos de los expatriados (Corella and Rubio, 2007). Sin embargo, las ONG de salud no deben centrar su trabajo exclusivamente en la excelencia de su asistencia técnica, ya que debe asegurarse que ésta priorice las poblaciones más vulnerables, la equidad en el acceso, el fortalecimiento del propio sistema de salud y la participación comunitaria en la toma de decisiones referidas a la salud, además de ser un canal para denunciar e informar sobre las injusticias y la falta de equidades en salud, cuyas causas están muchas veces en los países desarrollados.

- *Proyectos*

Los proyectos de asistencia sanitaria en terreno deberían ir desapareciendo y dejar paso a los propios sistemas de salud nacionales, responsables de proveer la asistencia sanitaria de calidad y universal. En el caso de que sea necesario la realización de un proyecto por la incapacidad de las instituciones públicas de proporcionar el servicio de salud a la población vulnerable, este proyecto debe estar integrado dentro de los planes de salud de las instituciones públicas y coordinado con las autoridades locales, siempre que éstas aseguren que en los planes no existe ningún tipo de discriminación en el acceso a los servicios de salud, lo cual iría en contra de la cobertura universal. En cualquier caso, tales intervenciones deben ser por periodos de tiempo limitados, ya que el objetivo final es que el sistema público de salud alcance a los colectivos vulnerables.

Otros instrumentos que pueden ser utilizados son los programas de colaboración interuniversitarios, los cuales pueden ayudar a aumentar las capacidades locales para la generación de información y su análisis, el diseño y evaluación de intervenciones desde un enfoque científico. Sería interesante apoyar estudios e investigaciones sobre los éxi-

tos de la expansión de la financiación y provisión pública de los sistemas de salud (OXFAM, febrero 2009). En España existe escasa implicación de la universidad en este tipo de programas, especialmente en África. Asimismo hay poca relación entre las universidades y las ONGD.

2. **Fiscalidad internacional**

Es preciso crear nuevos mecanismos de fiscalización internacional que generen recursos económicos sostenibles y predecibles para financiar los presupuestos nacionales de salud que contribuyan a fortalecer los sistemas de salud públicos nacionales. Solamente con los recursos nacionales y la AOD no es suficiente (Schieber et al., 2006).

Existen diferentes alternativas, como la tasa Tobin sobre las transacciones financieras internacionales (ATTAC, 2010). Actualmente se postulan otros mecanismos similares, por ejemplo la tasa sobre el cambio de divisas para la salud (CTL-Currency Transaction Levy, por sus siglas en inglés) o un impuesto más amplio a todas las transacciones financieras (FTT-Financial Transaction Tax). Ambas medidas podrían servir para un doble objetivo: amortiguar las actividades especulativas excesivas en los mercados financieros y generar fondos, en este caso para la salud (Mdm et al., 2010).

3. **Otras actuaciones**

El Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional deberían levantar los techos de gasto público de los PRB, para financiar los sistemas públicos de salud, alcanzando el 15% del PIB acordado en la declaración de Abuja.

La asistencia sanitaria debería ser excluida de los acuerdos comerciales e inversiones bilaterales, regionales o internacionales, incluyendo las negociaciones para el Acuerdo General sobre Comercio de Servicios (AGCS) en la Organización Mundial del Comercio (OMC) (OXFAM, febrero 2009).

Los donantes deberían apoyar la abolición del copago en los países en desarrollo por ser altamente regresivo y no ser equitativo desde el punto de vista del acceso a los servicios de salud (People's Health Movement et al., 2008).

Por último, los países de renta alta deberían adherirse al código internacional de reclutamiento de médicos y enfermeras para regular el fuerte impacto negativo que esta "fuga de cerebros" tiene sobre los sistemas de salud de los PRB, especialmente en África (WHO, 2010b).

B) **GOBIERNOS DE LOS PAÍSES RECEPTORES**

En primer lugar, es preciso que los gobiernos de los países en desarrollo aumenten considerablemente el gasto público en salud y deberían destinar el 15% del PIB al presu-

puesto de sanidad, según el compromiso alcanzado en la declaración de Abuja (WHO, 2003). Es el primer paso para asegurar un compromiso real con el sector de la salud.

Para que funcione la asistencia sanitaria pública, los gobiernos de los países en desarrollo tiene que ejercer un liderazgo político decidido, dedicar la inversión adecuada a la salud, desarrollar políticas basadas en la evidencia y tener suficiente apoyo ciudadano (OXFAM, febrero 2009); analizar la evidencia científica disponible antes de apoyar intervenciones o programas para evitar el gasto en implementar políticas que han demostrado ser ineficaces, ineficientes y carentes de equidad (People'sHealthMovement et al., 2008).

Los gobiernos deberían ser cuidadosos y resistir a las presiones para introducir mecanismos de financiación privados en el sistema de salud, así como tener la capacidad para regular a los proveedores de asistencia sanitaria privados con ánimo de lucro para asegurar su contribución positiva y minimizar los riesgos para la salud pública (Oxfam et al., 2008).

Al mismo tiempo, deberían asegurar que haya representación y supervisión ciudadana en la planificación, los procesos presupuestarios y el seguimiento de la asistencia sanitaria pública, así como la participación de la sociedad civil para mejorar el acceso y la calidad de la asistencia sanitaria (OXFAM, febrero 2009), lo cual mejoraría la transparencia y la rendición de cuentas; mejorar la capacidad para diagnosticar las debilidades y limitaciones de los sistemas de salud (estableciendo alianzas con universidades o centros de investigación para realizar este diagnóstico) (WHO, 2007), e incorporar en los análisis a los determinantes sociales de salud.

Por último, deberían incrementar la inversión en la formación de recursos humanos de los países en desarrollo para crear cuadros técnicos nacionales capacitados para liderar el proceso de fortalecimiento de los sistemas de salud, disminuyendo así la dependencia de los costosos cuadros técnicos internacionales, que consumen una parte significativa de la ayuda (Waage et al., 2010).

C) SOCIEDAD CIVIL

Las ONG del norte tienen un papel fundamental en presionar a los gobiernos de los países de rentas altas y a los actores internacionales para que asuman sus responsabilidades en la promoción de la asistencia sanitaria pública, gratuita para todos (OXFAM, febrero 2009). Asimismo, tienen que colaborar y establecer redes de apoyo con las ONG del sur. Es preciso incrementar el peso específico que estas organizaciones tienen en los países del sur.

Las ONG del norte especializadas en salud deberían plantearse establecer planes para ir reduciendo cada vez más sus proyectos de asistencia sanitaria exclusiva en los países en desarrollo, (limitándolos a determinadas poblaciones vulnerables y a determinadas zonas geográficas por periodos limitados de tiempo) para ir incrementando la denuncia

e incidencia política, el apoyo a la sociedad civil del sur, el trabajo de promoción y prevención y el apoyo técnico a todos los niveles del sistema de salud, desde el ámbito ministerial al comunitario, pasando por las direcciones provinciales y distritales.

La sociedad civil de los países en desarrollo tiene un papel fundamental que desempeñar dentro del fortalecimiento de los sistemas de salud. En primer lugar, debería participar activamente en el diseño de las políticas de salud nacionales; en segundo lugar debería tener un mayor protagonismo dentro de la atención primaria de salud y potenciar todo el componente de participación comunitaria, estableciendo las necesidades locales y buscando soluciones específicas para cada contexto. Este proceso empoderaría a las comunidades e iniciaría y potenciaría procesos de desarrollo locales sostenibles. En tercer lugar, pueden desempeñar un papel importante denunciando y promoviendo la implementación de sistemas públicos de salud de calidad, gratuitos y de acceso universal. Por último, pueden fomentar los procesos de rendición de cuentas tanto de los gobiernos como de los donantes, mediante la denuncia de la corrupción, elaboración de informes de seguimiento en el gasto público, de la calidad asistencial en los servicios de salud, de la equidad en la atención...

Las ONG y el fortalecimiento de los sistemas de salud

Históricamente las ONG que trabajan en el sector de la cooperación sanitaria han ido cubriendo los huecos que no podían cubrir los sistemas locales de salud, tanto las poblaciones vulnerables como en áreas geográficas, sobre todo rurales. Se trataba de acciones individuales, muchas veces independientes y desconocidas para los sistemas locales de salud; la falta de coordinación, en ocasiones, provocaba duplicidad de actividades en un contexto de limitados recursos (como realizar dos campañas de vacunación al mismo tiempo en la misma zona), y minaba la función de rectoría que los sistemas locales de salud deben ejercer, siendo las propias ONG las que decidían qué prioridades en salud había en su área de influencia.

En abril de 2009 varias organizaciones de cooperación en salud, dirigidas por Health Alliance Internacional, actualizó un código de conducta que se definió en 2008 para que las ONG de salud trabajen para apoyar el fortalecimiento de los sistemas de salud⁴⁷. Este código nació como respuesta al creciente número de ONG que trabajan en el sector de la cooperación sanitaria y sirve como guía para reforzar las prácticas que contribuyen dentro de las ONG a construir un sistema público de salud.

Básicamente, el código de conducta consta de 6 artículos:

47. <http://ngocodeofconduct.org/>

1. Las ONG realizarán prácticas de contratación que garanticen la sostenibilidad del sistema de salud a largo plazo. Las ONG complementan y no suplen las políticas nacionales y locales de salud y, por lo tanto, en aquellos lugares donde falte personal, las ONG evitarán contratar personal del sistema público o incentivarlos para que salgan. Donde existan profesionales locales suficientes será prioritario contratarlos antes que llevar profesionales de fuera.
2. Las ONG dictarán prácticas de compensación entre sus empleados que refuercen el sistema público. Cuando se contrate a un experto, su salario y sus condiciones dependerán de su perfil y experiencia y no de su nacionalidad, para evitar que los profesionales expatriados cobren mucho más que los locales.
3. Las ONG se comprometen a crear y mantener la formación de recursos humanos y apoyar los sistemas de formación que son adecuados para los países donde se trabaja. Se invertirá preferentemente en compromisos a medio y largo plazo en formación. Apoyar la formación en sentido amplio significa que el objetivo sea transferir conocimientos al personal local para que no se precise la ayuda exterior.
4. Las ONG reducirán al mínimo los costes de gestión para los ministerios. Las ONG trabajarán dentro de los ciclos de planificación de los propios gobiernos para evitar que malgasten sus recursos en responder a necesidades suplementarias de información y burocracia. Las ONG deben apoyar para que mejore la eficacia y la eficiencia de los sistemas locales de salud.
5. Las ONG apoyarán a los ministerios de salud ya que se comprometen con las comunidades. Las ONG pueden ser un puente entre las comunidades y los ministerios de salud y deben reforzar las capacidades de las comunidades para que asuman su responsabilidad en las decisiones que se toman en el sector salud y convertirse en socios de los gobiernos en los sistemas de salud, aunque si hay poblaciones oprimidas las ONG deben trabajar para protegerlas.
6. Las ONG apoyarán políticas que promueven y apoyan el sector público. Las ONG reconocen que los programas verticales o que tienen un enfoque selectivo de la salud incrementan las desigualdades e ignoran los determinantes de salud. La expansión y mejora de los sistemas públicos de salud deben priorizarse sobre todo tipo de barreras políticas, financieras o ideológicas.

Resulta, por lo tanto, imprescindible que cualquier ONG que trabaje en el sector sanitario tenga en cuenta el código de conducta, apoye su implementación y si, excepcionalmente, los gobiernos tuvieran una política contraria al respeto a los derechos humanos, las ONG deberían incumplirlo.

LA GRIPE H1N1: ¿ESTAMOS GENERANDO UN PROBLEMA DE SALUD VIRTUAL EN ÁFRICA?

medicmundi, Médicos del Mundo y Prosalus

En 2009 la comunidad internacional se conmocionó con la aparición de la gripe H1N1, más conocida como gripe A¹. A pesar de las previsiones fatalistas que hubo al principio -se hablaba de la posibilidad de millones de muertos-, esta epidemia fue más mediática que real. Los casos mortales hasta mayo de 2010 no alcanzaron los 20.000 en todo el mundo, de los cuales solamente 168 se registraron en África subsahariana, casi todos en el hemisferio sur, pues la gripe como tal apenas afecta al centro de África. De hecho Sudáfrica registró hasta esa fecha el 55% de los casos mortales y el 66% de todos los casos africanos.

El gasto mundial que provocó la enfermedad fue demasiado elevado para las consecuencias en salud que tuvo, porque la alarma que se desató hizo que la comunidad internacional, dirigida por la Organización Mundial de la Salud (OMS), lo pusiera entre las prioridades sanitarias mundiales. Los países desarrollados hicieron acopio de tratamientos y de vacunas que fueron fabricadas en un tiempo récord. Sin embargo, muchas voces han criticado el papel que ha jugado la OMS en esta pandemia. El viernes 4 de junio de 2010, el *British Medical Journal* y la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa publicaron, simultáneamente, sendos informes en los que criticaban la actuación de la OMS ante la gripe H1N1, críticas de las que la OMS se defendió el 10 de junio de 2010. En su defensa, la OMS no puso en duda que actuó correctamente (solo hablaba de problemas de falta de información pública sobre los expertos que consultó) y tampoco reflexionó sobre el papel que jugó en la expansión de la alarma, no en el primer momento que podría ser entendible porque no se sabía cómo iba a evolucionar, sino cuando ya se tenían datos que daban indicios de la levedad de la pandemia.

El 10 de agosto de 2010 la OMS declaró que esta enfermedad pasaba al periodo post-pandémico. Según las propias palabras de la OMS, en tal periodo “los casos de gripe habrán vuelto a ser comparables a los habituales de la gripe estacional”, aunque asegura también que las pandemias son impredecibles, por lo que es importante mantener la vigilancia y, en consecuencia, actualizar los planes de respuesta para una posible pandemia. A nuestro entender, estos planes deben estar relacionados directamente con la importancia de la enfermedad.

¿Qué ha pasado con todas las vacunas que no se utilizaron? En el mes de noviembre de 2010, uno de los miembros del equipo técnico de este informe, Carlos Mediano, representante de medicmundi y experto en evaluación de políticas públicas de salud, ha viajado por África y ha constatado que en Camerún se está realizando una campaña masiva de vacunación de la gripe H1N1, programada por el sistema público de salud. Sin embargo, la gripe H1N1 no ha supuesto un problema sanitario importante en ese país, a pesar de lo cual se están gastando recursos materiales y humanos que podrían ser destinados a otras necesidades de Camerún, como la formación de personal o la mejora del acceso de la población a medicamentos esenciales.

La portavoz de la OMS Karen Mah anunció el 19 marzo de 2010 que la OMS entregaría millones de vacunas contra la gripe H1N1 a una decena de países africanos y que Camerún era prioritario “porque sabemos que hay transmisión en la comunidad”. Sin embargo, en el documento elaborado por el Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias (CCAES), que

1. Para mayor detalle, se puede consultar “La salud en la cooperación al desarrollo y la acción humanitaria. Informe 2009”, en el que se incluía un apartado sobre la gripe A. El informe está disponible en la página web de las tres organizaciones que lo elaboran.

lleva por título "Infección por virus pandémico (H1N1) 2009. Situación y acontecimientos a nivel mundial", actualizado a fecha 23.03.10, y que utiliza como fuente la OMS, Camerún es uno de los países catalogados "sin información".

Figura 1. Mapa de difusión geográfica. SE 9. Fuente OMS²



En Zambia, el Ministerio de Salud aseguró que iban a realizar una campaña de vacunación de la gripe H1N1 entre el 1 y el 5 de noviembre dirigida a mujeres embarazadas, mayores de 15 años con problemas crónicos como asma y problemas cardíacos, y para los trabajadores de salud. Desde el mismo ministerio se dijo que había habido 726 casos de gripe A desde el comienzo de la pandemia y no se había producido ningún fallecimiento. Según las estadísticas mundiales de 2010 publicadas por la OMS, a pesar de los grandes avances en la lucha contra el paludismo realizados en los últimos años en dicho país, se notificaron más de 3 millones de casos en 2008 y el 15% del total de la mortalidad de los menores de 5 años

Según el periódico camerunés "Aurore Plus" del 24 de septiembre de 2010, la OMS envió a Camerún más de 1.500.000 dosis de vacunas contra la gripe H1N1 que se han utilizado en una campaña específica de vacunación de la población camerunesa. El número de casos registrados de gripe H1N1 por el Ministerio de Salud Pública de Camerún ha sido hasta el momento de 75 y ningún fallecido. Según otro periódico, el Cameroon Tribune, la campaña se desarrolló del 25 al 30 de octubre de 2010; el director del Departamento de Salud Familiar hablaba de la utilización en esta campaña de 1,3 millones de dosis para las mujeres embarazadas, los niños de 5 a 15 años, los mayores con problemas crónicos, los mayores de 65 años y los trabajadores de salud. Algunos líderes locales comentaban en el periódico que vacunarse es bueno porque "es gratis y no causa dolor, y esta enfermedad puede llevar a la muerte". El periódico también afirma que la vacuna que están utilizando se ha elaborado en España y que la OMS ha apoyado esta iniciativa.

No parece lógico que los países africanos gasten sus escasos recursos para salud en una campaña para un problema que apenas ha tenido impacto en esos países. Aunque las vacunas han sido gratuitas, los gastos de desplazamiento, de recursos humanos, de mantenimiento de las vacunas los tienen que afrontar los países receptores. Además, utilizar masivamente vacunas novedosas solo debería hacerse en caso de verdadera emergencia. Los posibles efectos adversos no pudieron ser estudiados en su momento en profundidad dada la necesidad "urgente" que había cuando se elaboraron, lo que hizo que se acortaran los plazos normales de investigación reque-

2. Disponible en <http://www.msps.es/profesionales/saludPublica/gripeA/informacionGgripeAmundo.htm>

ridos para garantizar que los productos no sean más perjudiciales que beneficiosos. En noviembre de 2009, la Agencia France Press, tomando como fuente la Agencia de Seguridad Sanitaria del país galo, afirmaba que, tras haber inoculado unas 100.000 dosis de la vacuna contra el virus H1N1, se habían registrado 91 casos de efectos adversos, la mayoría leves, y 4 con efectos graves, un porcentaje muy bajo, solamente si consideramos que la vacuna tiene algún beneficio real para la población.

En consecuencia, cabe preguntarse por qué se están realizando estas campañas, quién las promueve, cuánto cuestan y cómo se financian. Las averiguaciones realizadas desde terreno apuntan a que estas campañas podrían ser inducidas, de alguna manera, por la OMS. Asimismo, es posible que algunos países que hicieron acopio de vacunas y que no saben qué hacer con ellas, les estén dando salida a través de donaciones a países en desarrollo; o quizás algunas empresas farmacéuticas productoras de vacunas se han encontrado con unos excedentes con los cuales no saben qué hacer y tal vez les dan una salida que no pueden tener en los países desarrollados. Es necesario que todas estas iniciativas sean transparentes y se puedan conocer cuáles son las razones que han impulsado tales campañas y si hay alguien que se está beneficiando de ellas.

Igualmente, nos preocupa el papel que puede estar jugando la OMS, la institución que debe regir la salud mundial. Cada vez son más los que piensan que se equivocó en 2009 cuando se empeñó, después de que las evidencias mostraran lo contrario a mediados de julio, en considerar que la gripe H1N1 era un problema mundial que necesitaba una respuesta inmediata y contundente. Y sería mucho más grave si, como parece, estuviera manteniendo este empeño actualmente. No es lógico que en países que apenas han tenido casos de gripe H1N1 se alienten campañas masivas de vacunación. La OMS debería saber qué problemas de salud son los que afectan realmente a las poblaciones africanas. Si la OMS quiere recuperar credibilidad, es necesario que reflexione sobre el papel que está jugando en esta pandemia y asuma su responsabilidad.

Los países africanos sufren anualmente epidemias que acaban con millones de vidas, como el sida, la malaria o la tuberculosis, infinitamente más importantes que la gripe A, pero no despiertan el mismo interés. No sabemos si la gripe H1N1 u otra pandemia asolará África en un futuro más o menos cercano, pero si de verdad nos preocupa la salud de África deberemos trabajar para transferir tecnología, conocimientos y recursos para que ella misma pueda solucionar cualquier amenaza, más segura y cierta que la que en estos momentos constituye la gripe H1N1.

La pregunta que nos hacemos es: ¿por qué la OMS insiste en crear un problema de salud donde no lo hay en lugar de dedicar sus esfuerzos a combatir los problemas que ya existen?

BIBLIOGRAFÍA

- ALTERNATIVA, F. L. 2010. Declaración de Barcelona: salud y determinantes sociales en Europa.
- ATTAC. 2010. La tasa Tobin [Online]. <http://www.attac.es/la-tasa-tobin/> [Accessed 30/09/2010].
- BARNIGHAUSEN, T. & SAUERBORN, R. 2002. One hundred and eighteen years of the German health insurance system: are there any lessons for middle- and low-income countries? *Soc Sci Med*, 54, 1559-87.
- BLACK, N. & GRUEN, R. 2005. Analysing health systems. In: MEDICINE, L. S. O. H. A. T. (ed.) *Understanding Health Services*. London.
- CARRIN, G., WAELKENS, M. P. & CRIEL, B. 2005. Community-based health insurance in developing countries: a study of its contribution to the performance of health financing systems. *Trop Med Int Health*, 10, 799-811.
- CORELLA, S. M. & RUBIO, O. R. 2007. Estrategia de salud de la cooperación española. Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación.
- EKMAN, B. 2004. Community-based health insurance in low-income countries: a systematic review of the evidence. *Health Policy Plan*, 19, 249-70.
- LAGARDE, M. & PALMER, N. 2008. The impact of user fees on health service utilization in low- and middle-income countries: how strong is the evidence? *Bull World Health Organ*, 86, 839-848.
- LAST, J. M. 1989. *Diccionario de epidemiología*, Barcelona.
- LAWN, J. E., ROHDE, J., RIFKIN, S., WERE, M., PAUL, V. K. & CHOPRA, M. 2008. Alma-Ata 30 years on: revolutionary, relevant, and time to revitalise. *Lancet*, 372, 917-27.
- MDM, MM & PROSALUS 2010. Informe de la salud en la cooperación española. Financiación adicional e innovadora en salud. In press. Médicos del Mundo, Medicus Mundi, Prosalus.
- MDM, PROSALUS & MM 2006. La salud en la cooperación al desarrollo y la acción humanitaria. Médicos del Mundo, Medicus Mundi, Prosalus.
- MORGAN, L. M. 2001. Community participation in health: perpetual allure, persistent challenge. *Health Policy Plan*, 16, 221-30.
- MOSSIALOS, E., DIXON, A., FIGUERAS, J. & KUTZIN, J. 2002. Funding Health Care: options for Europe.
- MSC. 2010. Informe anual del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Política Social [Online]. <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/informeAnual2008/InformeAnualSNS2008Resumen.pdf> [Accessed 30/09/2010].
- MSP 2006. Evaluación del derecho a la salud y a la atención de salud a nivel país. Movimiento por la Salud de los Pueblos.
- OECD. 2005. Declaración de París sobre la eficacia de la ayuda al desarrollo [Online]. <http://www.oecd.org/dataoecd/53/56/34580968.pdf> [Accessed 27/09/2010].
- OMS. 2010. Sistemas de Salud [Online]. Ginebra. <http://www.who.int/healthsystems/about/es/> [Accessed 20-09-2010].
- OPS 2001. Reunión consultiva regional de las Américas sobre la evaluación del desempeño de los sistemas de salud. *Revista Panamericana Salud Pública*, 10.
- OXFAM Febrero 2009. Optimismo ciego. Los mitos sobre la asistencia sanitaria privada en países pobres. Informe de Oxfam 125. OXFAM International.
- OXFAM, HEALTH, A. F. G., MONDE, M. D., PLAN, CHILDREN, S. T. & ADVOCATES, G. H. 2008. Health Insurance in low-income countries. Where is the evidence that it works? Joint NGO briefing paper. Oxfam, Action for Global Health, Mediciens du Monde, Plan, Save the Children, Global Health Advocates.
- PEOPLE'S HEALTH MOVEMENT, MEDACT & ALLIANCE, G. E. G. 2006. Health care systems and approaches to health care. In: MOVEMENT, P. S. H., MEDACT & ALLIANCE, G. E. G. (eds.) *Global Health Watch 2005-2006: An alternative World Health Report*
- PEOPLE'S HEALTH MOVEMENT, MEDACT & ALLIANCE, G. E. G. 2008. B1 Health Systems Advocacy. *Global Health Watch 2*.
- RIFKIN, S. B. 2009. Lessons from community participation in health programmes: a review of the post Alma-Ata experience. *International Health*, 1, 31-36.
- SCHIEBER, G., BAEZA, C., KRESS, D. & MAIER, M. 2006. Chapter 12: Financing Health Systems in the 21st century. In: BANK, W. (ed.) *Disease control priorities in developing countries*. Second ed.
- SINGH, W.-A. 2003. Building on the user fee experience.
- US. 2008. US National Health Expenditure Data: US Department of Health and Human Services [Online]. https://146.123.140.205/NationalHealthExpendData/02_NationalHealthAccountsHistorical.asp [Accessed 30/09/2010].
- WAAGE, J., BANERJI, R., CAMPBELL, O., CHIRWA, E., COLLENDER, G., DIELTIENS, V., DORWARD, A., GODFREY-FAUSSETT, P., HANVORAVONGCHAI, P., KINGDON, G., LITTLE, A., MILLS, A., MULHOLLAND, K., MWINGA, A., NORTH, A., PATCHARANARUMOL, W., POULTON, C., TANGCHAROENSATHIEN, V. & UNTERHALTER, E. 2010. The Millennium Development Goals: a cross-sectoral analysis and principles for goal setting after 2015. *Lancet and London International Development Centre Commission*. *Lancet*, 376, 991-1023.
- WAGSTAFF, A. January 2007. Social health insurance reexamined. World Bank policy research working paper 4111. World Bank.
- WHO. 1978. Declaration of Alma-Ata [Online]. http://www.searo.who.int/LinkFiles/Health_Systems_declaration_almaata.pdf [Accessed 3-02-2010].
- WHO 2000. The world health report. Health systems: improving performance. Geneva: World Health Organization.
- WHO 2001. Macroeconomics and health: Investing in health for economic development. Geneva: World Health Organization.
- WHO. 2003. The Abuja Declaration and the Plan of Action [Online]. Geneva. Available: http://www.rbm.who.int/docs/abuja_declaration.pdf [Accessed 25/09/2010].
- WHO 2006. Working together for health. World Health Report. Geneva: World Health Organization.
- WHO 2007. Everybody's Business. Strengthening health systems to improve health outcomes. WHO's framework for action. Geneva: World Health Organization.
- WHO 2008a. Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health: Final report on the commission on social determinants of health. Geneva: World Health Organization.
- WHO. 2008b. Toolkit for monitoring health systems strengthening: Draft version, only for review and comments [Online]. World Health Organization. http://www.who.int/healthinfo/statistics/toolkit_hss/en/index.html [Accessed 02/10/2010].
- WHO. 2010a. Global Health Indicators [Online]. http://www.who.int/whosis/whostat/EN_WHS10_Part2.pdf [Accessed 03/10/2010].
- WHO 2010b. WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel. Geneva: World Health Organization.

CAPÍTULO II. PERSPECTIVA INTERNACIONAL

1.-INTRODUCCIÓN

La Unión Europea en su conjunto (la Comisión Europea, la Secretaría del Consejo y los Estados miembros de la Unión Europea) sigue siendo el mayor donante en cooperación al desarrollo del mundo, por este motivo, es muy importante conocer la orientación de su política de cooperación sanitaria y qué lugar ocupa la cooperación española con respecto al resto de países donantes.

En este informe el análisis de la perspectiva internacional se va a centrar en la presidencia española de la UE y en la importancia que la división del trabajo puede tener en la cooperación sanitaria. Con respecto al análisis de los datos del CAD y de la UE, a la hora de cerrar la edición, no hemos podido obtener muchos más datos que los ya reseñamos en el informe de 2009 y, para mantener la misma estructura de años anteriores, presentamos un resumen de los datos más importantes de 2008. Dado que el tiempo es importante a la hora de hacer análisis, esperamos que en el futuro podamos presentar datos que nos permitan analizar la realidad del conjunto de donantes y de la cooperación europea.

2.- COMITÉ DE AYUDA AL DESARROLLO

En 2009¹, en términos absolutos y con los datos disponibles, la AOD neta de los países miembros del CAD alcanzó la cifra de 119.573,06 millones de dólares, lo que supone una disminución con respecto a 2008 de 186,42 millones de dólares. Aunque la disminución es reducida, supone una interrupción de la progresión que debería producirse en la AOD de acuerdo con los compromisos financieros internacionales de los países donantes y, lo que es más importante, de cara a revertir el incumplimiento de los ODM.

Después de tres años de estabilidad en el monto de la AOD, en 2008 se produjo un incremento importante en el conjunto del CAD (15,7%), pero ya advertíamos que, debido a la crisis económica, no se podía asegurar que el aumento marcara una tendencia y no sería de extrañar que en 2010 tampoco se mantuviera el nivel de AOD sino que disminuya globalmente.

1. Datos preliminares para el año 2009, publicados en la base de datos on line del CAD-CRS

Países CAD	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Australia	1.218.6	1.460.13	1.680.16	2.123.22	2.668.52	3.166.2	2.761,00
Austria	504.78	677.63	1.573.32	1.498.43	1.808.46	1.681	1.146,03
Bélgica	1.853.4	1.463.31	1.963.36	1.977.81	1.952.83	2.380.66	2.600,79
Canadá	2.030.6	2.599.13	3.756.34	3.683.16	4.079.69	4.725.08	4.012,50
Dinamarca	1.748.16	2.037.13	2.108.92	2.236.12	2.562.23	2.800.02	2.809,67
Finlandia	558.49	679.87	901.94	834.4	981.34	1.139.12	1.286,14
Francia	7.253.09	8.472.56	10.026.22	10.600.59	9.883.59	10.956.92	12.430,91
Alemania	6.784.18	7.534.21	10.082.16	10.434.81	12.290.7	13.910.18	11.982,42
Grecia	362.16	320.83	384.22	423.99	500.82	692.87	607,36
Irlanda	503.56	607.44	718.94	1.021.66	1.192.15	1.324.5	1.000,06
Italia	2.432.85	2.461.54	5.090.9	3.641.08	3.970.62	4.443.59	3.313,87
Japón	8.879.66	8.922.46	13.125.55	11.135.74	7.678.95	9.362.15	9.480,10
Corea del Sur	-	-	-	-	-	-	815,80
Luxemburgo	193.83	235.59	256.39	290.71	375.53	408.82	402,73
Holanda	3.972.17	4.203.82	5.114.69	5.451.72	6.224.26	6.992.5	6.425,26
Nueva Zelanda	165.44	212.1	273.52	258.65	319.8	346.32	312,63
Noruega	2.042.16	2.198.66	2.786.05	2.954.09	3.728.02	3.967.19	4.085,84
Portugal	319.6	1.031.05	377.12	396.35	470.54	613.71	507,47
España	1.961.26	2.436.99	3.018.3	3.813.67	5.139.8	6.685.91	6.570,84
Suecia	2.400.11	2.722.01	3.361.68	3.954.96	4.338.94	4.729.84	4.546,07
Suiza	1.299.49	1.545.44	1.771.59	1.646.44	1.684.6	2.015.78	2.305,35
Reino Unido	6.261.75	7.904.7	10.771.7	12.459.02	9.848.54	11.408.71	11.504,89
EEUU	16.319.52	19.704.91	27.934.74	23.532.14	21.786.9	26.008.41	28.665,33
Países CAD, Total	69.064.86	79.431.51	107.077.81	104.368.76	103.486.83	119.759.48	119.573,06

Fuente: OCDE. <http://www.oecd.org/statisticsdata>

En 2008, todos los países incrementaron el volumen de la ayuda oficial exceptuando Austria. Sin embargo, de los 23 países miembros del CAD, 11 han reducido su AOD entre 2008 y 2009; si bien este hecho se ha visto compensado principalmente por los incrementos de Francia y Estados Unidos, que han aumentado conjuntamente en 4.190 millones de dólares. En cuanto al esfuerzo (% de AOD sobre PIB), nueve países han disminuido, destacando Austria, que reduce en monto y porcentaje por segundo año consecutivo.

	2008	% AOD/PIB	2009	% AOD/PIB	Variación 2008-2009
Australia	3.166,20	0,34	2.761,00	0,29	-405,20
Austria	1.681,00	0,42	1.146,03	0,3	-534,97
Bélgica	2.380,66	0,47	2.600,79	0,55	220,13
Canadá	4.725,08	0,32	4.012,50	0,3	-712,58
Dinamarca	2.800,02	0,82	2.809,67	0,88	9,65
Finlandia	1.139,12	0,43	1.286,14	0,54	147,02
Francia	10.956,92	0,39	12.430,91	0,46	1.473,99
Alemania	13.910,18	0,38	11.982,42	0,35	-1.927,76
Grecia	692,87	0,2	607,36	0,19	-85,51
Irlanda	1.324,50	0,58	1.000,06	0,54	-324,44
Italia	4.443,59	0,2	3.313,87	0,16	-1.129,72
Japón	9.362,15	0,18	9.480,10	0,18	117,95
Corea del Sur			815,80	0,1	815,80
Luxemburgo	408,82	0,92	402,73	1,01	-6,09
Países Bajos	6.992,50	0,8	6.425,26	0,82	-567,24
Nueva Zelanda	346,32	0,3	312,63	0,29	-33,69
Noruega	3.967,19	0,88	4.085,84	1,06	118,65
Portugal	613,71	0,27	507,47	0,23	-106,24
España	6.685,91	0,43	6.570,84	0,46	-115,07
Suecia	4.729,84	0,98	4.546,07	1,12	-183,77
Suiza	2.015,78	0,41	2.305,35	0,47	289,57
Reino Unido	11.408,71	0,43	11.504,89	0,52	96,18
EEUU	26.008,41	0,18	28.665,33	0,2	2.656,92
Total CAD	119.759,48	0,3	119.573,06	XX	-186,42

Fuente: elaboración propia a partir de estadísticas OCDE

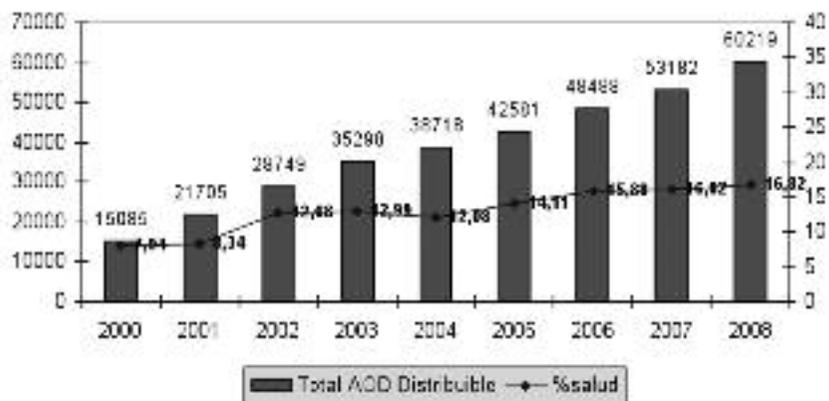
A la cola de los países que menos ayuda porcentual destinan a cooperación aparecen Italia, Japón, Grecia y Estados Unidos, aunque éste último ha experimentado un aumento sustancial en monto y en porcentaje entre 2008 y 2009, siendo el país que más aporta con 28.665 millones de dólares, seguido de lejos por Francia, Alemania y Reino Unido. España ocupa el sexto lugar por volumen de ayuda y el undécimo por el porcentaje de AOD sobre PIB.

Si bien están disponibles los datos globales referidos al 2009, en la fecha de edición de este informe aún no están desagregados geográfica y sectorialmente, por lo que recogemos los elementos más destacados del análisis realizado en el informe anterior, hasta 2008.

Evolución de la ayuda bilateral en salud

El aumento de la AOD experimentado en los últimos años ha venido acompañado de incrementos, absoluto y relativo, de la ayuda destinada al sector salud que han sido sostenidos desde 2004 hasta 2008.

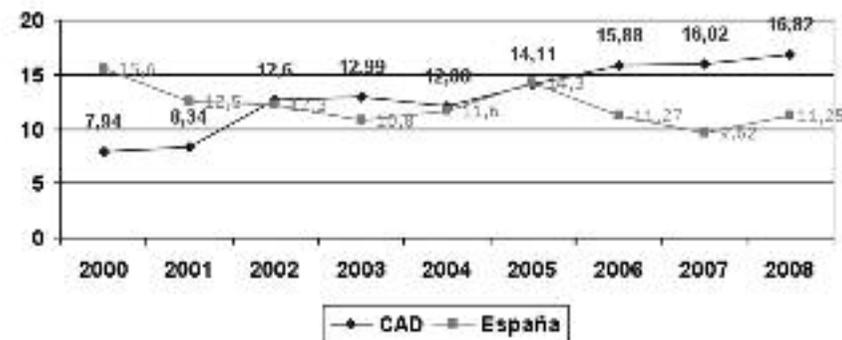
GRÁFICO 2.1. EVOLUCIÓN DEL % DE AOD EN SALUD RESPECTO A LA AOD BILATERAL DISTRIBUIBLE DEL CAD 2000-2008. (MILLONES DE DÓLARES)



Fuente: elaboración propia a partir de datos OCDE

Cuando comparamos el comportamiento de la cooperación española sanitaria con el conjunto de donantes del CAD, observamos que porcentualmente la cooperación española tiene un comportamiento inconstante en los últimos años. Desde 2006 el porcentaje destinado a salud es claramente inferior a la media de los países donantes. De hecho, a pesar del incremento sustancial de la cooperación española en salud en 2008, la distancia porcentual con el conjunto de donantes se mantiene en más de 5,5 puntos, quedándose en poco más del 11% del total de su cooperación. Estos datos contrastan con los obtenidos en el año 2000, cuando el compromiso con el sector salud de la cooperación española era claramente superior al del conjunto de donantes, situación que actualmente se ha revertido. Para entender estos datos, debemos tener en cuenta el importante incremento que, en cifras absolutas, ha tenido la cooperación española –y la sanitaria– y que, actualmente, la cooperación española tiene otros sectores de interés y compromiso.

GRÁFICO 2.2. EVOLUCIÓN % AOD BILATERAL BRUTA EN SALUD SOBRE AOD DISTRIBUIBLE. CAD - ESPAÑA 2000 -2008



Fuente: elaboración propia a partir de datos OCDE

Composición sectorial de la ayuda en salud

Para realizar el análisis en profundidad de cómo se distribuye la AOD en salud, mantenemos, como en anteriores informes, la clasificación de los tres subsectores que propone el CAD para el sector salud: salud general, salud básica y salud reproductiva. Hay otros sectores intrínsecamente ligados a la salud, como agua y saneamiento, pero no los analizaremos por no tener los datos precisos para desagregar los componentes relacionados con el sector de la salud.

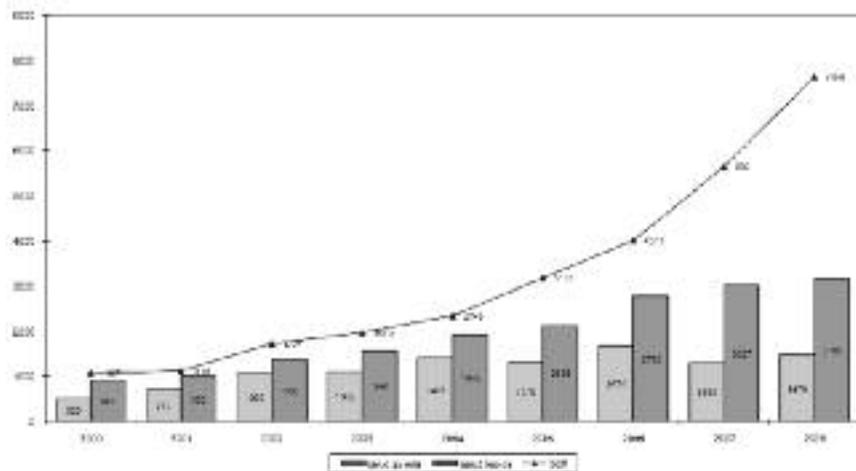
Como podemos apreciar en el gráfico 2.3., en el periodo comprendido entre el año 2000 y 2008, ha habido un incremento significativo en todos los subsectores de salud, pero con distinta intensidad. Mientras que en ese periodo la AOD en salud general se ha multiplicado por menos de 3, la salud básica lo ha hecho por 3,5 y la salud reproductiva por más de 7.

En 2008 el conjunto de donantes sigue apostando fuertemente por la salud reproductiva y su tendencia alcista de los últimos años se mantiene con un incremento del 34% con respecto al año anterior, alcanzando los 7.628 millones de dólares, el 62% de toda la AOD en salud. Los subsectores de salud general y salud básica se mantienen con pocas variaciones entre 2007 y 2008. En este último año la salud básica supone el 25% de toda la salud, mientras que la salud general solamente alcanza el 12%.

El supuesto interés en la salud reproductiva está condicionado por la inclusión de la lucha contra el sida, una de las prioridades máximas de la cooperación en salud de la comunidad internacional de los últimos años y a los que dedica grandes esfuerzos

económicos, lo que distorsiona los resultados. De hecho, si la comunidad internacional dedicara realmente tales esfuerzos al resto de subsectores de salud reproductiva como son la atención al embarazo y parto o la planificación familiar, en pocos años se podría revertir la injusta situación de acceso a servicios de salud que sufren muchas mujeres y que son la consecuencia de una gran parte de la mortalidad materna mundial.

GRÁFICA 2.3. EVOLUCIÓN DE LA AOD BILATERAL BRUTA DESTINADA A LOS SECTORES DE SALUD POR EL CONJUNTO DE PAÍSES DEL CAD 2000-2008 (MILLONES DE DÓLARES)



Fuente: elaboración propia a partir de datos OCDE

Si comparamos porcentualmente la distribución subsectorial entre España, el CAD y otros donantes (tabla 2.3.) en el periodo comprendido entre los años 2000 y 2008, observamos también la tendencia al incremento en los últimos años en el sector de la salud reproductiva en el conjunto del CAD, Reino Unido y España. Dicho incremento no es tan relevante en el conjunto de la UE ni en países como Suecia o Francia, país cuya prioridad ha sido tradicionalmente la salud general y la salud reproductiva, un componente marginal de la cooperación sanitaria.

Analizando los cambios en la distribución subsectorial de todos esos donantes en el periodo 2000-2008, observamos que, mientras la UE ha mantenido un comportamiento uniforme en su distribución y mantiene un equilibrio entre los tres subsectores, el resto de donantes tienen un comportamiento más variable. El CAD, por ejemplo, ha disminuido su porcentaje destinado a la salud general y a la salud básica de forma considerable. España mantiene su apuesta por el sector de salud básica (más

del 50% de la AOD sanitaria desde el año 2000), al igual que Suecia. Francia ha variado su tradicional apoyo al sector de la salud en los años 2006 y 2008 y, junto con Suecia, son los únicos que han disminuido su apoyo a la salud reproductiva. El Reino Unido ha disminuido a casi la mitad el porcentaje destinado a salud básica entre los años 2000 y 2008.

Analizando los porcentajes, señalamos que no se trata del abandono por parte de los donantes de antiguos compromisos con los subsectores que tradicionalmente apoyan, sino que los incrementos en la AOD sanitaria que se están produciendo en los últimos años se destinan a nuevas prioridades, sobre todo a la lucha contra el sida. Por otra parte, es necesario que los donantes tengan previsiones presupuestarias a largo plazo en la cooperación sanitaria para mejorar la previsibilidad de la ayuda. Las variaciones que se producen en cortos intervalos de tiempo no parece que sean debidas a una planificación ordenada de la ayuda.

TABLA 2.3. DISTRIBUCIÓN AOD BILATERAL BRUTA EN SALUD POR COMPONENTES. 2000-2008 (%)

		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
CAD	S.general	20,90	25,25	25,61	23,71	24,71	19,79	19,75	13,07	12,00
	S.básica	36,22	35,19	32,91	33,83	33,91	32,27	32,91	30,32	25,76
	SSR	42,87	39,56	41,48	42,47	41,37	47,94	47,33	56,61	62,24
España	S.general	22,73	17,44	16,50	18,36	23,04	15,22	21,85	12,39	18,38
	S.básica	65,06	75,27	72,80	71,50	65,62	64,90	50,15	64,65	52,89
	SSR	12,21	7,29	10,70	10,14	11,34	19,88	28,00	22,96	28,73
UE	S.general	38,80	39,66	48,97	44,08	38,71	38,82	34,30	31,28	29,62
	S.básica	37,18	38,60	29,73	33,51	33,01	30,00	34,73	37,05	36,26
	SSR	24,02	21,75	21,30	22,41	28,28	31,19	30,97	31,67	34,12
R.Unido	S.general	30,69	45,29	48,67	49,41	32,84	25,43	37,29	27,75	32,90
	S.básica	42,58	22,49	27,01	21,02	22,32	22,72	20,88	30,92	23,17
	SSR	26,73	32,22	24,31	29,56	44,84	51,84	41,83	41,33	43,93
Suecia	S.general	42,96	28,73	52,64	32,71	37,29	32,10	25,47	24,91	27,45
	S.básica	31,19	29,16	6,90	30,31	22,14	22,05	36,57	40,52	42,98
	SSR	25,85	42,11	40,47	36,98	40,57	45,86	37,97	34,57	29,57
Francia	S.general	74,04	71,89	64,58	88,44	84,48	85,58	33,50	78,16	34,81
	S.básica	14,65	23,06	31,23	8,52	11,73	11,79	65,63	20,57	62,49
	SSR	11,31	5,05	4,18	3,04	3,80	2,63	0,88	1,27	2,70

Fuente: elaboración propia a partir de datos OCDE

Distribución geográfica de la ayuda en salud

El análisis de la distribución geográfica de la ayuda lo hacemos comparando lo realizado por España, el CAD y la UE según la evolución de la ayuda sanitaria durante los últimos años a tres niveles: en primer lugar, abordamos la asignación de la ayuda según el nivel de renta de los países; en segundo lugar, examinamos la distribución por continentes y regiones; en tercer lugar, analizamos los principales países receptores de ayuda. El periodo elegido es 2002-2008.

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

La estrecha relación existente entre pobreza y salud obliga a centrar la cooperación internacional en salud en los países menos adelantados (PMA) y los de renta baja (PRB).

Durante el periodo analizado, tanto el conjunto de países donantes como España destinan gran parte de la ayuda a los PMA, alrededor del 30% de su AOD sanitaria, sin ser una tendencia de crecimiento constante sino con pequeñas oscilaciones. Por ejemplo, en 2008, tanto la UE como España están unos 5 puntos por debajo del máximo que destinaron a esos países en el periodo de tiempo analizado.

En cuanto a los países de renta baja observamos que las tendencias de crecimiento para el CAD y la UE son muy similares, el 2% entre 2002 y 2008, pero su interés es mucho menor que el mostrado hacia los PMA: alrededor de un 14%. Por su parte, España mantiene un interés muy bajo en esos países y, a pesar de que hubo una tendencia a incrementar su ayuda sanitaria a los PRB, en 2008 apenas alcanza el 4'8%, seis puntos menos que en 2004, cuando alcanzó mayores cifras.

España ha variado considerablemente su tendencia a apoyar países de renta media baja (PRMB) porque, a pesar de destinar más del 27% de su ayuda a estos países, se observa una disminución progresiva de casi 20 puntos entre 2002 y 2008. Aún así, se mantiene siete puntos por encima de las cifras de la UE y casi dobla las del CAD.

Con respecto a los países de renta media alta (PRMA), España disminuía progresivamente su interés, acercándose a las cifras del conjunto de donantes (entre 3 y 7%), pero en 2007 y 2008 volvió a incrementar su ayuda, superando ese último año el 10%, duplicando la que destina la UE y a más de tres puntos del CAD. Por lo tanto, si analizamos el conjunto de los países de renta media, comprobamos que España se distancia de forma considerable de lo que la UE o el CAD destinan a estos países, el 38% frente al 25% y 22% respectivamente. Estas cifras se explican por el tradicional apoyo que España da a los países de América Latina, hecho singular que nos diferencia de muchos otros donantes.

		2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Países menos desarrollados	CAD	24,95	28,33	31,58	27,91	28,84	28,87	29,61
	UE	34,44	36,81	34,50	33,78	34,00	31,63	32,20
	España	26,94	33,00	31,49	30,25	33,65	25,30	28,50
Otros países renta baja	CAD	12,07	10,76	12,89	11,12	13,23	13,80	14,33
	UE	12,34	11,56	13,66	14,04	15,67	13,88	14,44
	España	3,84	6,08	10,47	9,29	4,57	8,13	4,80
Total países de renta media baja	CAD	19,98	20,95	21,86	23,77	20,62	19,58	14,63
	UE	22,39	20,45	19,37	23,04	18,75	23,57	20,32
	España	46,80	44,74	47,00	43,33	39,27	30,66	27,42
Total países de renta media alta	CAD	4,36	5,03	5,17	3,89	4,25	4,86	7,61
	UE	5,91	6,11	5,58	4,05	3,80	3,50	4,88
	España	12,35	11,83	5,19	4,27	3,92	6,42	10,57
Sin asignar por ingreso	CAD	38,64	34,92	28,50	33,30	33,06	32,88	33,82
	UE	24,90	25,07	26,89	25,09	27,78	27,41	28,17
	España	10,07	4,36	5,85	12,87	18,60	29,50	28,71
Ex países en desarrollo	CAD	0,01	0,01	0,01	0,01	0,00	0,00	0,00
	UE	0,01	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	España	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
TOTAL	CAD	100	100	100	100	100	100	100
	UE	100	100	100	100	100	100	100
	España	100	100	100	100	100	100	100

Fuente: elaboración propia a partir de datos OCDE

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

En cuanto a la distribución geográfica regional entre 2002 y 2008, como podemos ver en la tabla 2.4., en general, existe una adecuada orientación regional, ya que los donantes centran desde hace años sus prioridades en el continente africano, el que sufre los mayores problemas de salud, recibiendo en 2008 más del 43% de la AOD sanitaria. Sin embargo, tanto España como el CAD incrementan su ayuda de forma creciente hasta 2004 y, a partir de ese año, los porcentajes destinados son variables, incrementándose unos años y disminuyendo otros. En los últimos años, la cooperación española ha disminuido considerablemente la AOD destinada al norte de África, un hecho diferenciador con el conjunto de donantes. En 2008 es el 5'6% de la ayuda total en salud destinada a África, un porcentaje cuatro veces menor que en 2002, lo que le acerca a las cifras del CAD y de la Unión Europea.

La Unión Europea y el CAD, prácticamente, no han modificado sus orientaciones en la ayuda regional, no así España, que abandona progresivamente el continente asiático como destino de su AOD sanitaria, siendo en 2008 el 8'5%, porcentaje alejado del 18% del CAD o del 26% de la UE. Tanto el CAD como la Unión Europea centran sus prioridades en Asia del sur y central, mientras que España las centra en Extremo Oriente.

TABLA 2.5. DISTRIBUCIÓN REGIONAL DE AOD BILATERAL BRUTA EN SALUD (EXPRESADO EN %)

Regiones	Donantes	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
ÁFRICA	CAD	34,01	37,19	42,84	35,14	39,44	40,18	45,40
	UE	41,43	46,58	48,53	46,35	49,39	43,17	43,88
	España	35,13	42,57	45,60	45,14	49,00	44,89	43,18
SUR SAHARA	CAD	91,44	91,99	90,77	94,75	95,86	94,67	94,01
	UE	94,13	92,97	92,68	93,84	94,99	93,69	92,30
	España	72,67	84,22	90,12	83,36	80,37	78,89	82,70
NORTE SAHARA	CAD	5,93	4,16	3,45	3,21	2,34	2,35	2,41
	UE	3,08	2,51	2,00	2,64	2,14	2,57	3,33
	España	27,18	12,03	9,88	13,57	18,15	13,98	5,65
ÁFRICA REGIONAL	CAD	2,63	3,84	5,78	2,04	1,80	2,98	3,58
	UE	2,79	4,52	5,32	3,52	2,87	3,74	4,37
	España	0,15	3,75	0,00	3,07	1,48	7,13	11,65
ASIA	CAD	21,44	22,24	23,94	26,98	23,99	23,84	18,26
	UE	26,67	24,02	22,30	26,15	22,17	28,44	26,23
	España	17,10	18,76	20,23	16,76	9,07	5,64	8,48
ASIA SUR CENTRAL	CAD	59,21	52,52	47,75	43,37	41,59	51,87	57,21
	UE	69,62	63,82	45,40	60,35	53,01	62,10	67,01
	España	40,28	5,52	9,78	22,09	8,04	13,38	20,43
LEJANO ORIENTE	CAD	29,38	35,39	36,50	26,11	33,11	31,81	30,00
	UE	21,76	27,31	45,19	31,25	39,51	32,45	24,84
	España	38,17	76,24	75,79	69,47	40,10	53,22	47,76
ORIENTE MEDIO	CAD	9,14	11,04	14,81	29,30	24,41	15,48	9,62
	UE	6,76	6,57	7,09	5,34	5,28	4,26	5,94
	España	21,55	18,23	14,43	7,27	51,86	33,40	18,48
ASIA REGIONAL	CAD	2,26	1,06	0,94	1,21	0,88	0,84	3,17
	UE	1,86	2,30	2,32	3,05	2,20	1,19	2,21
	España	0,00	0,00	0,00	1,17	0,00	0,00	13,33
AMÉRICA	CAD	7,51	8,31	8,17	6,02	6,25	5,96	5,89
	UE	8,04	7,77	7,40	7,10	6,50	5,22	7,40
	España	44,17	36,03	32,74	30,66	29,84	28,51	38,66
AMÉRICA SUR	CAD	37,08	40,78	43,32	40,88	37,36	31,44	32,11
	UE	50,11	50,59	47,46	47,36	48,76	44,29	40,76
	España	41,70	47,11	51,28	35,30	43,72	53,61	42,03
NORTE Y CENTROAMÉRICA	CAD	56,15	56,18	52,34	52,95	59,17	62,60	57,59
	UE	42,79	45,18	44,73	44,72	47,06	47,12	41,95
	España	51,35	50,68	43,88	56,53	56,28	37,33	36,93
AMÉRICA REGIONAL	CAD	6,76	3,05	4,34	6,17	3,47	5,96	10,30
	UE	7,11	4,23	7,81	7,92	4,19	8,59	17,30
	España	6,94	2,21	4,83	8,16	0,00	9,06	21,04
EUROPA	CAD	1,10	1,22	1,01	3,96	1,27	0,84	0,93
	UE	1,18	1,21	1,34	1,57	1,80	0,89	1,68
	España	2,04	1,64	0,76	1,10	0,27	0,38	0,51
OCEANIA	CAD	2,59	2,20	2,50	2,11	1,75	1,33	1,32
	UE	1,29	0,46	0,87	0,62	0,07	0,16	0,10
	España	0,00	0,00	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00
SIN ESPECIFICAR	CAD	33,35	28,84	21,55	25,78	27,31	27,85	28,20
	UE	21,38	19,96	19,55	18,21	20,07	22,13	20,72
	España	1,56	1,00	0,65	6,34	11,81	20,58	9,17
TOTAL	CAD	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
	UE	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
	España	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Fuente: elaboración propia a partir de datos OCDE.

En contraposición, y como ya comentamos en el análisis por nivel de renta, la apuesta de España por América Latina le diferencia claramente del conjunto de donantes. A pesar de que ha disminuido seis puntos desde 2002, la cooperación española destinó a esta región en 2008 el 38,66% de su AOD en salud, mientras que el conjunto de la UE solamente alcanzó el 7'4% y el CAD el 5'89%. El CAD prioriza América Central y Norteamérica, la cooperación española América del Sur, mientras que la UE mantiene un equilibrio entre ambas regiones.

c. Análisis de los principales países receptores de ayuda en salud

En cuanto a los principales países receptores de la ayuda en salud, observamos considerables diferencias entre la cooperación española y el conjunto de países del CAD. Mientras que hay 3 países latinoamericanos entre los primeros 10 receptores de la ayuda española entre 2002 y 2008, no hay ninguno en el conjunto de donantes. Debemos destacar que ambos actores destinan una parte importante de sus presupuestos en salud a países cuya inclusión tiene difícil explicación, si nos centramos exclusivamente en aspectos de desarrollo o sanitarios. España tiene en décimo lugar a China, un país que tiene programas externos de cooperación con África, que además utiliza mezclándolos con intereses comerciales, por lo que no se entiende desde un punto de vista de cooperación sanitaria que se le apoye. Sin embargo, España ha reducido en 2008 la ayuda a este país considerablemente, tendencia que se debe confirmar en los próximos años. Otro aspecto que podemos destacar de estas tablas es que la cooperación española está muy atomizada geográficamente, ya que ningún país, salvo Mozambique, supera el 7% del total de ayuda en salud asignada geográficamente durante el periodo 2002-2008.

TABLA 2.6 PRINCIPALES PAÍSES RECEPTORES DE AOD BILATERAL BRUTA ESPAÑOLA EN SALUD. 2002-2008 (MILLONES DE DÓLARES CORRIENTES)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	ACUMULADO 2002 a 2008	
								2002-2008	% sobre total AOD SALUD asignado geográficamente
Mozambique	3,94	5,01	13,00	12,04	9,92	11,53	18,41	73,86	7,82
Bolivia	3,31	5,57	10,41	7,60	7,34	7,60	8,79	50,62	5,36
Argentina	1,19	3,42	1,19	1,10	0,48	10,86	28,58	46,83	4,96
Marruecos	2,90	4,45	4,36	7,92	6,20	10,69	6,48	43,01	4,55
Nicaragua	1,81	2,65	2,99	6,36	4,20	7,13	13,56	38,71	4,10
Angola	0,96	1,32	2,42	5,06	5,61	6,38	7,62	29,38	3,11
Guinea Ecuatorial	1,45	2,43	3,01	4,06	5,51	4,20	6,25	26,91	2,85
Perú	3,54	2,34	2,98	2,50	3,30	5,24	6,62	26,52	2,81
Kenya	0,50	1,05	0,77	0,97	3,86	15,59	2,87	25,60	2,71
China	0,50	1,05	0,77	0,97	3,86	15,59	2,87	25,60	2,71

Fuente: elaboración propia a partir de datos OCDE

En cuanto al conjunto de donantes, el caso de Iraq es similar, pues se mezclan otros intereses geopolíticos que explican en gran parte el interés en este país, y no solamente sus problemas sanitarios. Destaca también la India como primer receptor de ayuda sanitaria internacional, ya que es un país de grandes contrastes, con grandes bolsas de pobreza, pero con un nivel de desarrollo en algunas áreas muy importante. Estas cifras están muy condicionadas por la ayuda proveniente del Reino Unido a su excolonia, que en 2008 supuso 215 millones de dólares, más de la mitad de lo destinado a ese país por el conjunto de donantes. Con respecto a China, países como Italia, Reino Unido, Finlandia o Alemania lo han colocado en un lugar preeminente dentro de su cooperación sanitaria. Resulta curioso que dos países emergentes como India y China sean grandes receptores de la ayuda sanitaria internacional, lo que significa la inclusión de otros intereses comerciales y políticos en la definición de prioridades de la cooperación sanitaria internacional. Este hecho se observa de forma más contundente en la cooperación portuguesa, que destina toda su ayuda a antiguas excolonias, o el caso de Mayotte, un departamento de ultramar francés que se sitúa en tercer lugar entre los países que más ayuda sanitaria reciben de Francia.

TABLA 2.7. PRINCIPALES PAÍSES RECEPTORES AOD BILATERAL BRUTA DE CONJUNTO DE PAÍSES DEL CAD EN SALUD (MILLONES DE DÓLARES CORRIENTES)

	ACUMULADO 2002 a 2008								2002-2008	% sobre total AOD SALUD asignado geográficamente
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008			
Zambia	46,83	74,70	89,23	127,55	142,00	174,95	239,51	894,77	3,06	
Uganda	15,33	38,40	88,00	108,85	148,05	203,90	222,03	824,56	2,82	
Tanzania	79,94	86,73	137,92	150,63	195,88	259,16	329,10	1239,37	4,24	
Sudáfrica	7,82	34,05	75,22	95,91	138,81	233,48	377,82	963,10	3,29	
Nigeria	64,90	66,11	95,43	95,56	160,26	277,74	438,47	1198,46	4,10	
Mozambique	44,17	75,91	113,61	113,93	132,78	193,19	248,94	922,53	3,16	
Kenya	31,64	58,71	86,54	94,53	162,32	207,18	299,74	940,66	3,22	
India	138,14	176,24	153,25	281,14	219,30	415,63	395,72	1779,41	6,09	
Etiopia	35,33	75,65	87,06	102,28	181,37	191,12	256,85	929,66	3,18	
Iraq	0,26	19,82	57,45	404,24	327,53	186,58	54,15	1050,03	3,59	

Fuente: elaboración propia a partir de datos OCDE

Como es previsible, también la ayuda del conjunto de donantes está muy diversificada geográficamente porque mezcla prioridades de muchos países, pero si el análisis lo realizamos por países la situación varía. El Reino Unido ha destinado en este periodo el 25% de su ayuda a la India, Alemania el 15% a este mismo país, Suecia el 12'5% y el 11% a Zambia y Bangladesh respectivamente, y Francia el 15% a Senegal.

Financiación adicional innovadora en salud y desarrollo

En los últimos años, los activistas de salud en todo el mundo han asumido el reto de identificar nuevos recursos y fondos de los países ricos para ayudar a financiar de manera urgente las inversiones que se necesitan hacer en los países en desarrollo. Los activistas de salud en Europa y en otros países se han unido a sus socios en el sur en la demanda de que en los países en desarrollo se cumplan los compromisos realizados, por ejemplo, la Declaración de Abuja, que pide que el gasto en salud en los presupuestos de cada país sea al menos del 15%.

También insisten en que los gobiernos donantes no tienen excusa para cumplir sus compromisos ya existentes de ampliar la ayuda para el desarrollo en salud, por ejemplo cumpliendo sus promesas de aplicar el 0,7% del PIB para ayuda oficial al desarrollo y destinando un 15% del total de la AOD al sector salud.

Sin embargo, incluso en el caso muy poco probable de que se cumplieran estos objetivos de incremento de los presupuestos nacionales de salud y de la AOD destinada a este sector, todavía habría una brecha en los recursos que se necesitan. De acuerdo con esto, los activistas han trabajado alrededor de nuevas propuestas de financiación innovadora, por ejemplo una tasa sobre el cambio de divisas para la salud (CTL-Currency Transaction Levy, por sus siglas en inglés) o un impuesto más amplio a todas las transacciones financieras (FTT-Financial Transaction Tax). Ambas medidas podrían servir a un doble objetivo: amortiguar las actividades especulativas excesivas en los mercados financieros y generar fondos, en este caso para el sector salud, pero posiblemente (al menos en el caso de la FTT) para propósitos más amplios como la recuperación de los costes del rescate financiero de los bancos, alcanzar equilibrios fiscales, creación de empleo, financiar el control y la adaptación al cambio climático y otras actividades de desarrollo.

En el caso de que se adoptara una CTL o una FTT destinadas total o parcialmente a cerrar la brecha en la financiación de las necesidades globales de salud, habría que plantearse cómo debe ser la canalización de dichos recursos, cuáles serían los atributos más importantes de un mecanismo de financiación y cómo sopesar todos los factores que les rodean. Esto podría llevar a debates sobre verticalismo vs horizontalismo, multilateralismo vs bilateralismo, apoyo presupuestario vs financiación duplicada y "ayuda muerta" vs efectividad de la ayuda.

Sin embargo, parece que las prospecciones para adoptar una CTL o una FTT que pudieran contribuir total o parcialmente a financiar el sector salud y que fueran integral y universalmente aceptadas se han ido desvaneciendo en los últimos meses.

Prosalus
Médicos del Mundo
Medicus Mundi

3.- PRESIDENCIA ESPAÑOLA DE LA UNIÓN EUROPEA Y COOPERACIÓN SANITARIA

3.1. Prioridades en las políticas de desarrollo de la presidencia española de la Unión Europea en 2010

Durante el primer semestre de 2010, España presidió la Unión Europea. Durante ese periodo, las prioridades en desarrollo fueron diversas. La seguridad alimentaria, el género, la educación, el medio ambiente y el cambio climático, el progreso de los ODM y el código de conducta sobre la división de trabajo centraron el trabajo. Específicamente, en salud hubo dos asuntos destacados: los determinantes sociales de la salud y el papel de la Unión Europea en salud global, asuntos que mostraron, por primera vez y de forma significativa, la capacidad de posicionamiento de la cooperación sanitaria española y de influencia en las políticas internacionales de salud. Además, se consiguió que en marzo de 2010 el Comité de Ministros del Consejo de Europa adoptase una recomendación sobre “buena gobernanza en los sistemas de salud”²

3.2. Los determinantes sociales de la salud

Un grupo de expertos comisionado por la presidencia española elaboró un documento sobre los determinantes sociales de la salud³, en el que aparecen como una de las fuentes principales de desigualdades en salud y se intenta introducir en la agenda de la UE la equidad en salud y los determinantes sociales de la salud. En el informe realizado en 2009⁴ ya explicamos la importancia de los determinantes. En el documento presentado por la presidencia española se hace énfasis en la importancia de monitorizar los indicadores mediante indicadores, ya que en la mayoría de los países, los sistemas de información sobre salud no están diseñados para dar esta información de forma rutinaria. A pesar de que el documento habla de los determinantes de la salud en cuanto a fuente de desigualdad dentro de la UE, aparece un capítulo específico en el que se analizan las oportunidades de la UE en contribuir, a través de la cooperación al desarrollo, a la disminución de las desigualdades en salud.

2. <https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?Ref=CM/Rec%282010%296&Language=lanEnglish&Ver=original&BackColorInternet=C3C3C3&BackColorIntranet=EDB021&BackColorLogged=F5D383>

3. “Hacia la equidad en salud: monitorización de los determinantes sociales de la salud y reducción de las desigualdades en salud” Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010

4. “La salud en la cooperación al desarrollo y la acción humanitaria. Informe 2009”. Prosalus, Médicos del Mundo y medicusmundi

En el citado documento se aconseja que la salud aparezca como un eje transversal dentro de las nueve áreas de acción del Consenso Europeo de Desarrollo de 2006⁵ y que se mejore la coherencia de políticas de desarrollo. También explica cómo abordar las desigualdades en salud y los determinantes a través del apoyo de la Unión Europea en la consecución de los ODM, mediante el refuerzo de los sistemas de salud, sobre todo incluyendo la vigilancia en equidad en salud estratificando los datos según género y grupos sociales/regionales y apoyando la protección social.

La Agenda de Accra es otro de los retos que presenta el documento. En 2009 la Comisión Europea presentó un informe sobre los logros de la UE sobre efectividad de la ayuda después de Accra⁶, en el que se señalaba que la UE y la Comisión estaban muy lejos de cumplir los indicadores de la declaración de París. Dicho informe pretende que los determinantes sociales de la salud y las desigualdades en salud aparezcan cuando se hable de la mejora de la eficacia de la ayuda, a través de diversos mecanismos: el diálogo político con terceros países, el fomento del uso de metodologías de evaluación del impacto por parte de terceros países y la integración de la experiencia y las herramientas en los enfoques multidonantes, incluidos los promovidos por la Asociación Internacional para la Salud y otras iniciativas parejas (IHP+).

Por último, también considera que esas medidas pueden realizarse en los países vecinos que se incluyen en la política europea de vecindad, con la que se quiere profundizar en la relación política y en la integración económica.

3.3. La salud global

La salud es un derecho humano y, por lo tanto, debería ser una prioridad para todos los líderes mundiales. Muchos de los problemas derivados de la falta de salud no tienen exclusivamente una solución local, sino que se necesita una aproximación internacional. El concepto ‘global’ en salud tiene varias dimensiones.

Existen amenazas a la salud que traspasan las fronteras cuya solución no depende únicamente de los esfuerzos que hagan los países de forma individual. Las pandemias, por ejemplo, necesitan del esfuerzo conjunto para poder acabar con ellas.

La salud debe tener una perspectiva multisectorial, ya que está estrechamente ligada con otros campos y sin trabajar en ellos no es posible la mejora real de la salud de la población: son los denominados determinantes económicos y sociales de la salud, entre ellos destaca la pobreza, la nutrición, el agua, la vivienda, el género, la exclusión social...

5. http://europa.eu/legislation_summaries/development/general_development_framework/r12544_es.htm

6. http://ec.europa.eu/development/icenter/repository/COMM_NATIVE_SEC_2009_0443_4_Aid-Effectiveness-after-Accra.pdf

Existen políticas mundiales que afectan de forma muy clara al acceso a la salud, cuyo enfoque prioritario no es la salud y generan desigualdades entre los países. Entre estas políticas destacamos las relacionadas con el comercio de medicamentos, la contratación de personal sanitario, la crisis económica o la crisis alimentaria.

Resulta necesario tener un enfoque global cuando hablamos de salud; además, la cobertura universal y la equidad en el acceso a la salud deberían ser los ejes principales de las políticas internacionales relacionadas con el sector.

La Estrategia de Salud 2008–2013⁷ de la UE reconoce que ésta y sus Estados miembros pueden contribuir a la mejora de la salud de los ciudadanos de la Unión Europea y del resto del mundo mediante el liderazgo colectivo en materia de salud.

3.3.1. El proceso de desarrollo de la salud global en la Unión Europea

Para definir el papel de la Unión Europea en la salud global, la cooperación española trató el tema con diferentes agentes y presentó una comunicación al respecto en mayo de 2010. Para definir correctamente el papel de la UE en la salud global, la cooperación española abrió diversas vías de diálogo. Por un parte, celebró encuentros con el Ministerio de Salud y el Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación y, por otra, formó la Mesa de Armonización de Salud de la Cooperación Española (MASCE), donde participaban diversos agentes de la cooperación española: universidades, Instituto Carlos III, ONG... La MASCE se dividió en cuatro grupos de trabajo que priorizaban algunos de los aspectos de la salud global: coherencia, innovación, equidad y participación (guía para el diálogo de políticas de salud), cada uno liderado por una institución diferente. La MASCE comenzó a ser operativa en 2009 y sigue funcionando en la actualidad con reuniones periódicas en las que se discute sobre los cuatro grupos de trabajo y la evolución de los mismos en relación con la salud global. Hay que felicitar a la cooperación española por abrir cauces de participación para que los diferentes actores aporten sus puntos de vista.

3.3.2. Conclusiones sobre salud global

El 10 de mayo de 2010, como parte de la preparación de la Cumbre de Naciones Unidas sobre los ODM, celebrada en septiembre, el Consejo de la Unión Europea adoptó las conclusiones presentadas por la presidencia española sobre el papel de la UE en salud global⁸. Dichas conclusiones también se presentaron en la Asamblea de la OMS de 2010.

Básicamente, la UE considera que tiene un papel que jugar en los retos de la salud global y en conseguir la cobertura universal y equitativa de servicios sanitarios de cali-

dad, basada en un concepto multisectorial (especialmente con género, agua y saneamiento, seguridad alimentaria, educación y pobreza) y el enfoque de derechos⁹.

El refuerzo de los sistemas locales de salud es un eje vital en las políticas de cooperación de salud de la Unión Europea para afrontar los retos globales de salud y todos los actores deben participar, incluyendo la sociedad civil y el sector privado. Ese refuerzo debe ser especialmente visible en el apoyo a la movilización de recursos financieros locales (y la búsqueda de mecanismos innovadores de movilización de fondos en el sector de la salud) y en una buena gestión de los mismos, apoyando la inclusión de la financiación de la salud en los modelos de protección social, evitando el pago directo de los grupos más vulnerables.

En línea con los compromisos de París y Accra, dos terceras partes de la ayuda sanitaria deberían ir a través de programas conjuntos y no de actividades individuales. Así mismo, al menos la mitad de la AOD sanitaria debe ir a través de los sistemas de salud del país, incluyendo las acciones de apoyo presupuestario. Considera necesario que se mejore la predictibilidad de la ayuda de la UE, sobre todo a medio plazo, para ello necesita, por una parte, supervisar y prever la ayuda que va a destinar y, por otra, realizar un plan de apoyo en políticas de salud cada tres años para la UE y sus Estados miembros.

La OMS es la institución que debe liderar los progresos de la salud global y la Unión Europea debe apoyarla para conseguirlo. Para el refuerzo de los sistemas de salud y la mejora de la eficacia de la ayuda, la UE se basa en los principios del International Health Partnership (IHP): apoyo a una sola estrategia nacional de salud, un presupuesto y un sistema de seguimiento. Aunque reconoce los logros de iniciativas internacionales como el Fondo Global, la UE debe intentar centrarse en el refuerzo de los sistemas de salud.

En cuanto a la coherencia de políticas, el documento especifica claramente que la UE debe abordar cinco áreas que afectan de forma decisiva a la salud global:

- Comercio. Se debe apoyar a los países receptores para que puedan proteger la salud pública mediante la flexibilización de los Acuerdos sobre los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio, especialmente en lo relativo a medicamentos.
- Migración. Consecución de los compromisos de la estrategia de la UE para actuar en la crisis de recursos humanos en salud en países en desarrollo¹⁰ y apoyo a la iniciativa de la OMS sobre reclutamiento de personal sanitario.
- Seguridad. En contextos frágiles, la UE debe asegurar el acceso a los servicios de salud de toda la población.

7. http://ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/strategy_wp_es.pdf

8. http://www.consilium.europa.eu/uedocs/cms_data/docs/pressdata/EN/foraff/114366.pdf

9. <http://register.consilium.europa.eu/pdf/en/10/st09/st09644.en10.pdf>

10. http://www.consilium.europa.eu/ueDocs/cms_Data/docs/pressData/en/gena/89195.pdf

- Seguridad alimentaria. Reforzar el vínculo entre nutrición, seguridad alimentaria y salud.
- Medio ambiente. Incluir en las políticas de medio ambiente y cambio climático consideraciones sobre la salud.

Asimismo, la Unión Europea debe financiar la investigación que beneficie la salud de todas las personas.

Por último, la UE promoverá las sinergias entre todos los actores de cooperación en salud para evitar la fragmentación de la ayuda y mejorar la efectividad de la ayuda.

3.4. Conclusiones sobre la presidencia española

La presidencia española ha realizado un encomiable esfuerzo en el sector de la cooperación sanitaria, tanto en el desarrollo de iniciativas que pueden determinar las orientaciones futuras de este sector, como en los procesos participativos que ha apoyado para conseguir los documentos en que se ha basado la acción. Consideramos que la orientación de esos documentos es la adecuada y esperamos que la cooperación española siga apoyando el modelo de cooperación en salud integral e integrador.

La MASCE sigue activa y la cooperación española debería seguir impulsando tal iniciativa que le puede permitir ser un referente europeo en cooperación en salud. La iniciativa de salud global puede ser un primer paso hacia una estrategia de cooperación en salud europea que se base en los principios de equidad, multisectorialidad y acceso universal a los servicios de salud.

Desafíos en la nueva política europea en salud global

2011 concluirá con una cifra que seguramente no llegue a ningún titular: casi 30 millones de personas habrán muerto por falta de equidad en el acceso a los servicios de salud. Es el exceso de mortalidad infantil (< 5 años) y adulta (15-60 años) de los países «en desarrollo» con respecto a las tasas en países «desarrollados». Casi exactamente uno cada segundo. Calcule unos 100 si a usted no le aburre este artículo y lo lee de un tirón.

Las razones se han analizado en el informe sobre determinantes sociales de la salud son: pobreza, exposición a riesgo sin equidad y falta de acceso a servicios básicos de salud.

La agenda internacional se ha centrado en los objetivos del milenio. Y dentro de ellos, casi dos terceras partes de los fondos se centran en el sexto objetivo, y en concreto en tres enfermedades, SIDA, malaria y tuberculosis.

La tercera parte de esas muertes ocurre antes de los cinco años de edad, lo cual supone la mitad del total de años saludables perdidos por muerte prematura. Esta cifra ha ido bajando de 10 millones a 8 en el último informe de UNICEF, si bien, hay aspectos no muy claros en las estimaciones y fluctuaciones estadísticas entre las Naciones Unidas. La estimación de muertes «maternas» durante el embarazo, peri y post-parto, también ha ido descendiendo de medio millón a unas 350,000. (ver Murray et al, The Lancet 2010). En cualquier caso, dos terceras par-

tes de esta vergonzosa y silenciosa sangría corresponden a la edad adulta (15 a 60 años), no enmarcable en ningún objetivo del milenio. Desde finales de los 90, la atención se ha centrado en la epidemia del SIDA, un claro ejemplo de muerte casi-segura en el Sur y enfermedad casi-crónica en el Norte en el cambio de siglo. Ello, aliado con lobbies especialmente sensibles al SIDA en el Norte, incitó un fuerte activismo que llevó a crear la primera agencia especial de Naciones Unidas para una enfermedad, una iniciativa global billonaria y en muchos países un casi-ministerio en paralelo al de salud. Más de la mitad de los fondos internacionales de ayuda en salud se centran en esta enfermedad. La dinámica del SIDA arrastró a la atención, si bien secundaria, a problemas de salud con algunos factores comunes (resistencias progresivas, necesidad de inversión y acceso a terapias combinadas): malaria y tuberculosis. Aún así, estas tres enfermedades en su conjunto (si bien la malaria sobre todo afecta a la infancia en África sub-sahariana), suponen sólo un 20% de las muertes en la edad adulta. Por otro lado, dos terceras partes de las muertes prematuras en adultos, tienen lugar en países de rentas bajas-medianas, donde sus crecimientos económicos van ligados a crecientes tasas de inequidad.

La primera conclusión, por lo tanto, es que la agenda internacional de los tres objetivos del milenio deja fuera arbitrariamente a la mitad de las muertes prematuras por inequidad global y nacional.

Por otra parte, cada vez son más las voces que cuestionan la efectividad y eficiencia (y sostenibilidad) de la ayuda vertical, por proyectos y de aisladas prioridades de salud. Nadie hoy financiaría proyectos de matemáticas en la educación básica. ¿Por qué pasa en salud? Está claro que es por el carácter humanitario de la salud: las muertes evitables claman acción rápida, directa, medible. Y como alternativa, la agenda de la efectividad de la ayuda (París), apenas aún ha infiltrado el sector de la salud. A pesar de declaraciones de intenciones en París, Accra, en el High Level Forum for Health, en el International Health Partnership; la mayor parte de la ayuda en salud no es programática, es de baja predictibilidad y no se alinea con procesos locales de decisión, presupuestos y sistemas contables y de seguimiento nacionales. Sin apenas aplicar estos principios, entramos ahora en una fase ávida de resultados y escéptica de procesos.

Pero aún con efectividad y eficiencia y sostenibilidad de la ayuda, su efecto aislado es menor al lado de procesos globales que en algunos casos influyen de manera más significativa en la salud. Las migraciones de profesionales de la salud o los acuerdos comerciales que afectan al acceso a medicamentos pueden tener efectos negativos que anulen los esfuerzos de la cooperación. Sin coherencia en estas otras dimensiones políticas, el rol de la UE en salud global será parcial, débil y contradictorio.

Por todo ello, la UE ha adoptado, tras un intenso proceso de diálogo y consulta, un nuevo marco político de salud global que plantea compromisos concretos en gobernanza (también fragmentada), equidad y acceso universal a servicios de salud, coherencia con políticas claves internas y externas (migración, comercio, seguridad, cambio climático y seguridad alimentaria) y en el vínculo con investigación y desarrollo, también afectado por la inequidad.

En resumen, la inequidad reina y se expande en la salud. Y la reacción internacional carece de pertinencia (muchas prioridades olvidadas: sin ni siquiera intentos de medir el coste-oportunidad) coherencia con principios de salud pública (escenario internacional dominado por iniciativas verticales) y de desarrollo (los principios de la eficacia de la ayuda no son respetados en la mayoría de las acciones en salud), efectividad y eficiencia (por procesos verticales y paralelos), sostenibilidad (pro apoyo a sectores externos y privados, con poca sostenibilidad institucional o social interna) y coherencia (con las políticas citadas y otras).

La nueva política europea en salud global ofrece una oportunidad de cambio, de ilusión, de compromiso no fragmentado ni sectario ante el derecho universal a la salud.

Juan Garay

Coordinador de Salud de la Dirección General de Desarrollo de la Comisión Europea

3.5. HACIA UNA MAYOR EFECTIVIDAD: División del trabajo en la Unión Europea

La agenda internacional para mejorar la efectividad de la ayuda se está llevando a cabo, una vez celebrado en septiembre de 2008 el Tercer Foro de Alto Nivel sobre la efectividad de la ayuda (Accra, Ghana), basado en los compromisos del Primer y Segundo Foro de Alto Nivel de Roma (2003) y París (2005).

La Unión Europea, el principal donante mundial, tiene un fuerte compromiso en dicha agenda. Se trata de un reto, tanto para mejorar la ayuda como por la necesidad de rendición de cuentas y transparencia sobre los impuestos de los ciudadanos.

La Comisión Europea gestiona el presupuesto común que la Unión Europea destina a cooperación en su conjunto y también debería orientar y coordinar la acción de los Estados miembros como actores individuales. En muchos casos, los países europeos realizan la cooperación de forma individual. Diversos países europeos llevan a cabo las mismas acciones de cooperación sin saber qué están haciendo los demás, lo que supone el aumento de la burocracia para el país receptor. Además, provoca en los países donantes la dispersión de la ayuda, sin especialización y un compromiso a largo plazo en los sectores donde trabaja.

En 2008 se adoptó la Agenda para la Acción de Accra, que añadió 48 nuevos indicadores y fuertes compromisos para ser desarrollados en 34 donantes en su conjunto. Lo que se buscaba con la Agenda era evaluar los compromisos de París para armonizar la ayuda para cooperación y mejorar su eficacia. La UE añadió cuatro objetivos adicionales al consenso europeo derivado de la Declaración de París de 2005 y ahora forman parte de la Agenda para la Acción de Accra.

El informe de seguimiento de la Declaración de París realizado en 2008 demuestra que los avances habían sido pocos y lentos. Era necesario que se realizaran esfuerzos para cumplir con los compromisos y modificar la forma de hacer cooperación basada todavía en el modelo iniciado en los años 50.

En este contexto, tras la Declaración de París, la Comisión Europea elaboró el Código de conducta sobre la división del trabajo en cooperación. Se trata de una propuesta no vinculante, voluntaria, en la que se invitaba a los Estados miembros a sumarse a esta iniciativa, para mejorar el resultado de la política de la cooperación de la Unión Europea. La Comisión lo propone para mejorar la distribución de las tareas entre los donantes de la UE en los países en desarrollo. El código se basa en once principios destinados a reducir los trámites administrativos, utilizar los fondos donde sean más necesarios, poner en común la ayuda y distribuir las tareas para proporcionar mayor ayuda, más rápida y más eficaz¹¹.

¹¹ http://europa.eu/legislation_summaries/development/general_development_framework/r13003_es.htm

En dicho código se afirma que el liderazgo del proceso de división del trabajo entre donantes debe ser ejercido por el país socio receptor y, si no existe ese liderazgo, la UE debe ayudar a construir capacidades en el país para ejercerlo y apropiarse del proceso de cooperación¹². Sería por tanto una forma de cambiar la dirección de las decisiones en el ámbito de la cooperación, donde el protagonismo lo deberían asumir los países receptores. El código asumía que la división de trabajo no debe significar en ningún caso una reducción de los volúmenes de AOD ni de su previsibilidad. Sus principios rectores se basan en los siguientes puntos:

- 1.- Los países donantes de la Unión Europea concentrarán su presencia activa en un país socio en un máximo de tres sectores, pudiendo reorientar el resto de sus intervenciones a través de los acuerdos con otro donante (donante líder) y el ejercicio de la cooperación delegada.
- 2.- Se garantizará la presencia adecuada de donantes de la Unión Europea activos en aquellos sectores clave para la reducción de la pobreza.
- 3.- Los donantes de la Unión Europea se concentrarán en un número limitado de países prioritarios en función de su valor añadido.
- 4.- Se abordarán los desequilibrios globales de los flujos de AOD atendiendo a los países huérfanos de la ayuda.
- 5.- Los donantes de la Unión Europea avanzarán en la identificación de su propia ventaja comparativa a través del diálogo con los países socios y con otros donantes.
- 6.- Los donantes podrán seguir apoyando el fortalecimiento de la sociedad civil más allá de sus sectores específicos de concentración.

La Comisión Europea tiene el encargo de realizar propuestas a los Estados miembros para avanzar en la división del trabajo. Se han mantenido reuniones y se ha avanzado en la propuesta de criterios, sin llegar todavía a una decisión sobre cómo se va a efectuar la división del trabajo que parece necesaria para mejorar la efectividad de la ayuda de la Unión Europea.

La Unión Europea se comprometió en las Conclusiones del Consejo de mayo de 2008 y en la *EU Guidelines for Accra* a cumplir con cuatro elementos clave para mejorar la efectividad de la ayuda europea: la división del trabajo, el enfoque de un solo marco de país, la predictibilidad de la ayuda y la mutua rendición de cuentas sobre los resultados, incluyendo menos condicionalidad.

En *The European Guidelines for Accra* se sostiene que los donantes deberían aplicar la división del trabajo y “reducir el número de sectores donde éstos son activos”,

¹² http://www.aecid.es/export/sites/default/web/galerias/publicaciones/descargas/Plan_Director_2009-2012.pdf

y se acuerda reducir el coste de la fragmentación de la ayuda. En noviembre de 2008 tuvo lugar una reunión en Bamako (Malí) sobre apropiación de la ayuda y división del trabajo. Esta reunión, iniciativa del gobierno francés, convocó a los donantes europeos y al gobierno de Malí para que éste pudiera dar las claves en cómo avanzar en la división del trabajo garantizando la apropiación del país receptor. Los ministerios de Malí señalaron la necesidad de que los donantes alineasen su acción al presupuesto, políticas y procesos del país y que los donantes armonizaran su intervención. Los países donantes se comprometieron a trabajar de una forma alineada el marco de acción de país y presupuesto.

Durante 2009 y 2010 los Estados han estado dialogando sobre cómo aproximarse al enfoque de un único marco por país basado en las necesidades del país receptor, estudiando posibilidades de reparto del trabajo de los donantes por diferentes sectores.

La necesidad de cambiar el modelo de ayuda al desarrollo es apremiante. La fragmentación de la ayuda es un problema para la coordinación y la eficacia. Un estudio de la OCDE señala que existe una media de 17 donantes por cada país receptor, cada uno con un programa distinto¹³, a los que se añaden, sobre todo en el sector de la salud, las iniciativas multilaterales verticales, que promueven su propia burocracia.

Los Estados de la UE han ido mejorando la concentración de la ayuda y la distribución por países prioritarios, pasando de 2 países en algunos casos, a 57 en otros, siendo lo más común un número entre 8 y 12. La distribución de la ayuda también varía: algunos destinan el 100% a países prioritarios y otros el 45%. En el Plan Director 2009-2012, España se compromete a destinar el 85% de la ayuda a países prioritarios y tiene 52 países con algún nivel de prioridad, entre los denominados de asociación amplia, asociación focalizada y asociación con países de renta media. Con una fragmentación tan alta parece necesario superar el enfoque de coordinación por una división real del trabajo.

Sin embargo, los Estados también reconocen que este avance hacia la división del trabajo, a pesar de ser necesario para lograr una mayor efectividad de la ayuda, trae consigo retos y dificultades. En concreto, el temor a un incremento de la burocracia, diferencias en las prioridades, dificultades en la armonización de procedimientos y calendarios, así como la limitación de poder en la acción de cooperación.

Algunos Estados consideran que requerirá mucho tiempo y dedicación el lograr armonizar la acción en países como Mozambique, con la presencia de 12 Estados de la Unión Europea. Además existe una preocupación añadida por parte de los pequeños donantes que ven peligrar la visibilidad de la aportación. Asimismo, los países

13 www.oecd.org/dac/scalingup The Scope of donors in the study encompasses 34 donors, 23 bilateral OECD-DAC donors, the EC and 10 multilateral donors.

receptores también ven el proceso con recelo porque temen perder flexibilidad y atención para determinados sectores.

La Comisión Europea adoptó en enero de 2009 el Plan Operativo de Acción para avanzar en estrategias de país comunes y en la división del trabajo, ya que los avances habían sido desiguales hasta el momento. Algunos países ya contaban con experiencia y lecciones aprendidas. Los principales retos radican en aprender a armonizar técnicas de asistencia, promocionar programas basados en el enfoque de sistema único por país. El diálogo entre los Estados es necesario para realizar formulaciones conjuntas.

Hay distintas iniciativas complementarias que ayudarán a avanzar en la agenda de Accra. En salud, concretamente, la iniciativa *IHP +*, a la que la Comisión Europea se ha sumado y es impulsora, trata de canalizar la ayuda para dirigirla de forma eficaz a fortalecer sistemas de salud a través de un mecanismo de coordinación.

La Comunicación en Salud Global que impulsó la presidencia española de la Unión Europea aporta el marco de orientación necesario para emprender una división del trabajo real bajo un mismo enfoque.

Sin conocer todavía cómo serán los criterios y los mecanismos para realizar la división sectorial del trabajo, en salud es necesario garantizar que, en determinados sectores, como en salud sexual y reproductiva, se respeta la política adoptada por consenso y no la limita u orienta el Estado que la ejecuta. Al final, si solo hay un país donante puede claramente orientar las políticas sectoriales sobre todo de los países más frágiles, que tienen más necesidades y precisan más apoyo. También preocupa la incongruencia de que un trabajo que debe establecer la cooperación europea en salud pueda priorizar determinadas actividades según la orientación política del país que realiza la acción (ahora, el haber diversos agentes, permite que el país receptor pueda ser apoyado con distintas orientaciones, aspecto que se eliminaría si solamente fuera uno solo). Por otra parte, la división del trabajo en la Unión Europea debe tener en cuenta que es un primer paso: a pesar de que se trata del mayor donante mundial, existen otros agentes de cooperación con los que debería coordinar sus acciones, como Estados Unidos y nuevos donantes, como China o la India, cuyo peso específico en la cooperación está creciendo considerablemente.

Es imprescindible que, antes de aplicar el código, la Unión Europea establezca políticas y criterios para analizar la eficacia de la ayuda y si introduce criterios como impacto o sostenibilidad. Además, los países receptores deben desarrollar una gran capacidad de liderazgo para que con la división del trabajo no se promueva lo contrario que se quiere conseguir.

La división del trabajo es un proceso que avanza rápidamente en la Unión Europea. La sociedad civil debe analizarlo ya que impactará en la forma que hasta ahora los Estados donantes afrontaban la cooperación.

Son muchas las preguntas que se plantean: ¿España, al igual que el resto de donantes, abandonará la cooperación en países donde ha estado presente durante años si otros países la lideran? ¿Dónde se integra la visión de la sociedad civil tanto en los países receptores como en los donantes? ¿Las organizaciones españolas no podrán optar a fondos públicos españoles para países en los que no estén trabajando limitando su acción? ¿Tendrán que aceptar las ONG estos criterios y conformarse con la decisión tomada o se tendrá en cuenta el valor añadido de la sociedad civil de cada país donante? ¿Si un país es el mejor en un sector, será el que haga la "cooperación europea" en ese sector, o habrá otros componentes políticos y económicos que influyan en la selección de los donantes para algunos países donde se tienen intereses comerciales?

Estaba previsto que en 2010 se logaran los compromisos de la Declaración de París, lo que está lejos de alcanzar. Además, la Unión Europea deberá avanzar todo lo posible antes de la próxima cumbre en Seúl, en 2011.

BIBLIOGRAFÍA

BAKER, Brook K; *CTL-for-Health/FTT-with-Health: Resource-Needs Estimates and an Assessment of Funding Modalities*, Action for Global Health & International Civil Society Support, Brussels, July 2010

1. CONSIDERACIONES GENERALES

1.1. Consideraciones metodológicas sobre el cómputo de la AOD

Los datos utilizados para la elaboración del presente capítulo provienen de los informes de seguimiento de los planes anuales de cooperación (PACI) elaborados por la Dirección General de Planificación y Evaluación de Políticas de Desarrollo (DGPOLDE), así como de las tablas detalladas de datos de AOD que los acompañan.

Salvo que se especifique lo contrario, los datos que se presentan se refieren a AOD neta.

A efectos de este informe, se considera AOD del sector salud aquella financiación consignada con los códigos CAD CRS siguientes¹: 121, 122 y 130 que se corresponden con los subsectores salud general, salud básica y políticas y programas de población y salud reproductiva.

Dentro del informe se pueden encontrar identificadas y diferenciadas tres formas de canalización de la AOD: multilateral, multilateral y bilateral.

- Según se explicita en la Estrategia Sectorial de Cooperación en Salud, la **AOD bilateral** es la ayuda oficial al desarrollo que la cooperación española aporta directamente a los países socios. Las actuaciones se gestionan a través de diferentes instrumentos por diferentes instancias gubernamentales, locales o de la sociedad civil de los países socios y a través de las OTC de la AECID y de la administración de las comunidades autónomas; en muchos casos, a partir de ONGD, universidades o centros de estudios públicos españoles. La AOD bilateral en sentido estricto comprende la financiación para los siguientes tipos de ayuda: programas, cooperación técnica, proyectos de inversión y otros recursos.
- La **AOD multilateral** es entendida como la financiación para el desarrollo canalizada a través de organismos multilaterales que, en principio, es difícilmente especificable en cuanto a su destino geográfico y/o subsectorial, ya que se incorpora a un fondo común de todos los donantes que luego es utilizado por la institución multilateral para el desarrollo de su misión. Responden a ese tipo de financiación los “core funding” o contribuciones no marcadas y las aportaciones al presupuesto de la Comisión Europea y

1. Ver detalles en la tabla de clasificación del CAD en anexos.

al FED (Fondo Europeo de Desarrollo). Desde 2007 la DGPOLDE ha mejorado el sistema de cómputo sectorial de estas ayudas de manera que, a la hora de establecer el volumen de AOD multilateral destinada al sector salud, además de las aportaciones a organismos multilaterales especializados en el sector, se incluyen también imputaciones proporcionales según el conjunto de la actividad del organismo correspondiente².

- La AOD multilateral o bilateral canalizada vía OМУDES (Organismos Multilaterales de Desarrollo) es entendida como la financiación que, estando canalizada a través de OМУDES, permite que la unidad/agente financiador tenga mayor capacidad de especificación geográfica y/o distribución sectorial así como de seguimiento, al ser contribuciones mayoritariamente destinadas a programas y/o proyectos. En los volcados de datos estadísticos realizados por DGPOLDE y en los informes de seguimiento de los PACI, la AOD multilateral suele aparecer dentro del apartado de ayuda bilateral, señalada como bilateral vía OМУDES. Sin embargo, la Estrategia Sectorial de Cooperación en Salud (apartado 4.2.1.) señala que este tipo de AOD se computa como AOD multilateral. En este informe se intentará presentar los datos de forma desagregada en los tres canales para que el lector pueda tener una apreciación lo más ajustada posible a la realidad; el análisis de la ayuda multilateral se hará junto con el de la multilateral y, a diferencia de las estadísticas publicadas por DGPOLDE, el apartado referido a la ayuda bilateral no incluirá la multilateral, salvo que para algún gráfico o tabla se señale lo contrario.

1.2. Datos generales de la AOD en 2009

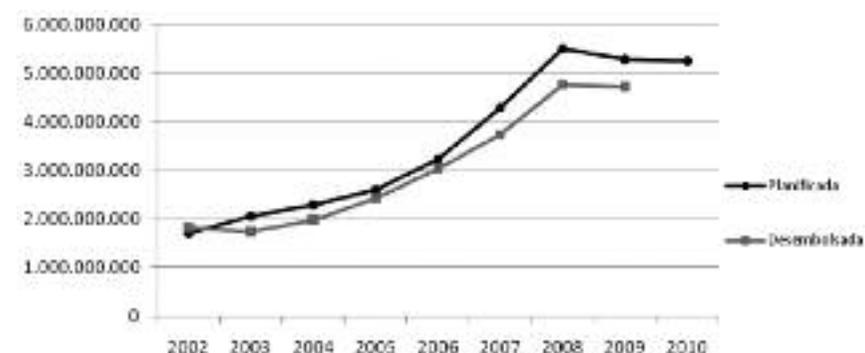
El PACI 2009 es el primero de la serie de documentos de planificación anual que concretarán el III Plan Director de la Cooperación Española. Las previsiones de AOD española que establecía para 2009 alcanzaban los 5.279,69 millones de euros, equivalente al 0,50% de nuestra renta nacional bruta.

En cuanto a la ejecución de la AOD durante 2009, la cifra total de ayuda ha sido de 4.728 millones de euros, lo que supone una ejecución inferior al 90 % de lo planificado. Aunque este porcentaje de ejecución es algo mejor al de los dos años precedentes, habría sido esperable que, en un panorama de interrupción de la tendencia de incremento de la AOD hacia el 0,7%, se hubiera al menos realizado una ejecución más próxima al 100 %. **Por primera vez desde 2003 se produce un descenso en la cifra total de AOD desembolsada** respecto al año anterior; aunque se trata de un descen-

2. Esto explica que, a partir del informe de seguimiento PACI 2007, en las fichas-sector que se incluyen en los anexos del mismo, se computan mayores cantidades de AOD multilateral en salud (120 + 130) tanto para el ejercicio 2007 como para los anteriores, cantidades que no coinciden con las analizadas en las ediciones precedentes de este informe.

so pequeño respecto al total de AOD (33 millones de euros), resulta preocupante, por un lado, como interrupción del período de expansión y, por otro, como posible preludio de una mayor disminución con los recortes de AOD anunciados por el Gobierno para 2010 y 2011. De hecho, de acuerdo al proyecto de Ley de Presupuestos Generales del Estado 2011 que ha sido presentado por el Gobierno³, la propuesta supone una reducción de la AOD que alcanzaría en 2011 la cifra total de 4.277 millones de euros, contando para ello con una aportación de la cooperación autonómica y local de unos 610 millones de euros, lo cual parece bastante improbable a la vista de las declaraciones hechas públicas por diversas administraciones de estos niveles. Por tanto, según ha señalado la Coordinadora de ONGD de España, se trataría del mayor retroceso de la AOD en España, con una planificación casi un 20 % inferior a la de 2009 y 2010.

GRÁFICO 3.1. EVOLUCIÓN DE LA AOD PLANIFICADA Y DESEMBOLSADA 2002-2009

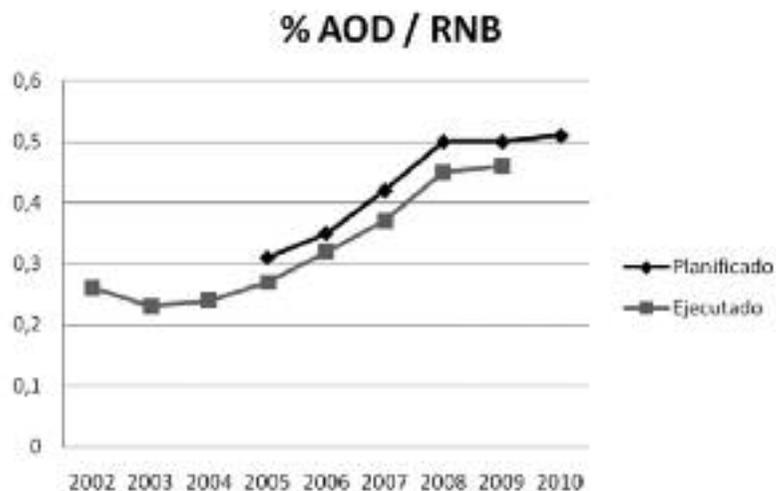


Fuente: elaboración propia a partir de los PACI y de los informes de seguimiento PACI.

En cuanto a la trayectoria en el compromiso hacia el 0,7% de la RNB para AOD que el Gobierno había comprometido para 2012 y el resto de partidos políticos con representación parlamentaria habían apoyado a través del Pacto de Estado contra la Pobreza, como podemos ver en el gráfico 3.2., no se ha alcanzado la previsión del 0,5% pero se produce un ligero aumento respecto al año anterior, alcanzando el 0,46%. La previsión del proyecto de PGE 2011 dejaría el esfuerzo español, en el mejor de los casos, en el 0,40% sobre la renta nacional bruta.

3. En fase de discusión y tramitación parlamentaria en el momento de elaborar este informe

GRÁFICO 3.2. EVOLUCIÓN DEL PORCENTAJE DE RNB PARA AOD, PLANIFICADO Y DESEMBOLSADO 2002-2009



Fuente: elaboración propia a partir de los PACI y de los informes de seguimiento PACI.

2. AOD EN SALUD EN 2009

2.1. Principales datos de la AOD en salud en 2009

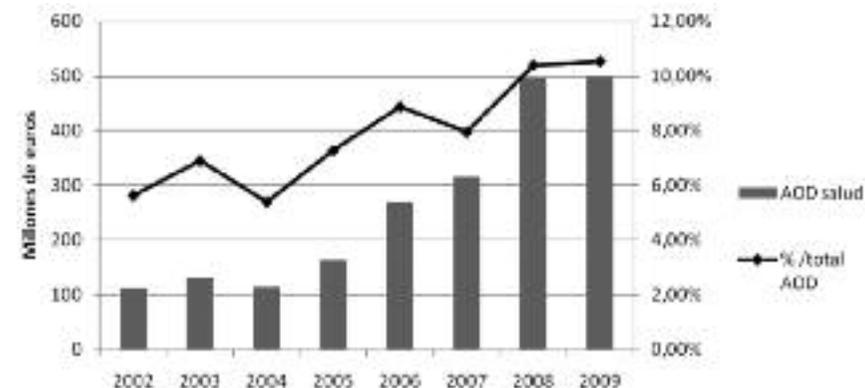
Las previsiones del PACI 2009 señalaban que se dedicarían a salud un total de 438.115.943 euros, es decir, el 8,3% del total de la AOD, y que el 31% de la ayuda en salud se canalizaría a través de ayuda multilateral, el 24,35% a través de ayuda multilateral y un 44,6% a través de ayuda bilateral.

Sin embargo, por lo que respecta a la ejecución real, en 2009 se han destinado 498.370.408 euros al sector salud, es decir, el 10,54 % del total de la AOD. Esto supone que, gracias a una mayor ejecución de lo que se había planificado, se mantiene tanto el monto como el peso relativo de la AOD en salud respecto al año anterior.

Como podemos ver en el gráfico 3.3., por primera vez desde que se aprobara el II Plan Director de la Cooperación Española se ralentiza el crecimiento de la AOD en salud que ha sido intenso en los años anteriores y que, sin embargo, en 2009 prácticamente se mantiene en un similar volumen de financiación que en 2008 y con un peso relativo

semejante en el total de la AOD. Dada la importancia que la cooperación española quiere dar al sector salud, tal y como se ha evidenciado durante el semestre de presidencia española de la Unión Europea, habría sido de esperar un incremento en el peso relativo.

GRÁFICO 3.3. EVOLUCIÓN DE LA AOD EN SALUD Y DEL PORCENTAJE SOBRE EL TOTAL DE AOD, 2002-2009



Fuente: elaboración propia a partir de los informes de seguimiento PACI.

En cuanto a los porcentajes por vía de canalización, como podemos ver en la tabla 3.1., que resume la AOD neta en salud de 2009, la ayuda bilateral ha supuesto el 31%, la multilateral el 39,5% y la multilateral el 29,2%, porcentajes sensiblemente diferentes a los planificados. Se reitera la tendencia de los últimos años de canalizar el mayor porcentaje de AOD a través de organismos multilaterales que, en 2009, suponen más del 68% de toda la ayuda en salud.

El Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación, con el 70% de toda la AOD en salud, vuelve a ser este año el principal agente financiador. Seguimos destacando un año más el pobre papel que en este sector de la cooperación juega el Ministerio de Sanidad.

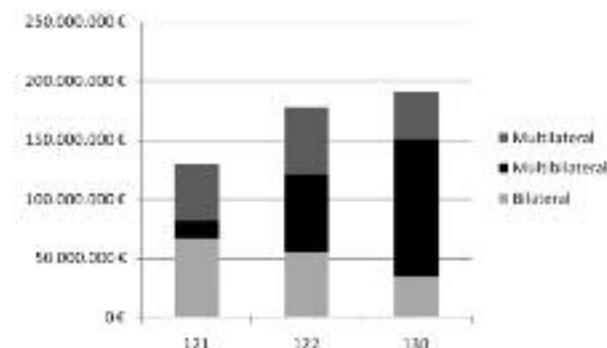
TABLA 3.1. RESUMEN DE LA AOD EN SALUD. 2009

Distribución total AOD en salud, España 2009						
Total AOD	Tipo AOD	Instrumentos	Actor financiador	Monto €		
Total AOD salud 498.370.408 € 100 %	AOD bilateral 155.835.203 € 31,27 %	No reembolsable 140.374.440 € 28,16 %	MAEC AECID - cooperación directa	40.414.003		
			MAEC AECID - ONGD	41.343.474		
			MCINN	1.350.000		
			MSPS	187.238		
			M. Defensa	157.848		
			Otros AGE (RTVE)	18.416		
			CCAA	45.343.058		
			EELL	10.868.470		
			Universidades	691.933		
			Reembolsable 15.460.763 € 3,1 %	MITC desembolsos FAD	25.640.249	
				MITC reembolsos FAD	- 10.179.486	
			AOD multilateral 197.013.36 € 39,53 %		Ministerio Asuntos Exteriores y Cooperación	193.138.812
					Ministerio Economía y Hacienda	285.918
					Ministerio Sanidad y Políticas Sociales	197.784
					Comunidades autónomas	3.286.648
Entes locales	100.000					
Universidades	4.200					
AOD multilateral 145.521.843 € 29,2 %		Ministerio Economía y Hacienda			68.004.120	
Ministerio Asuntos Exteriores y Cooperación		77.513.162				
Ministerio Sanidad y Políticas Sociales		4.560				

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de seguimiento del PACI 2009.

La canalización de AOD a través de organismos multilaterales de cooperación es más intensa en los subsectores de salud básica (122) y sobre todo en salud sexual y reproductiva (130), donde representa el 82%. Sin embargo, en el subsector de salud general (121), la ayuda bilateral es mayor a la multilateral y multilateral, con un peso relativo de casi el 52% del subsector.

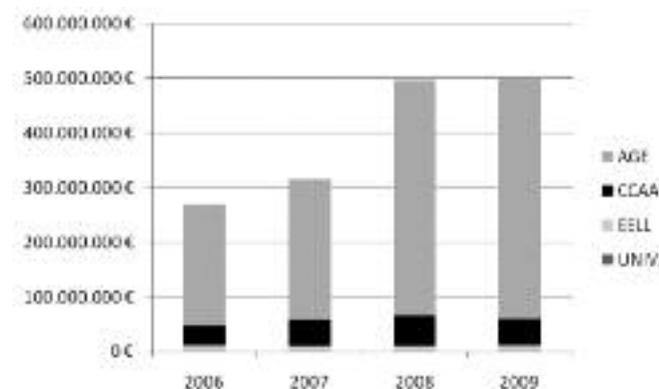
GRÁFICO 3.4. AOD EN SALUD POR SUBSECTORES Y CANALES, 2009



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de seguimiento del PACI 2009.

Este incremento basado principalmente en la canalización hacia organismos multilaterales ha supuesto también que, en los últimos años, los mayores incrementos de la AOD en salud se produzcan en la AGE, como podemos ver en el gráfico 3.5. Los entes locales han mantenido un nivel de financiación para el sector salud muy constante en los últimos cuatro años; las comunidades autónomas tuvieron una tendencia creciente en los tres primeros años de este período y en 2009 una disminución del 10,8% respecto a 2008.

GRÁFICO 3.5. EVOLUCIÓN DE LA AOD EN SALUD POR AGENTES. 2006-2009



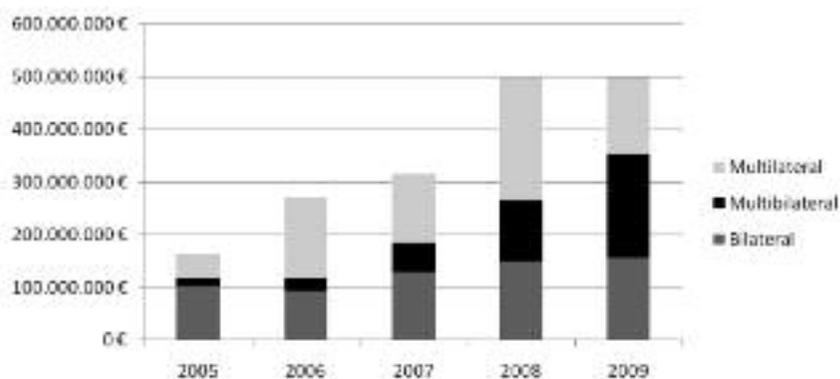
Fuente: elaboración propia a partir de los datos de seguimiento del PACI 2009.

2.2. Ayuda multilateral

2.2.1. Introducción

Dentro de la AOD española destinada al sector salud, el apartado de AOD canalizada a través de organismos multilaterales (multilateral y multilateral) ha crecido enormemente en los últimos cinco años. Mientras en 2004 este tipo de ayuda suponía sólo el 20% del total de AOD en salud, en 2008 llegó a alcanzar el 70% y en 2009 se quedó muy cerca de este porcentaje. El crecimiento experimentado por la cooperación española en el sector salud en los últimos años se ha apoyado fundamentalmente en los canales multilaterales (gráfico 3.6.), en 2006 y 2007 sobre todo en la ayuda multilateral, y en 2008 y 2009 en la ayuda multilateral, que ha llegado en 2009 a su cota máxima, con un peso relativo de casi el 40% de la AOD en salud.

GRÁFICO 3.6. EVOLUCIÓN DE LA AOD EN SALUD POR CANALES. 2005-2009



Fuente: elaboración propia a partir de los informes de seguimiento PACI.

Nos parece por ello relevante hacer un análisis más minucioso de la AOD multilateral en salud, recordando cuáles son sus referencias estratégicas, identificando cuáles están siendo de facto los socios preferentes e intentando analizar la coherencia de los más destacados respecto a las opciones estratégicas prioritarias de la cooperación española en salud.

2.2.2. Planificación estratégica de la AOD multilateral en salud

Como ya hemos señalado en años anteriores, la AOD multilateral en salud debería orientarse por los siguientes documentos de referencia:

- Estrategia sectorial de salud, en su versión aprobada en 2007.

- Estrategia de cooperación multilateral, aprobada en 2008.
- III Plan Director 2009-2012.

De ellos, aunque el III Plan Director es el último en el tiempo, es el de mayor jerarquía y, por tanto, en caso de discrepancia, sus criterios deberían prevalecer sobre los otros.

ESTRATEGIA SECTORIAL DE SALUD

Según el DES Salud, los socios prioritarios de la cooperación española en salud son los siguientes:

- En el ámbito de la cooperación multilateral y multilateral al desarrollo, para la cooperación española las **Naciones Unidas** son el marco preferente, dado su carácter universal, la amplitud de su mandato y su autoridad moral; sin embargo, en el cuatrienio 2005-2008, el Fondo Global de Lucha contra el Sida, Malaria y Tuberculosis (GFATM, por sus siglas en inglés), la Unión Europea (UE) y la Alianza GAVI (Global Alliance for Vaccines and Immunisation) han recibido más fondos que cualquiera de los organismos de la ONU, incluida la OMS.
- Se señala también que el **Banco Mundial** es uno de los primeros proveedores de recursos al sector salud y ejerce una labor de liderazgo importante en la gestión de los sistemas de salud, aunque es conveniente recordar que algunas de las políticas de salud promovidas por el Banco Mundial en el pasado (por ejemplo, privatización) son contrarias a las opciones estratégicas de la cooperación española en este sector.
- Entre los instrumentos multilaterales destacan también los **fondos globales**, que han ido ocupando en estos últimos años un espacio de enorme importancia política y financiera, dentro del impulso que han cobrado las alianzas público-privadas o partenariados público-privados en la escena global. La estrategia trata con más detalle el GFATM y GAVI.

El DES Salud señala que la gran mayoría de las alianzas público-privadas están relacionadas con enfermedades infecciosas y muy pocas se dirigen hacia enfermedades no transmisibles o hacia sistemas de salud per se.

Según el DES Salud, se deben establecer criterios que permitan que la utilización de estos fondos tenga un impacto real sobre la mejora sostenida de la salud de las poblaciones, que contribuyan a la lucha contra la pobreza, que cumplan los principios de eficacia de la ayuda y buenas prácticas definidas en el ámbito internacional, y que se articulen con el conjunto de principios, objetivos y líneas de la estrategia de cooperación en salud española.

Dado que para la cooperación española el fortalecimiento de los sistemas públicos de salud es una línea estratégica, es esencial que, a la hora de valorar las aportaciones y la implicación en el GFATM y otros fondos verticales, se tenga en cuenta el posible impacto de éste sobre los sistemas de salud.

ESTRATEGIA MULTILATERAL

La estrategia de cooperación multilateral identifica como socios preferentes de la cooperación española en el sector salud los siguientes: OMS/OPS, Banco Mundial, bancos regionales de desarrollo, GFATM, PNUD, UNICEF, FNUAP y ONUSIDA. La estrategia da algunas indicaciones de detalle sobre la colaboración con OMS, FNUAP y fondos globales.

La cooperación española trabajará con la **OMS** en los siguientes objetivos:

- 1) Liderazgo político y científico en materia de salud pública en los países en desarrollo.
- 2) Apoyo a los sistemas nacionales de salud.

La colaboración y las contribuciones de España a la OMS y a la OPS se concentrarán en las siguientes áreas:

- Fortalecimiento de los sistemas de salud, basados en estrategias de atención primaria.
- Lucha contra las enfermedades olvidadas.
- Mejora de la salud de la mujer.
- Programa de erradicación de la polio.
- Desarrollo de sistemas de alerta y respuesta ante enfermedades y desastres.
- Estudio y prevención de los vínculos entre cambio climático y salud.

El **FNUAP**, organismo adscrito al PNUD que goza de cierta autonomía, es la organización internacional de referencia en la promoción de los derechos reproductivos y la salud reproductiva; presta apoyo a los gobiernos para la formulación de políticas de población basadas en esos derechos.

Tiene tres objetivos estratégicos: acceso universal a la salud reproductiva, incluyendo los servicios de planificación familiar; el apoyo a los países para que puedan afrontar la interacción entre las dinámicas de población, el desarrollo sostenible y la lucha contra la pobreza; y la igualdad de género y el empoderamiento de la mujer.

El apoyo de España a FNUAP responde a los siguientes objetivos:

- 1) Promover e implementar los ODM relacionados con los derechos y la salud reproductiva.
- 2) Acceso universal a los servicios de salud reproductiva y los métodos anticonceptivos; la reducción de la mortalidad materna por todas las causas, incluyendo el aborto clandestino y la prevención del VIH/sida.
- 3) Promover una actuación más coordinada e integrada del FNUAP en la actuación del conjunto de organismos de Naciones Unidas a nivel nacional.

Según la estrategia multilateral, el surgimiento de **fondos globales** está contribuyendo a una mayor fragmentación de los canales de ayuda, lo que impone cargas adicionales a los países receptores. Además, al ser fondos verticales dedicados a problemáticas concretas, estas iniciativas pueden carecer de una perspectiva integral del desarrollo de los

países, pasando por alto las interacciones entre diferentes sectores y debilitando en ocasiones la capacidad de las administraciones nacionales para ejecutar los fondos. Esto es especialmente pronunciado en el sector salud, donde se concentra el mayor número de fondos globales.

La cooperación española ha apoyado desde el inicio la creación de los principales fondos globales. En los últimos años, España ha aportado importantes cantidades al GFATM y a GAVI (de hecho, en el cuatrienio 2006-2009 han recibido el 42% de la AOD multilateral y multilateral en salud). También es miembro fundador de IFFIm. Además, aunque no se ha establecido ninguna tasa a los billetes aéreos, España apoya financieramente las actuaciones de UNITAID.

Según la estrategia multilateral, la cooperación española seguirá apoyando los fondos globales en la medida en que se revelen eficaces en la recaudación de fondos y para abordar determinadas problemáticas específicas. A su vez, la cooperación española trabajará para:

- a) Mejorar la efectividad y la sostenibilidad de los programas y fondos globales.
- b) Promover una mayor complementariedad, coordinación y alineamiento entre la ayuda vertical de los mismos con los programas país y los planes de desarrollo nacionales.

III PLAN DIRECTOR

Según el III PD, los principios y objetivos que rigen el compromiso de un país con el desarrollo son los que también deben inspirar su acción multilateral de desarrollo. La política multilateral de cooperación al desarrollo no debiera entenderse como un ámbito autónomo de la política de cooperación, sino como un componente esencial de la misma.

Las tareas promovidas en el ámbito multilateral, en coherencia con la política de cooperación al desarrollo, se adaptarán a la misión, ámbito de trabajo y características propias de cada organismo en cuestión, aprovechando la especialización respectiva de cada una de estas instituciones. Todo lo anterior conlleva que las posiciones que España adopte en este ámbito requieren de un activo proceso de justificación y construcción de alianzas si se quiere que finalmente prosperen.

El Plan Director reconoce que la apuesta española por un mayor multilateralismo durante los últimos cuatro años no ha estado exenta de dificultades. El incremento rápido de los recursos multilaterales, el elevado número de fondos multilaterales a los que se ha recurrido y la rigidez administrativa del instrumento a través de los que se han canalizado el grueso de los fondos han supuesto un enorme desafío de gestión y coordinación para la administración, ha dificultado su seguimiento y evaluación y, en definitiva, ha debilitado la dimensión estratégica de la alternativa multilateral.

La apuesta fundamental de la cooperación española será la consolidación de la posición de España en los foros multilaterales, la puesta en marcha de la estrategia multi-

lateral y la creación y reforzamiento de los recursos humanos y organizativos para lograr una adecuada gestión, seguimiento y evaluación de los fondos multilaterales.

Se apoyarán primordialmente a aquellos organismos internacionales más comprometidos con ello y, en particular, con el desarrollo humano y sostenible, la lucha contra la pobreza y la promoción del ejercicio pleno de los derechos.

La selección de los organismos multilaterales se basará en los criterios establecidos en la estrategia multilateral, que se agrupan en cuatro grandes ámbitos:

1. Contribución a la gobernanza del sistema internacional de cooperación al desarrollo y a la provisión de bienes públicos globales y regionales.
2. Complementariedad entre las organizaciones multilaterales y la cooperación española.
3. Relevancia en términos de movilización de recursos y financiación del desarrollo.
4. Calidad, eficacia y eficiencia de las actividades de los organismos multilaterales, incluida la capacidad de evaluación de sus propias actuaciones y la adopción de recomendaciones.

La cooperación española trabajará para fortalecer la eficacia y eficiencia de los organismos multilaterales de desarrollo, especialmente de aquellos que se escojan como socios preferentes, aumentando el carácter estratégico de nuestras contribuciones lo que inevitablemente deberá implicar:

- a) Consolidación o potenciación de las llamadas contribuciones regulares o *core funding*, no marcadas, que apoyan la ejecución de las estrategias de los organismos y, por tanto, la consecución de los objetivos globales de los mismos, avanzando así en el reforzamiento del sistema multilateral.
- b) Limitación de la creación de fondos bilaterales en los OМУDES, particularmente los de la ONU, salvo para casos prioritarios y justificados.

El III Plan Director establece que la cooperación española trabajará para mejorar la previsibilidad en los recursos a los organismos multilaterales. Para ello, se preveía que a lo largo del año 2009 se realizaría una planificación plurianual de las aportaciones multilaterales con algunas de las principales agencias de Naciones Unidas para el periodo 2009-2012, y que se negociaría durante 2009 y 2010 acuerdos de asociación con los organismos multilaterales considerados preferentes (hasta el momento se han establecido acuerdos de asociación con UNICEF, UNIFEM y PNUD, y se está preparando otro con FNUAP).

La otra gran prioridad de la cooperación multilateral será mejorar la complementariedad entre la ayuda bilateral y la multilateral en el terreno. Durante el periodo de vigencia del III Plan Director se profundizarán los mecanismos de seguimiento y evaluación de los fondos y programas financiados por España en los OМУDES. Será fundamental dotar de un papel más relevante a las misiones, embajadas y representaciones permanentes de España acreditadas ante los OМУDES.

Según el III Plan Director, al comienzo de cada año se elaborará un breve documento de programación presupuestaria anual que definirá las directrices y líneas maestras de dicho presupuesto concernientes a la distribución de gasto por grupos de organismos, por instrumentos, geográficos y sectoriales, así como otros indicadores de resultados relevantes. Además, el Gobierno elaborará un informe anual de acción multilateral, que será presentado y debatido en el seno de la Comisión de Cooperación del Congreso de los Diputados y en la Comisión de Cooperación Internacional para el Desarrollo del Senado, dando cuenta de las actuaciones y desembolsos realizados (está disponible el informe referente a 2009, con la salvedad de que solamente trata la AOD multilateral gestionada por el Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación, no la del conjunto de la AGE).

La cooperación española trabajará también conjuntamente con los OМУDES para el desarrollo de los objetivos estratégicos del sector salud, con los organismos que son referencia en este ámbito (OMS, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida –ONUSIDA– y Fondo de Naciones Unidas de Apoyo a la Población –FNUAP–), con especial atención a los fondos globales de salud (Fondo Global para la Lucha contra el Sida, la Malaria y la Tuberculosis, Alianza Global para las Vacunaciones e Inmunizaciones –GAVI Alliance–, etc.), a mecanismos innovadores de financiación (IFFIM/AMC) y asociaciones público-privadas.

La aparición de numerosas iniciativas de este tipo debe llevar a definir una serie de criterios que permitan orientar la participación española en estas iniciativas. Por ello, la cooperación española colaborará con los organismos multinacionales y asociaciones público-privadas que reúnan los siguientes criterios:

- Los criterios definidos en la política sectorial multilateral.
- Que tengan los mismos objetivos específicos que la cooperación española en salud.
- Que tengan un claro enfoque de derechos humanos.
- Que tengan un claro enfoque de género.
- Que compartan los objetivos de aumentar la eficacia de la ayuda y de liderazgo del sistema público de salud.
- Que tengan órganos de gobiernos democráticos y equitativos en relación con el género.
- Que, aunque tengan una orientación hacia enfermedades o grupos de población determinados, compartan la necesidad de fortalecer el sistema público de salud.

2.2.3. Principales socios preferentes de la cooperación española en el ámbito multilateral en el sector salud

Como hemos podido apreciar en el breve repaso realizado sobre los documentos de planificación que constituyen la referencia estratégica para orientar la cooperación multi-

lateral en salud, cada uno de los documentos contiene diferentes referencias en cuanto a quiénes deben ser los socios preferentes de nuestra cooperación en salud en el ámbito multilateral. Aunque existen algunas coincidencias fundamentales entre los tres documentos referidos (OMS/OPS, FNUAP, ONUSIDA, GFATM), como podemos ver en la tabla 3.2.⁴, las coincidencias no son tan amplias como cabría esperar y no en todos los casos hay una correspondencia entre las prioridades declaradas y el destino de los fondos.

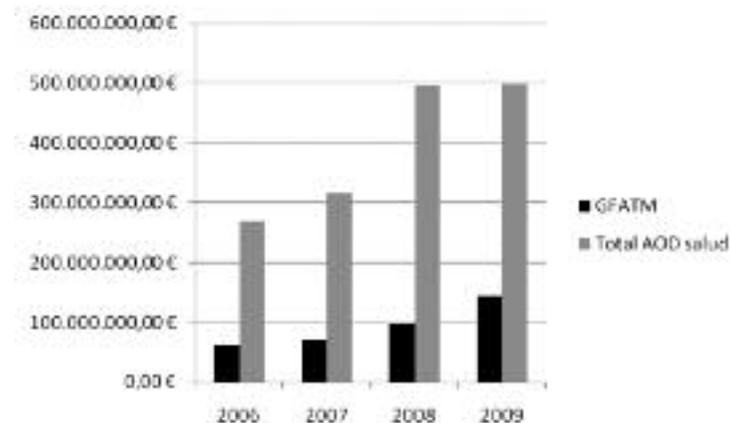
TABLA 3.2. ORGANISMOS MULTILATERALES HACIA LOS QUE SE HA CANALIZADO PRIORITARIAMENTE LA AOD ESPAÑOLA EN SALUD EN EL PERÍODO 2006-2009				
	Total 2006-2009	Socios preferentes según		
		DES salud	DES multilateral	III PD
GFATM	375.135.402,00 €	x	x	x
OMS/OPS	113.945.337,00 €	x	x	x
CE + FED	124.618.359,00 €			
FNUAP	87.148.036,00 €	x	x	x
GAVI-IFFIM	65.839.500,00 €	x		x
PNUD	56.325.314,00 €	x	x	
UNITAID	45.000.000,00 €			
BM	36.154.475,00 €	x	x	
ONUSIDA	36.100.879,00 €	x	x	x
UNICEF	35.953.505,00 €	x	x	
UNDG	19.615.450,00 €	x		
CEDEAO	10.500.000,00 €			
DNDi	7.500.000,00 €			x
BAFD	6.093.370,00 €		x	
MMV	6.000.000,00 €			
IAVI	3.000.000,00 €			
Otros 21 OМУDES y alianzas con menos de 3 M € en el período	18.895.660,00 €			
TOTAL	1.047.825.287,00 €			

Fuente: elaboración propia a partir de los documentos estratégicos de referencia y de los datos de seguimiento de AOD multilateral y multilateral del período señalado.

Estos datos nos permiten ver que en el período 2006-2009 gran parte de los fondos de la AOD española en salud se han canalizado hacia el Fondo Global de Lucha contra el Sida, la Malaria y la Tuberculosis (GFATM), en concreto, el 35,8% del total. Como podemos ver en el gráfico 3.7., la evolución del peso relativo del GFATM en la AOD española en salud ha sido muy notable en estos últimos años.

4. En esta tabla se presentan de forma agregada los datos de AOD multilateral y multilateral del período 2006 a 2009, período en el que se ha producido un incremento significativo de la AOD canalizada a través de organismos multilaterales.

GRÁFICO 3.7. EVOLUCIÓN DEL MONTO DE AOD EN SALUD Y DE LOS FONDOS CANALIZADOS A TRAVÉS DEL GFATM. 2006-2009



Fuente: elaboración propia a partir de los informes de seguimiento del PACI 2006 a 2009.

Al respecto conviene hacer una reflexión sobre la trayectoria del GFATM para intentar establecer la pertinencia y coherencia de este gran peso relativo.

Hace ya varios años, con motivo de la XV Conferencia Internacional sobre el Sida, se airearon las discrepancias de criterio entre ONUSIDA y el Fondo Global así como las críticas a este Fondo en torno a diferentes aspectos, como el hecho de que trabajadores sanitarios renunciaran a sus puestos para obtener empleos mejor pagados en programas de VIH o el hecho de que proliferaran programas 'verticales' enfocados solamente en el VIH y que están deficientemente integrados en los sistemas de salud⁵.

En los años posteriores, el Fondo Global incluyó entre las acciones para financiar intervenciones orientadas al fortalecimiento de sistemas de salud; en 2006 lo hizo en pequeña cuantía, pero en 2007 (ronda 7) se destinaron más de 360 millones de dólares, que representan algo menos del 4% de la financiación del Fondo.

En junio de 2008, la evaluación externa que cada cinco años se realiza sobre el trabajo del Fondo Global⁶ encontró que las contribuciones del Fondo para fortalecer los sistemas de salud están sistemáticamente limitadas por actividades no armonizadas y no alineadas. Se señalaba que, aunque la orientación impartida para las propuestas de fortalecimiento de sistemas de salud había evolucionado para reflejar el pensamiento emer-

5. <http://www.elmundo.es/elmundosalud/2004/07/14/hepatitissida/1089801162.html>

6. http://www.theglobalfund.org/documents/terg/TERG_SA2_MACROReport.pdf

gente de otros socios clave, tales como la OMS, el reto seguía siendo que la capacidad de los programas de salud por sí mismos en cada país era débil específicamente en el área de diseño de acciones estratégicas de fortalecimiento de los sistemas de salud. Según la evaluación, la eficacia de la financiación del Fondo Mundial puede verse negativamente afectada ya que sus acciones en este ámbito suelen caracterizarse por un mal diseño, debilidad de seguimiento y evaluación y poca armonización con las iniciativas globales de fortalecimiento de los sistemas de salud.

La evaluación externa recomendaba que la Junta del Fondo Global debía definir su política en materia de financiación de actividades de fortalecimiento de sistemas de salud, incluyendo si y en qué condiciones la infraestructura física y los costos recurrentes (como las transferencias para el pago de salarios) deberían ser objeto de financiación mediante donaciones, y señalaba que la decisión de qué aspectos del fortalecimiento de los sistemas de salud financiará el Fondo debe informar y estar informada por las decisiones de otros socios en la arquitectura mundial del desarrollo.

En apoyo a la definición del papel del Fondo Global en el fortalecimiento de sistemas de salud, la evaluación también recomendaba que el Comité de Política y Estrategia y la Secretaría del Fondo debían desarrollar con urgencia una estrategia para la creación de capacidad a largo plazo para ayudar a mantener los beneficios de las inversiones del Fondo Mundial en el fortalecimiento de sistemas después de la finalización de las donaciones. Esta estrategia debería ser desarrollada con los socios relevantes y sería deseable que incluyera áreas específicas tales como la gestión de compras y suministros, seguimiento y evaluación y gestión financiera, y también debería incluir planes para los esfuerzos de alineamiento y armonización, para maximizar los efectos del fortalecimiento de capacidades más allá de las donaciones del Fondo.

Con posterioridad a esta evaluación, el Fondo Global de Lucha contra el Sida, la Malaria y la Tuberculosis se ha asociado con otras instituciones para trabajar de forma conjunta en el fortalecimiento de sistemas de salud, creando para ello una plataforma. La Plataforma para la Financiación de Sistemas de Salud (Health Systems Funding Platform) ha sido creada en 2009 entre varias instituciones asociadas para su desarrollo, como la Alianza GAVI, el Fondo Mundial y el Banco Mundial, con la facilitación y asesoría de la OMS, para mejorar la forma de trabajar juntos en los países y con la finalidad principal de acelerar el progreso hacia los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud.

La citada plataforma hará posible que los países puedan utilizar fondos ya existentes y nuevos de forma eficaz para el fortalecimiento de sistemas de salud y ayudarles a acceder a los fondos de los donantes de una forma menos complicada y más alineada con sus propios procesos nacionales. Se basa en los principios de IHP+ y en la Declaración de París sobre Eficacia de la Ayuda. Trabaja en los países centrada en los resultados y dando participación a los grupos relevantes, incluida la sociedad civil y el sector pri-

vado. Siguiendo el planteamiento de IHP+, se basa en el apoyo a tres elementos clave en los países:

- i. Un plan nacional de salud.
- ii. Una gestión financiera y de compras con auditoría compartida.
- iii. Un marco de evaluación de desempeño, un informe anual compartido vinculado a una revisión anual conjunta y alineada con los ciclos nacionales, y un sistema de seguimiento y evaluación

En el Foro sobre Salud Global, celebrado en septiembre de 2010 en Bruselas, con más de 50 representantes del mundo académico, instituciones dedicadas a la investigación, Naciones Unidas, Cruz Roja, representantes de iniciativas globales como el propio Fondo Mundial y GAVI, la sociedad civil –incluyendo ONG– e instituciones privadas, en el que se hizo una presentación de la plataforma, se criticó su enfoque paralelo al resto de iniciativas, la falta de integración con los sistemas de salud y se cuestionó el motivo por el cual no se siguen los principios de la eficacia de la ayuda en cuanto a la alineación y armonización de la AOD.

Por tanto, y en relación con una de las opciones estratégicas clave para la cooperación española como es el fortalecimiento de sistemas de salud, la actuación del Fondo Global sigue recibiendo importantes cuestionamientos. La cooperación española debería analizarlo en profundidad antes de seguir incrementando el volumen de fondos que canaliza hacia él.

Sería conveniente hacer similares reflexiones sobre algunos de los otros socios preferentes, de facto, de la cooperación española en el sector salud.

2.2.4. AOD multilateral y multilateral en salud en 2009

Como hemos señalado al inicio de este capítulo, en 2009 la AOD multilateral y multilateral consideradas en conjunto han supuesto casi el 70% de toda la AOD en salud.

La **ayuda multilateral** en salud ascendió a 145,5 millones de euros. De su distribución por agentes y por organismos receptores (tabla 3.3.) podemos destacar algunos aspectos:

- El Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación es el principal agente financiador de ayuda multilateral en salud en 2009, con el 53,27%.
- Las aportaciones al presupuesto de la Comisión Europea para cooperación al desarrollo y al FED reciben la mayor cantidad de AOD multilateral para el sector salud, el 30%.
- Después de la financiación a la UE, de la OMS y el Banco Mundial, el mayor aporte es el realizado a UNITAID, que recibe el 10% del total.
- La ayuda multilateral ha descendido considerablemente respecto a 2008, año en que se canalizaron por esta vía 231 millones de euros, lo cual se explica por una mayor canalización por la vía multilateral.
- En consecuencia, la distribución de la AOD multilateral entre organismos receptores es

sensiblemente diferente a la de 2008, decreciendo el peso de la financiación del Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación hacia otros organismos fuera del ámbito de Naciones Unidas, financiación que, como veremos más adelante, se ha canalizado a través de ayuda multilateral.

TABLA 3.3. DISTRIBUCION DE LA AOD MULTILATERAL EN SALUD SEGÚN AGENTE Y RECEPTOR. 2009

AGENTE	ORGANISMOS RECEPTORES	CANTIDAD €	%
MAEC SECI	NACIONES UNIDAS	45.232.433 €	31,08%
	FIDA - Fondo Internacional para el Desarrollo Agrícola	370.211 €	0,25%
	FNUAP - Fondo de Población de NNUU	14.000.000 €	9,62%
	OMS - Organización Mundial de la Salud	23.255.020 €	15,98%
	ONUSIDA - Programa conjunto de NNUU sobre el sida	3.388.543 €	2,33%
	PNUD - Programa de NNUU para el Desarrollo	1.378.689 €	0,95%
	UNICEF - Fondo de NNUU para la Infancia	2.839.970 €	1,95%
	OTROS ORGANISMOS	32.280.729 €	22,18%
	AIM - Alianza Internacional de Microbicidas	1.500.000 €	1,03%
	GFATM - Fondo Global contra el Sida, Malaria y Tuberculosis	1.500.000 €	1,03%
	IaVI - Iniciativa Internacional para la vacuna del sida	3.000.000 €	2,06%
	IFFIm - Facilidad Financiera Internacional para la Inmunización	9.475.000 €	6,51%
	IPPF - Federación Internacional de Planificación Familiar	1.000.000 €	0,69%
	OIM - Organización Internacional de las Migraciones	805.729 €	0,55%
	UNITAID - Facilidad Internacional de Compra de Medicamentos	15.000.000 €	10,31%
	SUBTOTAL MAEC	77.513.162 €	53,27%
	MEH	INSTITUCIONES FINANCIERAS	24.147.726 €
BM AIF - Asociación Internacional de Fomento Banco Mundial		20.531.788 €	14,11%
BAfD - Banco Africano de Desarrollo		2.775.230 €	1,91%
BAsD - Banco Asiático de Desarrollo		840.708 €	0,58%
UNION EUROPEA		43.856.394 €	30,14%
Comisión Europea - Cooperación internacional al desarrollo		34.290.605 €	23,56%
FED - Fondo Europeo de Desarrollo		9.565.789 €	6,57%
SUBTOTAL MEH	68.004.120 €	46,73%	
MSPS	OMS - Organización Mundial de la Salud	4.560 €	0,00%
	SUBTOTAL MSPS	4.560 €	0,00%
TOTAL AOD MULTILATERAL EN SALUD	145.521.842 €	100%	

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de seguimiento del PACI 2009.

Todas las contribuciones son voluntarias salvo las aportaciones a CE y FED, a IPPF y una parte de la OMS (7.495.020 euros) que son contribuciones obligatorias.

La ayuda multilateral en salud fue considerablemente mayor en 2009 que en 2008, llegando casi a los 200 millones de euros, de los cuales el 98% fueron aportados por el Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación, principalmente a través del FAD cooperación.

TABLA 3.4. DISTRIBUCION DE AOD MULTILATERAL EN SALUD SEGÚN AGENTES. 2009

AGENTES	CANTIDAD €	%
MAEC SECI (FAD Cooperación)	177.078.594 €	89,88%
MAEC AECID	16.060.219 €	8,15%
MEH	285.918 €	0,15%
MSPS	197.784 €	0,10%
Comunidades autónomas	3.286.648 €	1,67%
Entidades locales	100.000 €	0,05%
Universidades	4.200 €	0,00%
TOTAL	197.013.363 €	100%

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de seguimiento del PACI 2009.

El 100% de las aportaciones de la AGE han sido para fondos fiduciarios.

En cuanto a los organismos receptores de estos fondos, el 72,46% de la ayuda multilateral se destinó al Fondo Global contra el Sida, la Malaria y la Tuberculosis. Salvo los casos de FNUAP (9,72%) y OPS (6,73%), el resto de organismos reciben aportaciones relativamente pequeñas, comparadas con la aportación al GFATM.

TABLA 3.5. DISTRIBUCION DE AOD MULTILATERAL EN SALUD SEGÚN ORGANISMO RECEPTOR. 2009

ORGANISMOS RECEPTORES	CANTIDAD €	%
GFATM	142.747.594 €	72,46%
FNUAP	19.156.531 €	9,72%
OPS	12.540.000 €	6,37%
UNICEF	6.875.427 €	3,49%
DNDi	5.000.000 €	2,54%
MMV - Medicines for Malaria Venture	3.000.000 €	1,52%
UNRWA	2.370.000 €	1,20%
OMS	2.313.784 €	1,17%
OIEA	820.000 €	0,42%
PNUD	600.000 €	0,30%
CEDEAO	500.000 €	0,25%
ONUSIDA	400.000 €	0,20%
Banco Mundial	285.918 €	0,15%
OEA - Organización de Estados Americanos	161.709 €	0,08%
ACNUR	112.000 €	0,06%
ONDUC - Oficina de NNUU contra la Droga y el Delito	89.000 €	0,05%
OEI - Organización de Estados Iberoamericanos	37.200 €	0,02%
UE	4.200 €	0,00%
TOTAL	197.013.363 €	100%

Fuente: Elaboración propia a partir de datos seguimiento PACI

Si hacemos el análisis de la **agregación de la AOD multilateral y multilateral**, el Fondo Global contra el Sida, la Malaria y la Tuberculosis acapara el 42% del total, es decir, 144 millones de euros. Según la estrategia sectorial de salud, que se hace eco del comentario de que las grandes cantidades de financiación canalizadas hacia este tipo de fondos podrían debilitar -más que fortalecer- los sistemas de salud de los países socios, a la hora de valorar las aportaciones y la implicación en el GFATM es esencial que se tenga en cuenta el posible impacto de éste sobre los sistemas de salud, dado que para la cooperación española el fortalecimiento de los sistemas públicos de salud es una línea estratégica.

Como podemos ver en la tabla 3.6., entre los 10 principales organismos receptores de este tipo de ayuda, más de la mitad de la AOD se canaliza a través de alianzas público-privadas y sólo una cuarta parte a través de organismos, agencias o programas de Naciones Unidas que, según el DES Salud, son el marco preferente para este tipo de ayuda. Este dato reafirma la preocupación ya manifestada en anteriores ediciones del informe, en el sentido de que se está desarrollando un nuevo multilateralismo en la cooperación sanitaria, al margen de los organismos de Naciones Unidas, basado principalmente en asociaciones público-privadas que van ganando cada vez más peso y pueden debilitar el rol de rectoría y coordinación que debería tener la OMS en el establecimiento de políticas y prioridades globales.

TABLA 3.6. PRINCIPALES ORGANISMOS RECEPTORES DE AOD MULTILATERAL Y MULTIBILATERAL EN SALUD, 2009

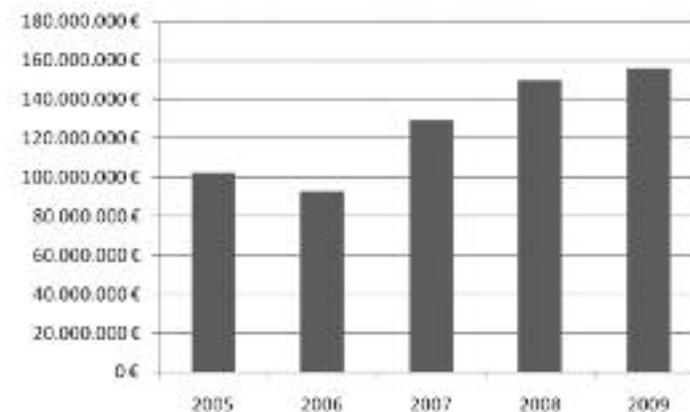
	CANTIDAD €	%
GFATM	144.247.593 €	42,11%
CE+FED	43.860.594 €	12,80%
OMS/OPS	38.113.364 €	11,13%
FNUAP	33.156.531 €	9,68%
BM	20.817.706 €	6,08%
UNITAID	15.000.000 €	4,38%
UNICEF	9.715.397 €	2,84%
GAVI-IFFIM	9.475.000 €	2,77%
DNDi	5.000.000 €	1,46%
ONUSIDA	3.788.543 €	1,11%

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de seguimiento del PACI 2009.

2.3. Ayuda bilateral

La AOD bilateral destinada a salud (sin incluir la ayuda multilateral o bilateral canalizada vía OMUDES) fue en 2009 de 155.835.203 euros, que representa el 31% de la AOD en salud, lo que supone un ligero incremento con respecto al año anterior y, por tanto, este tipo de ayuda sigue creciendo desde 2006.

GRÁFICO 3.8. EVOLUCIÓN DE LA AOD BILATERAL EN SALUD, 2005-2009



Fuente: elaboración propia a partir de los informes de seguimiento PACI.

La ayuda bilateral en salud sigue diversas vías de canalización, tanto a través de entidades públicas como privadas, lucrativas y no lucrativas, del país donante y de los países socios. Como podemos ver en la tabla 3.7., las ONGD españolas canalizan el mayor porcentaje de este tipo de ayuda con algo más del 55% de la AOD bilateral en salud.

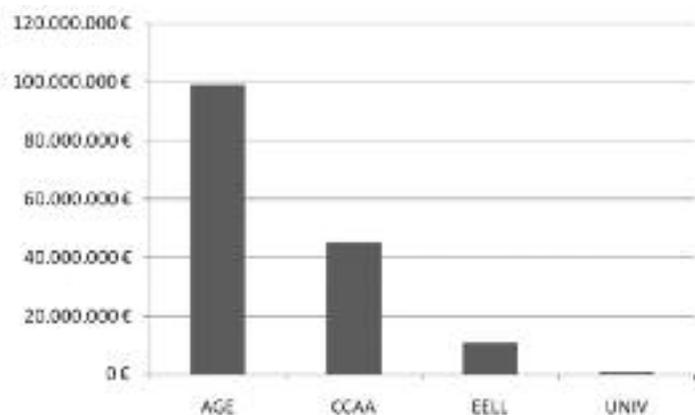
TABLA 3.7. VÍAS DE CANALIZACIÓN DE LA AOD BILATERAL EN SALUD, 2009.

VÍAS DE CANALIZACIÓN	MONTO €	%
Entidades públicas del país donante	14.498.373 €	9,30%
Entidades públicas del país socio	44.800.965 €	28,75%
Entidades públicas de otro país socio (coop. triangular)	345.900 €	0,22%
ONGD internacionales	4.454.552 €	2,86%
ONGD nacionales (del país donante)	86.682.676 €	55,62%
ONGD del país socio	634.681 €	0,41%
Otras entidades sin ánimo de lucro del país donante	1.972.262 €	1,27%
Otras entidades sin ánimo de lucro del país socio	1.982.424 €	1,27%
Entidades con ánimo de lucro del país donante (empresas/consultorías/universidades privadas etc.)	224.409 €	0,14%
Otras entidades	162.270 €	0,10%
Sin clasificar	76.691 €	0,05%
TOTAL	155.835.203 €	100%

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de seguimiento del PACI 2009.

En cuanto a los **agentes financiadores** de la AOD bilateral en salud, la Administración General del Estado (AGE) aporta el 63,5%; las comunidades autónomas (CCAA), el 29%; las entidades locales (EELL), el 7%; y las universidades, el 0,45%.

GRÁFICO 3.9. DISTRIBUCIÓN DE LA AOD BILATERAL EN SALUD POR AGENTES FINANCIADORES, 2009



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de seguimiento del PACI 2009.

Dentro de la AGE, el mayor aporte corresponde al Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación – AECID, con el 82,64% y al MITC con el 15,63%. El resto son pequeños aportes de MCINN, MSPS (con apenas el 0,2%), Defensa y RTVE.

Por subsectores, la AOD bilateral en salud se distribuyó del siguiente modo: 43% para salud general (121), 35% para salud básica (122) y 22% para salud sexual y reproductiva (130). Se aprecia, por tanto, respecto al año anterior, un aumento importante en salud general (más del doble) y una disminución notable (un 50%) en salud básica, mientras se mantiene bastante homogéneo (con una reducción del 10%) el aporte a salud sexual y reproductiva. Estas tendencias que se observan en la AOD bilateral se dan también en la AOD total en salud.

La desagregación por componentes CRS permite observar que la mayor asignación de ayuda bilateral (casi un tercio del total) se destina al componente de política sanitaria y gestión administrativa, subsector que debe apoyar de forma más clara el fortalecimiento de los sistemas de salud, y se produce una considerable disminución en el componente de infraestructura sanitaria básica, que en 2008 recibió casi el doble de fondos. Debemos destacar el escaso peso que la planificación familiar tiene tradicionalmente en la cooperación española.

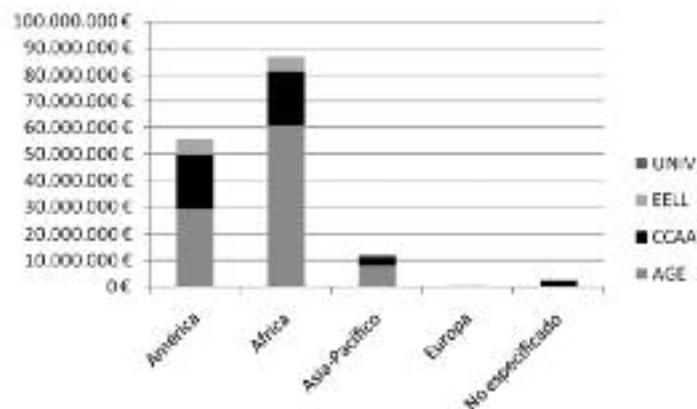
TABLA 3.8. AOD BILATERAL EN SALUD POR COMPONENTES CAD-CRS, 2009

DESEMBOLSOS			
CÓDIGO CRS	PROYECTO	Monto €	IDH
121	Salud general	67.021.081 €	43,01%
12110	Política sanitaria y gestión administrativa	48.426.211 €	31,08%
12181	Enseñanza y formación médicas	543.771 €	0,35%
12182	Investigación médica	5.379.484 €	3,45%
12191	Servicios médicos	12.671.615 €	8,13%
122	Salud básica	54.610.846 €	35,04%
12220	Atención sanitaria básica	14.950.414 €	9,59%
12230	Infraestructura sanitaria básica	18.208.714 €	11,68%
12240	Nutrición básica	8.449.254 €	5,42%
12250	Control enfermedades infecciosas	5.262.253 €	3,38%
12261	Educación sanitaria	1.450.767 €	0,93%
12262	Control de la malaria	652.000 €	0,42%
12263	Control de la tuberculosis	629.213 €	0,40%
12281	Formación personal sanitario	5.008.231 €	3,21%
130	Salud sexual y reproductiva	34.203.276 €	21,95%
13010	Políticas de población y gestión administrativa	407.928 €	0,26%
13020	Atención en salud reproductiva	22.185.672 €	14,24%
13030	Planificación familiar	408.949 €	0,26%
13040	Lucha ETS, incluido VIH	8.897.709 €	5,71%
13081	Formación de personal en población y salud reproductiva	2.303.018 €	1,48%
TOTAL		155.835.203 €	100,00%

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de seguimiento del PACI 2009.

En cuanto a la **orientación geográfica** de la ayuda bilateral en salud, en 2009 el 55% se destinó a África y el 35,7% a América Latina, lo que supone una adecuada orientación hacia la región con mayores problemas de salud. Como podemos ver en el gráfico 3.10., la AGE destina a África el doble de ayuda bilateral que a América Latina; sin embargo, en el caso de las comunidades autónomas, la ayuda está muy equilibrada entre un continente y otro, y en el de las entidades locales, la diferencia también es a favor de África, pero con una diferencia menor al 7%.

GRÁFICO 3.10. DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA DE LA AOD BILATERAL EN SALUD POR AGENTES, 2009



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de seguimiento del PACI 2009.

Desde el punto de vista de las prioridades geográficas establecidas por el III Plan Director, en 2009 se ha concentrado casi el 96% de la AOD bilateral en salud especificable geográficamente en los tres grupos de países prioritarios. El pequeño porcentaje que se ha destinado a países no prioritarios corresponde principalmente a aportaciones de autonomías, entidades locales y universidades; en cuanto a la AGE las ayudas canalizadas a países no prioritarios se han concretado principalmente en becas y créditos FAD (aunque los reembolsos de FAD procedentes de países no prioritarios hacen que el balance neto sea negativo). Sin embargo, por importancia, el grupo B debería recibir más recursos que el grupo C, donde las acciones deberían ser más puntuales.

TABLA 3.9. AOD BILATERAL EN SALUD SEGÚN PRIORIDADES GEOGRÁFICAS DEL III PLAN DIRECTOR, 2009

PRIORIDADES III PD	CANTIDAD €	%
Grupo A	102.390.610 €	67,07%
Grupo B	17.884.291 €	11,71%
Grupo C	26.148.264 €	17,13%
No prioritario	6.246.215 €	4,09%
TOTAL AOD especificada	152.669.381 €	100%
No especificada	3.165.822 €	

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de seguimiento del PACI 2009.

Dentro de la AOD bilateral en salud merece una mención propia el apartado de **ayuda reembolsable**, que hasta el momento se ha venido realizando a través del instrumento de los créditos FAD, gestionados por el Ministerio de Industria, Turismo y Comercio. En anteriores ediciones del informe hemos señalado el desacuerdo de las organizaciones que lo suscribimos con la utilización del crédito para financiar el sector salud, por entender que es un sector que no tiene un retorno económico directo y que, por tanto, puede contribuir a agravar la situación de endeudamiento del país receptor. Además, los criterios utilizados a través de los años en su asignación no han sido coincidentes con los criterios de lucha contra la pobreza con los que el Gobierno quiere orientar su política de cooperación al desarrollo.

Dentro de las operaciones realizadas con créditos FAD en 2009, se han producido desembolsos por un importe de 25.640.249 euros, cuyo detalle podemos ver en la tabla 3.10., y reembolsos por un importe de 10.179.486 euros.

TABLA 3.10. DESEMBOLSOS DE CRÉDITOS FAD PARA EL SECTOR SALUD, 2009

PAÍS	PRIORIDAD III PD	PROYECTO	CRS	Monto €
ARGENTINA	Grupo C	EQUIPAMIENTO HOSPITAL DR. H. QUINTANA (JUYUY)	12191	4.347.726 €
		REMODELACION Y EQUIPAMIENTO HOSPITAL G. RAWSON	12191	1.651.155 €
		CONSTRUCCION Y EQUIPAMIENTO HOSPITAL EN TUCUMAN (ARGENTINA)	12230	4.667.245 €
		CONSTRUCCIÓN Y EQUIPAMIENTO HOSPITALARIO EN CORDOBA	12230	1.558.319 €
Total Argentina				12.224.445 €
EGIPTO		SUMINISTRO EQUIPAMIENTO MINISTERIO DE SALUD Y POBLACIÓN	12110	7.052.075 €
GHANA	Grupo C	EQUIPAMIENTO HOSPITALARIO PARA LA RED NACIONAL DE HOSPITALES	12191	203.758 €
MONTENEGRO	No prioritario	CENTRO CLÍNICO EN PODGORICA	12230	100.000 €
VIETNAM	No prioritario Grupo A	SUMINISTRO DE EQUIPAMIENTO MEDIO PARA EL HOSPITAL PROVINCIA DE QUANG NAM	12230	1.991.630 €
		EQUIPAMIENTO MEDICO HOSPITAL GENERAL DE BAC NINH	12230	1.836.642 €
		EQUIPAMIENTO MEDICO HOSPITAL GRAL. DE QUANG NGAI	12230	495.000 €
		EQUIPAMIENTO MEDIO PARA HOSPITAL GRAL. PROVINCIA GIA LAI	12230	1.736.699 €
Total Vietnam				6.059.971 €
TOTAL DESEMBOLSOS FAD PARA SALUD EN 2009				25.640.249 €

Fuente: elaboración propia a partir de datos seguimiento PACI 2009.

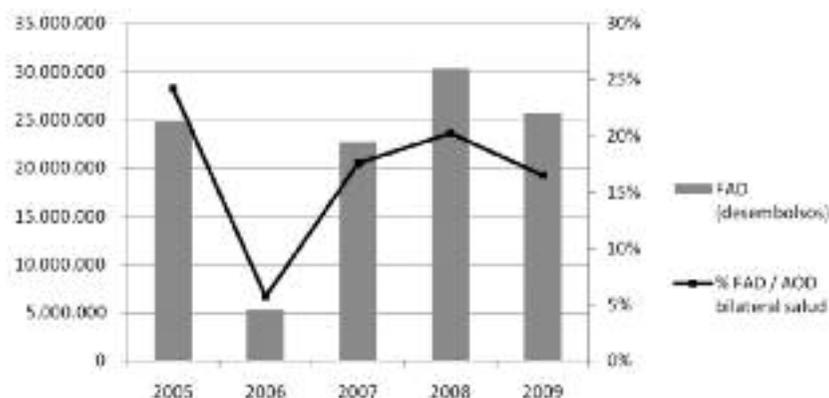
Como podemos ver en los detalles de esta tabla, Argentina vuelve a ser el principal receptor de créditos FAD para salud, recibiendo este año casi la mitad de los desembolsos. Al menos en este año se ha mejorado la orientación hacia países en los que la cooperación española tiene algún tipo de prioridad (recordemos que en 2008 dos tercios de los desembolsos de créditos FAD fueron a países no prioritarios; sin embargo en 2009 casi el 99% se dirigieron a países prioritarios).

Por sectores, el 48,3% se destina a infraestructura sanitaria básica, el 27,5% a política sanitaria y gestión administrativa (aunque el contenido del proyecto es de equipamiento y, por tanto, habría sido más lógico clasificarlo con código 12191 o 12230) y el 24,2% a servicios médicos (concretamente, equipamiento hospitalario).

Según la información disponible, ninguna de estas operaciones de créditos FAD tiene carácter de ayuda ligada.

En cuanto a la evolución de este instrumento, después de que en el año 2006 se produjera una considerable reducción de la AOD reembolsable en el sector salud (en años anteriores el FAD había llegado a ser más de la mitad de la AOD bilateral en salud), en 2007 y 2008 volvió a incrementarse tanto en monto como en porcentaje. En 2009, como podemos apreciar en el gráfico 3.11., se produce una sensible reducción en términos tanto absolutos como relativos. Aún así, insistimos en que es un instrumento poco idóneo para el sector salud y sería conveniente reducirlo al máximo.

GRÁFICO 3.11. EVOLUCIÓN DE LOS DESEMBOLSOS DE FAD PARA SALUD Y % SOBRE AOD BILATERAL. 2005-2009



Fuente: elaboración propia a partir de los informes de seguimiento PACI.

Como ya apuntábamos en la edición del año pasado de este informe, en los últimos años el principal instrumento de ayuda reembolsable, los créditos FAD, ha ido sufriendo una transformación por la vía de los hechos que está en camino de consolidarse a través de una reforma legal.

En este sentido, en junio de 2010 fue aprobada la ley reguladora del Fondo para la Internacionalización de la Empresa (FIEM), instrumento que será gestionado por el MITC con criterios similares a los que han orientado el FAD. La ley establece que este tipo de

fondos no se computarán en ningún caso como AOD y, además, no deberán financiar proyectos orientados a determinados servicios sociales básicos, como educación, salud y nutrición y se establece alguna salvaguarda para limitar las operaciones FIEM dirigidas a países altamente endeudados.

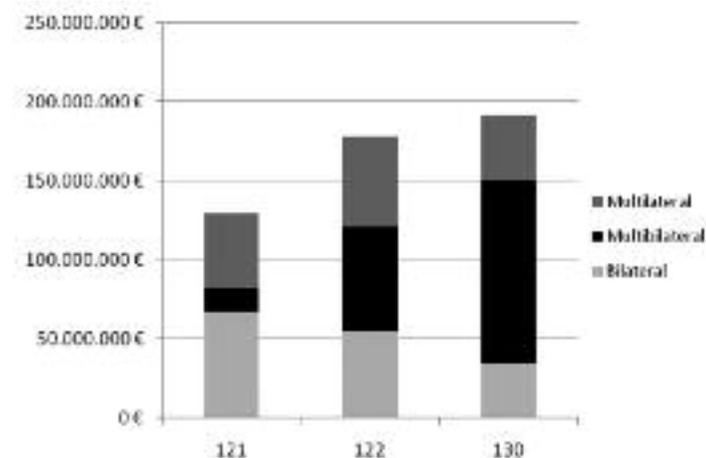
En el momento de elaborar este informe, está todavía en fase de discusión parlamentaria la ley que regulará el FONPRODE, un instrumento de cooperación reembolsable que será gestionado por el Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación siguiendo criterios de desarrollo. Según las enmiendas que se han presentado, parece que habrá una limitación cuantitativa por ley respecto al porcentaje de AOD que puede ir a través de ayuda reembolsable cada año.

2.4. Distribución sectorial de la AOD en salud

Si consideramos la composición sectorial de la AOD en salud en 2009, podemos ver que el mayor porcentaje se concentró en el subsector de programas y políticas de población y salud reproductiva, con el 38,3% del total de la AOD en salud, seguido del subsector de salud básica, con el 35,7% y salud general con el 26%.

El patrón de distribución de la AOD de cada subsector por canales es muy diferente (gráfico 3.12.): en el subsector de salud general la financiación es principalmente bilateral; en el de salud básica está equilibrada entre los tres canales; y en el de salud sexual y reproductiva es principalmente multilateral.

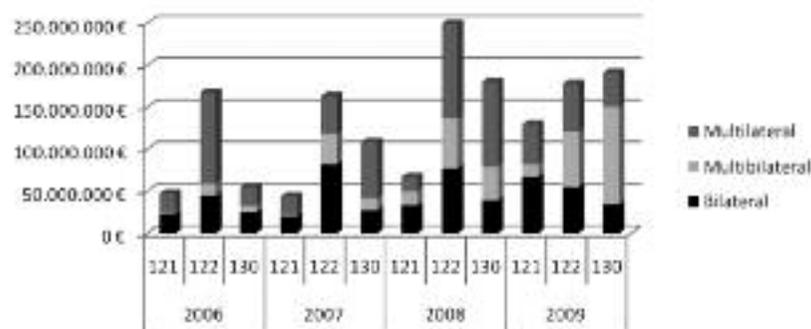
GRÁFICO 3.12. AOD EN SALUD POR SUBSECTORES Y CANALES, 2009



Fuente: elaboración propia a partir de datos seguimiento PACI 2009.

Resulta llamativo que, en los últimos años, la evolución de la distribución por subsectores ha sido muy cambiante.

GRÁFICO 3.13. EVOLUCIÓN DE LA AOD EN SALUD POR SUBSECTORES Y CANALES, 2006-2009



Fuente: Elaboración propia a partir de datos seguimiento PACI

En la tabla 3.11. aparece con más detalle la desagregación por componentes CRS y canales. En 2009 el mayor peso relativo lo tiene el componente de lucha contra ETS incluido el sida (13040), que recibe casi el 23% de toda la AOD en salud; en segundo lugar, el componente de política sanitaria y gestión administrativa con un 22%. En general, el resto de componentes tienen un peso mucho menor.

Los componentes de servicios médicos (12191) y de infraestructura sanitaria básica (12230) tienen una financiación principalmente bilateral, ambos muy apoyados en los créditos FAD. Por el contrario, los componentes de control de la malaria (12262), de la tuberculosis (12263) y lucha contra ETS incluido el sida (13040) tienen una financiación mayoritariamente multilateral, ya que en ese año las contribuciones españolas al GFATM, que han sido especialmente cuantiosas, han utilizado casi en su totalidad este canal.

Siguiendo las orientaciones de años anteriores, creemos que la cooperación española en el sector salud, con sus opciones estratégicas orientadas a la atención primaria de salud y al fortalecimiento de sistemas públicos de salud, debería prestar más atención a algunos de los componentes que están bastante huérfanos de ayuda, como son la educación sanitaria (12261), la planificación familiar (13030) y la formación de personal en los diferentes ámbitos (12181, 12281 y 13081).

TABLA 3.11. DESAGREGACIÓN DE LA AOD EN SALUD POR CANALES Y COMPONENTES CRS, 2009

CAD/CRS	Bilateral	Multilateral	Multilateral	TOTAL	%
121	67.021.081 €	14.654.902 €	47.968.883 €	129.644.866 €	26,01%
12110	48.426.211 €	13.884.918 €	47.177.064 €	109.488.193 €	21,97%
12181	543.771 €	0 €	102.295 €	646.066 €	0,13%
12182	5.379.484 €	67.984 €	5.315 €	5.452.783 €	1,09%
12191	12.671.615 €	702.000 €	684.209 €	14.057.824 €	2,82%
122	54.610.846 €	65.988.759 €	57.228.842 €	177.828.447 €	35,68%
12220	14.950.414 €	1.980.475 €	29.697.856 €	46.628.745 €	9,36%
12230	18.208.714 €	515.597 €	576.380 €	19.300.691 €	3,87%
12240	8.449.254 €	0 €	2.224.987 €	10.674.241 €	2,14%
12250	5.262.253 €	6.420.000 €	20.709.520 €	32.391.773 €	6,50%
12261	1.450.767 €	0 €	342.988 €	1.793.755 €	0,36%
12262	652.000 €	37.797.323 €	2.002.695 €	40.452.018 €	8,12%
12263	629.213 €	19.275.364 €	892.340 €	20.796.917 €	4,17%
12281	5.008.231 €	0 €	782.076 €	5.790.307 €	1,16%
130	34.203.276 €	116.369.702 €	40.324.117 €	190.897.095 €	38,30%
13010	407.928 €	5.475.000 €	13.352.312 €	19.235.240 €	3,86%
13020	22.185.672 €	17.384.030 €	10.994.253 €	50.563.955 €	10,15%
13030	408.949 €	4.672.531 €	261.280 €	5.342.760 €	1,07%
13040	8.897.709 €	88.838.141 €	15.705.361 €	113.441.211 €	22,76%
13081	2.303.018 €	0 €	10.911 €	2.313.929 €	0,46%
TOTAL	155.835.203 €	197.013.363 €	145.521.842 €	498.370.408 €	100%

Fuente: Elaboración propia a partir de datos seguimiento PACI

La evolución de los diferentes componentes CRS a lo largo de los últimos años nos permite ver cómo se han ido reforzando unos subsectores y debilitando otros.

Dentro del subsector de salud general (121) es especialmente notorio y positivo el incremento del componente de política sanitaria y gestión administrativa (12110) que, entendemos, implica un refuerzo de los sistemas de salud; casi se ha cuadruplicado en el período señalado y supone ahora más del 20% de toda la AOD en salud. También ha tenido un incremento importante el componente de investigación médica (12182).

En el subsector de salud básica (122), quizás lo más destacable sean las oscilaciones que se producen en los diversos componentes. Desde que en 2007, con la revisión de códigos CAD, se introdujeran los códigos 12262 y 12263 sobre control de la malaria y la tuberculosis, ambos han tenido un peso creciente en dicho subsector.

Respecto al subsector de programas y políticas de población y salud reproductiva (130), el incremento más llamativo es el que se ha operado en el componente de lucha contra ETS incluido el sida (13040), fundamentalmente por los aportes crecientes de la cooperación española al GFATM. En general, todos los demás componentes han tenido también una tendencia de crecimiento, resultando especialmente interesante el que se ha operado en el último año en el componente de planificación familiar (13030) que casi se ha multi-

plicado por 7 respecto al año anterior. Aunque es fácil incrementar cuando se parte de una posición tan baja, esperamos que este incremento no sea esporádico sino que marque una tendencia.

TABLA 3.12. EVOLUCIÓN DE LA AOD EN SALUD POR COMPONENTES CRS, 2006-2009

	2006	2007	2008	2009
121	47.604.996 €	43.772.828 €	67.137.498 €	129.644.866 €
12110	29.193.462 €	29.295.917 €	46.493.106 €	109.488.193 €
12181	2.325.145 €	2.318.905 €	1.847.458 €	646.066 €
12182	646.540 €	4.008.906 €	4.109.146 €	5.452.783 €
12191	15.439.849 €	8.149.100 €	14.687.788 €	14.057.824 €
122	167.176.461 €	163.356.847 €	249.408.046 €	177.828.448 €
12220	55.438.268 €	35.062.685 €	51.636.537 €	46.628.746 €
12230	28.874.019 €	42.390.716 €	36.098.264 €	19.300.691 €
12240	4.335.982 €	32.836.565 €	42.739.382 €	10.674.241 €
12250	72.017.726 €	18.470.601 €	67.182.752 €	32.391.773 €
12261	3.227.531 €	1.897.806 €	2.901.888 €	1.793.755 €
12262	0 €	16.782.526 €	25.675.314 €	40.452.018 €
12263	0 €	10.801.748 €	15.685.681 €	20.796.917 €
12281	3.282.935 €	5.114.200 €	7.488.228 €	5.790.307 €
130	54.932.405 €	108.721.881 €	180.255.617 €	190.897.094 €
13010	8.252.735 €	11.856.872 €	26.919.604 €	19.235.240 €
13020	16.227.843 €	29.362.512 €	53.790.310 €	50.563.955 €
13030	121.210 €	762.344 €	805.408 €	5.342.760 €
13040	29.950.781 €	66.328.206 €	96.909.602 €	113.441.210 €
13081	379.836 €	411.947 €	1.830.693 €	2.313.929 €
TOTAL	269.713.862 €	315.851.556 €	496.801.161 €	498.370.408 €

Fuente: elaboración propia a partir de los informes de seguimiento PACI.

2.5. Distribución geográfica de la AOD en salud

El análisis geográfico de la AOD en salud es el que arroja mayores diferencias según consideremos el total de la AOD o solamente el canal bilateral.

Si atendemos, en primer lugar, al total de la AOD en salud, la mitad se destinó en 2009 a África, especialmente a África subsahariana. América Latina recibió el 18% y Asia el 13%. El resto de continentes recibieron porciones poco significativas. Casi el 15% de la AOD en salud fue no especificada geográficamente.

TABLA 3.13. ORIENTACIÓN GEOGRÁFICA DE LA AOD EN SALUD, 2009.

AREAS GEOGRÁFICAS	AOD SALUD 2009	%
AFRICA	249.391.535 €	50,04%
Norte de África	30.768.270 €	
África subsahariana	205.748.082 €	
No especificado	12.875.184 €	
AMERICA	90.627.515 €	18,18%
América Central y Caribe	30.532.084 €	
América del Sur	41.137.009 €	
No especificado	18.958.422 €	
ASIA	66.184.367 €	13,28%
Asia Oriental	31.372.746 €	
Asia Central	7.270.692 €	
Sur de Asia	24.049.281 €	
No especificado	3.491.648 €	
OCEANIA	1.716.251 €	0,34%
ORIENTE MEDIO	9.420.739 €	1,89%
EUROPA	7.198.530 €	1,44%
PVD No Esp.	73.831.472 €	14,81%
TOTAL	498.370.408 €	

Fuente: Elaboración propia a partir de datos seguimiento PACI 2009.

El III Plan Director de la Cooperación Española estableció para el período 2009-2012 tres bloques de países según prioridad geográfica:

- Grupo A: países de asociación amplia, en los cuales se debería concentrar a final del período al menos un 65% de la AOD especificable geográficamente.
- Grupo B: países de asociación focalizada, que podrían concentrar un 20% de la AOD especificable geográficamente, ya que el Plan Director establece que, entre el grupo A y B deberían acumular el 85% de la ayuda.
- Grupo C: países generalmente de renta media con una asociación orientada a consolidar logros de desarrollo, que no deberían recibir más del 15% de la AOD.

Si analizamos la AOD en salud de 2009 desde este punto de vista, podemos observar que los porcentajes están bastante alejados del ideal establecido por el Plan Director para el final del período y para el conjunto de la AOD. Un 37,43% de la AOD especificable geográficamente se destina a países no prioritarios.

TABLA 3.14. ORIENTACIÓN GEOGRÁFICA DE LA AOD EN SALUD SEGÚN CATEGORÍAS DEL PLAN DIRECTOR, 2009		
PRIORIDADES III PD	AOD SALUD 2009	%
Grupo A	153.969.403 €	40,27%
Grupo B	49.156.254 €	12,86%
Grupo C	36.103.074 €	9,44%
No prioritario	143.081.983 €	37,43%
TOTAL Especificada	382.310.714 €	100%
No especificada	116.059.695 €	

Fuente: elaboración propia a partir de datos seguimiento PACI 2009.

Para entender por qué se produce esta desviación respecto a las prioridades geográficas es necesario hacer un análisis más a fondo de la parte de ayuda que se destina a países no prioritarios. Si indagamos sobre qué agentes dedican más recursos a estas zonas, encontramos que más del 95% de la ayuda a zonas no prioritarias proviene de la AGE.

GRÁFICO 3.14. DISTRIBUCIÓN POR AGENTE DE LA AOD EN SALUD DIRIGIDA A ZONAS NO PRIORITARIAS, 2009



Fuente: elaboración propia a partir de datos seguimiento PACI 2009.

En principio puede parecer muy paradójico que sea la propia AGE, responsable de la aprobación última del Plan Director y de sus prioridades, la que provoque esta desviación. Para entender las causas debemos seguir profundizando en el análisis, desagregando la AGE para ver qué ministerios son los que más aportan en este capítulo. La realidad es que el 80% de la responsabilidad es del Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación y el 2% del Ministerio de Economía y Hacienda.

- En el caso del Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación, hay dos causas principales: una es la aportación al GFATM, de la cual 93 millones van a parar a países no prioritarios para la cooperación española; y la otra son las contribuciones generales a diversos organismos de Naciones Unidas (FNUAP, UNICEF, PNUD, ONU-SIDA), de las cuales casi 12 millones van a zonas no prioritarias.
- En el caso del Ministerio de Economía y Hacienda, la mitad de los fondos para zonas no prioritarias corresponden a las aportaciones a la CE y al FED, que se orientan según las prioridades de la UE, y la otra mitad corresponden a reposiciones al Banco Mundial y al Banco Africano de Desarrollo.

Por otro lado, también podemos hacer un análisis geográfico según los niveles de renta de los países receptores. La siguiente tabla nos muestra que, sobre el total de AOD en salud, es el grupo de los países menos avanzados (PMA) los que reciben un mayor porcentaje de ayuda en 2009.

TABLA 3.15. ORIENTACIÓN GEOGRÁFICA DE LA AOD EN SALUD SEGÚN NIVEL DE RENTA DE LOS RECEPTORES, 2009		
Grupos de países por niveles de renta	AOD SALUD 2009	%
PMA	188.242.179 €	37,77%
Otros de renta baja	34.401.128 €	6,90%
Renta media baja	126.554.741 €	25,39%
Renta media alta	29.629.302 €	5,95%
No especificado	119.543.061 €	23,99%

Fuente: elaboración propia a partir de datos seguimiento PACI 2009.

Los diez países que recibieron mayores cantidades de AOD en salud en 2009 fueron los siguientes:

TABLA 3.16. PAÍSES QUE RECIBIERON MAYOR CANTIDAD DE AOD EN SALUD, 2009		
PAÍSES DESTACADOS	Monto €	CATEGORÍA III PD
Etiopía	22.264.050 €	Grupo A
Mozambique	18.674.859 €	Grupo A
Tanzania	14.793.472 €	No prioritario
Argentina	13.759.698 €	Grupo C
Marruecos	12.734.134 €	Grupo A
India	12.611.270 €	No prioritario
Rep. Dem. Congo	12.084.151 €	Grupo B
Egipto	11.456.718 €	Grupo C
Perú	11.027.650 €	Grupo A
Vietnam	8.516.465 €	Grupo A

Fuente: elaboración propia a partir de datos seguimiento PACI 2009.

Como podemos ver, siguen apareciendo algunos países no prioritarios en la lista de los 10 más financiados.

Si hacemos el mismo análisis geográfico respecto a la ayuda bilateral, concluiremos que los porcentajes son algo diferentes, especialmente en lo que se refiere a la orientación según los criterios del Plan Director.

África recibe el 55% de la AOD bilateral en salud, América Latina el 35% y Asia-Pacífico el 7,4%. Por lo que respecta al esfuerzo de los diferentes agentes, la AGE está más orientada a África (62% de la ayuda bilateral), las comunidades autónomas están más equilibradas (44% a África y 44% a América Latina) y los entes locales están más orientados a América (50%, frente al 43% para África).

TABLA 3.17. ORIENTACIÓN GEOGRÁFICA DE LA AOD BILATERAL EN SALUD, 2009

	AGE	CCAA	EELL	UNIV	TOTAL	%
América	29.490.058 €	20.235.753 €	5.406.612 €	491.121 €	55.623.544 €	35,69%
África	61.144.875 €	20.282.660 €	4.690.487 €	197.693 €	86.315.716 €	55,39%
Asia-Pacífico	8.092.455 €	2.807.150 €	614.814 €	2.368 €	11.516.787 €	7,39%
Europa	185.937 €	34.227 €	46.500 €	0 €	266.664 €	0,17%
No especificado	18.416 €	1.983.270 €	110.056 €	750 €	2.112.492 €	1,36%
	98.931.741 €	45.343.059 €	10.868.470 €	691.933 €	155.835.203 €	

Fuente: elaboración propia a partir de datos seguimiento PACI 2009.

En cuanto a la orientación según los criterios del Plan Director, la ayuda bilateral se acerca mucho más a las previsiones del Plan, como figura en la tabla 3.18.

TABLA 3.18. ORIENTACIÓN GEOGRÁFICA DE LA AOD BILATERAL EN SALUD SEGÚN CATEGORÍAS DEL PLAN DIRECTOR, 2009

PRIORIDADES III PD	Monto €	%
Grupo A	102.390.610 €	67,07%
Grupo B	17.884.291 €	11,71%
Grupo C	26.148.264 €	17,13%
No prioritario	6.246.215 €	4,09%
TOTAL AOD especificada	152.669.381 €	100%
No especificada	3.165.822 €	

Fuente: elaboración propia a partir de datos seguimiento PACI 2009.

En lo que se refiere a la distribución geográfica de la ayuda bilateral en salud según los niveles de renta de los países destinatarios, también hay diferencia respecto al cómputo global; el mayor porcentaje de bilateral corresponde a los países de renta media baja, seguidos muy cerca por los países menos adelantados (PMA); aunque la mayor diferencia es que, lógicamente, el porcentaje de AOD bilateral dirigida a zonas no especificadas es mucho menor que en la AOD total.

TABLA 3.19. DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA DE LA AOD BILATERAL EN SALUD SEGÚN NIVEL DE RENTA DE LOS RECEPTORES

Grupos de países por niveles de renta	AOD bilateral SALUD 2009	%
PMA	60.671.633 €	38,93%
Otros de renta baja	7.251.159 €	4,65%
Renta media baja	64.542.084 €	41,42%
Renta media alta	17.413.443 €	11,17%
No especificado	5.956.883 €	3,82%

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de seguimiento del PACI 2009.

3. INICIATIVA IHP+

3.1. Descripción de la iniciativa

3.1.1. Contexto en el que surge

En el año 2000 la comunidad mundial se compromete a reducir la pobreza extrema y mejorar la salud y el bienestar de los más pobres del mundo en 15 años. La Declaración del Milenio incorporó el acuerdo sobre los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), tres de los cuales son específicos de salud y algunos otros incorporan aspectos que inciden directamente sobre la misma (nutrición, agua, saneamiento, acceso a medicamentos esenciales).

El porcentaje de la ayuda al desarrollo (considerando la ayuda bilateral distribuible) que se destina al sector salud se duplicó entre el año 2000 y el 2008, y sus valores absolutos casi se cuadruplicaron. La cantidad de iniciativas globales creadas para abordar prioridades de salud específicas también aumentó. A mitad de camino entre 2000 y 2015, todos los análisis mostraban signos de progreso, particularmente en la salud infantil, aunque también se identificaban aspectos donde no había habido apenas movimiento, sobre todo en salud materna.

3.1.2. Qué es y qué objetivos tiene

La IHP+, o International Health Partnership and Related Initiatives (Asociación Internacional de Salud e Iniciativas Relacionadas) es un grupo de socios que comparten un interés común en mejorar los servicios y resultados de salud a través del abordaje de los principios de París y Accra sobre la efectividad de la ayuda. Se lanzó en septiembre de 2007.

La IHP+ está abierta a todos los gobiernos de los países en desarrollo y de los países desarrollados, a las agencias y las organizaciones de la sociedad civil implicadas en me-

jorar la salud que deseen adherirse a los compromisos del Pacto Global de IHP+. Actualmente cuenta con 47 socios de diferente naturaleza:

- Países socios: Benín, Burkina Faso, Burundi, Camboya, República Democrática del Congo, Djibuti, Etiopía, Kenia, Madagascar, Malí, Mauritania, Mozambique, Nepal, Níger, Nigeria, Ruanda, Senegal, Sierra Leona, Togo, Uganda, Vietnam y Zambia.
- Países donantes: Australia, Bélgica, Canadá, Finlandia, Francia, Alemania, Italia, Noruega, Portugal, España, Suecia, Holanda y Reino Unido.
- Agencias de Naciones Unidas, otras instituciones internacionales y asociaciones público-privadas: ONUSIDA, UNICEF, Banco Mundial, PNUD, FNUAP, OMS, Banco Africano de Desarrollo, OIT, Comisión Europea, Alianza GAVI, Fondo Global de lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria.
- Instituciones privadas: Fundación Bill y Melinda Gates

Los principios de la Declaración de París sobre Efectividad de la Ayuda, que la iniciativa IHP+ trata de aplicar al sector salud, son los siguientes:

1. **Apropiación** – Los países en desarrollo deben ejercer un liderazgo efectivo sobre sus políticas y estrategias de desarrollo y coordinar las acciones para el desarrollo.
2. **Alineamiento** – Los donantes deben basar su ayuda general en las estrategias, instituciones y procedimientos nacionales de los países en desarrollo.
3. **Armonización** – Las acciones de los donantes deben estar coordinadas, ser transparentes y resultar eficaces de manera colectiva.
4. **Gestión orientada a resultados** – La ayuda debe ser gestionada e implementada de forma tal que se centre en los resultados deseados y utilice la información para mejorar las decisiones.
5. **Rendición de cuentas mutua** – Los donantes y los países en desarrollo deben mejorar la responsabilidad mutua y la transparencia en el uso de los recursos para el desarrollo.

Como se puede ver en la tabla 3.20., el avance en cada uno de estos principios se mide a través de unos indicadores predefinidos. Nótese que este cuadro⁷ establece para cada indicador metas para 2010, con lo cual deberían estar ya alcanzadas, cosa que no ha ocurrido todavía.

7. <http://www.oecd.org/dataoecd/61/20/34605377.pdf>

TABLA 3.20. INDICADORES DE SEGUIMIENTO DE LOS PRINCIPIOS DE LA DECLARACIÓN DE PARÍS		
	APROPIACIÓN	METAS PARA 2010
1	Los socios tienen estrategias de desarrollo operativas— Número de países con estrategias nacionales de desarrollo (incluso estrategias de reducción de la pobreza) con prioridades estratégicas claras y vinculadas con un marco de gastos a medio plazo y que quedan reflejadas en los presupuestos anuales.	Como mínimo el 75%* de los países socios.
ALINEAMIENTO		
2	Sistemas nacionales fiables— Número de países socios cuyos sistemas de gestión de las finanzas públicas y de aprovisionamiento (a) cumplen con las buenas prácticas generalmente adoptadas o (b) tienen instaurado un programa de reformas para conseguirlo.	Metas de mejora para establecer en septiembre de 2005.
3	Los flujos de ayuda se alinean con las prioridades nacionales— Porcentaje de flujos de ayuda que se repercute en el presupuesto nacional de los socios.	85%* de los flujos de ayuda se repercuten en el presupuesto nacional.
4	Reforzar capacidades con apoyo coordinado — Porcentaje de ayuda a la construcción de capacidad proporcionada vía programas coordinados coherentes con las estrategias de desarrollo nacional de los países socios.	Metas de mejora para establecer en septiembre de 2005.
5	Utilización de los sistemas nacionales— Porcentaje de donantes y flujos de ayuda que utilizan sistemas nacionales de aprovisionamiento y/o gestión de finanzas públicas en los países socios que (a) cumplen con las buenas prácticas generalmente adoptadas o (b) tienen instaurado un programa de reformas para conseguirlo.	Metas de mejora para establecer en septiembre de 2005.
6	Reforzar la capacidad evitando estructuras de implementación paralelas— Número de unidades especializadas de ejecución de proyectos (PIU) por país.	Metas de mejora para establecer en septiembre de 2005.
7	La ayuda es más predecible — Porcentaje de desembolsos de ayuda liberados de acuerdo con programas adoptados dentro de marcos anuales o multianuales.	Como mínimo el 75%* de esta ayuda liberada en programas.
8	Ayuda desligada— Porcentaje de ayuda bilateral desligada.	Progresos para supervisar.
ARMONIZACIÓN		
9	Utilizar disposiciones o procedimientos comunes – Porcentaje de ayuda suministrada como enfoques basados en programas.	Como mínimo el 25%*.
10	Fomentar análisis comunes – Porcentaje de (a) misiones de campo y/o (b) trabajos analíticos sobre países, incluyendo análisis de diagnóstico que son conjuntos.	Metas de mejora para establecer en septiembre de 2005.
GESTIÓN ORIENTADA A RESULTADOS		
11	Marcos orientados a resultados – Número de países con marcos sólidos de evaluación del desempeño transparentes y supervisables para medir los progresos en torno a (a) las estrategias de desarrollo nacionales y (b) los programas sectoriales.	75%* de los países socios.
RENDICIÓN DE CUENTAS MUTUA		
12	Número de países socios que evalúan sus progresos mutuos poniendo en práctica los compromisos acordados sobre la eficacia de la ayuda incluyendo aquellos mencionados en la Declaración de París.	Metas de mejora para establecer en septiembre de 2005.

Fuente: OCDE

3.1.3. ¿Cuáles son los beneficios que IHP+ pretende conseguir para los países en desarrollo?

- Incrementar los resultados haciendo mejor uso de los fondos existentes.
- Mejorar la armonización y el alineamiento de la ayuda para reducir la fragmentación y los costes de transacción.
- Acrecentar la coordinación entre los gobiernos de los países y los socios de desarrollo.

- Fortalecer la rendición de cuentas mutua y la transparencia, implicando progresivamente a todos los socios en los procesos de planificación y seguimiento ya existentes.
- Financiación predecible y a largo plazo para fortalecer los sistemas de salud.
- Liderazgo más fuerte del gobierno en la coordinación del sector

3.1.4. ¿Cómo lo lleva a cabo?

La IHP+ promueve un mayor apoyo al desarrollo de un solo plan de salud a través de:

- Apoyo a los procesos de planificación nacional del sector.
- Mayor confianza en los planes nacionales a través de la promoción de evaluaciones conjuntas (joint assessment) de sus fortalezas y debilidades.
- Más modalidades unificadas para el apoyo de los socios al plan, con el desarrollo o el fortalecimiento de los pactos país (country compacts).
- Un marco único de control y seguimiento de la implantación del plan.
- Mayor rendición de cuentas mutua a través del seguimiento del cumplimiento de los compromisos del pacto.

3.2. Implicación del Gobierno español con IHP+

En esta última etapa de la cooperación española, en la que se ha buscado una mayor convergencia de nuestro sistema de cooperación con el resto de la comunidad de donantes, se está avanzando también en la aplicación de los principios establecidos en la Declaración de París y en la Agenda de Acción de Accra por los cuales se pretende que la ayuda oficial al desarrollo en general, y la AOD en salud en particular, sea más efectiva. Para ello se han asumido, al menos en el papel, los cinco principios señalados anteriormente. En el III Plan Director de la Cooperación Española se señalan estos principios como pilar básico del nuevo concepto de cooperación al desarrollo que se quiere implantar por parte del gobierno. En el caso específico de salud se hace referencia explícita a la iniciativa IHP+ como elemento que viene a dar solución, entre otros, a la aplicación de los principios de la efectividad de la ayuda en este sector. Así se dice: “Durante la vigencia del Plan Director la Cooperación Española aumentará, hasta llegar al 60 % del total de AOD en salud, la aportación a presupuestos que contribuya a una financiación sostenible de sistemas de salud eficaces y equitativos, bajo premisas de la International Health Partnership y firma de pactos integrales que incorporen metodologías adecuadas de prevención y en los que se exprese un compromiso de rendición mutua de cuentas.”

Un paso importante hacia la consumación de este objetivo que aparece en el citado III Plan Director se ha llevado a cabo durante la pasada Asamblea Mundial de la Salud, en mayo de 2010, cuando la Ministra de Sanidad, Trinidad Jiménez firmó el Global Com-

pact en representación del Estado español. Desde este momento España entra a formar parte de la lista de países, en este caso donantes, miembros de la IHP+.

Hasta el momento, el Estado español ha firmado tres pactos país, con Etiopía, Mozambique y Malí. Probablemente, en un futuro próximo se amplíe el número de pactos ampliándolos a la región latinoamericana.

3.3. El JANS (Joint Assessment of National Strategies – Evaluación Conjunta de las Estrategias Nacionales), una herramienta para la evaluación del desarrollo de IHP+ por países

La evaluación conjunta constituye un enfoque compartido para captar las fortalezas y las debilidades de una estrategia nacional, que sea aceptada por múltiples socios y puede ser utilizada como base para el apoyo técnico y financiero.

Esta evaluación conjunta de estrategias nacionales no es una idea nueva. El renovado interés en este enfoque responde a varias razones. Existe un fuerte consenso acerca de que el desarrollo sostenible requiere armonizar el apoyo a los procesos nacionales. En salud, el aumento en el número de actores internacionales en los últimos años ha llevado al resurgimiento de esfuerzos para conseguir que más socios apoyen una única estrategia nacional de salud. Los beneficios que se presumen de una evaluación conjunta son, entre otros, la mayor calidad de las estrategias nacionales y una mayor confianza por parte de los socios en estas estrategias y, consecuentemente, la garantía de una financiación más predecible y mejor alineada. La inclusión de más socios en una evaluación conjunta también tiene el beneficio de que reduce los costos de transacción asociados con la multiplicidad de procesos separados de evaluación y seguimiento.

El grupo de trabajo interagencial de IHP+ ha elaborado esta herramienta así como sus guías correspondientes. Estos documentos fueron revisados tanto por responsables de diferentes países como también por agencias internacionales a principios de 2009⁸. Los socios de IHP+ se adhirieron tanto a la herramienta como a las guías en el marco de una reunión del grupo directivo que tuvo lugar en julio de 2009. En esta ocasión, hubo acuerdo en que esta herramienta, si bien es compleja, también es lo “suficientemente buena” por lo cual es importante continuar sin más dilación el proceso de evaluación conjunta en algunos pocos países interesados¹⁰. Esto fue considerado como la mejor

8. Países consultados: Burundi, Etiopía, Ghana, Mali, Tajikistan, Viet Nam, Zambia.

9. El Fondo Global utilizó esta herramienta en su primera ronda de aprendizaje sobre presentaciones de estrategias nacionales para VIH/SIDA, TB y Malaria. GAVI llevó a cabo 26 revisiones de estrategias nacionales y documentos relacionados, utilizando JANS.

10. Esto no es limitado a países en el marco de IHP+. La selección es pragmática – países interesados y a quienes esto les llega en el momento adecuado.

forma de mejorar la herramienta y desarrollar procesos prácticos de evaluación conjunta. Cualquier revisión tendrá lugar después de iniciada la fase inicial del proceso.

3.3.1. Cómo utilizar la herramienta y las guías que la acompañan

La herramienta de evaluación conjunta se apoya en varios acuerdos internacionales sobre las metas de salud. Es deliberadamente genérico: establece los “ingredientes” esenciales de una sólida estrategia nacional pero, dada la diversidad de circunstancias y contextos de los países, no prescribe lo que deberían incluir estos elementos. Puede ser utilizada para evaluar una estrategia nacional de salud en términos generales, o bien estrategias subsectoriales o multisectoriales específicas. Se examinan las fortalezas y las debilidades de cinco grupos de atributos considerados como el fundamento de una “buena” estrategia nacional:

- El análisis de situación, así como de la coherencia de las estrategias y los planes con dicho análisis (programación).
- El proceso a través del cual las estrategias y planes nacionales han sido desarrollados.
- Financiación, auditoría y acuerdos de contratación.
- Acuerdos de implantación y gestión.
- Mecanismos de resultados, seguimiento, revisión y diálogo.

La evaluación de una estrategia nacional incluye la revisión general de la estrategia en sí, así como su alineamiento con los marcos nacionales de desarrollo; sus vínculos con los procesos presupuestarios; elementos relacionados en estrategias multisectoriales, sub-sectoriales específicas/estrategias relativas a enfermedades específicas. Esto significa que una evaluación requiere la revisión de un conjunto (portfoli) de documentos, no solamente un documento¹¹.

La forma de realizar una evaluación conjunta será única en cada país, pero se basará en algunos principios clave: se realizará a demanda del país; la liderará el país y se llevará a cabo teniendo en cuenta procesos ya existentes; será lo más sencilla posible sin por eso ser superficial; incluirá un elemento independiente, e involucrará a la sociedad civil y a otros actores relevantes.

El resultado no será una recomendación sobre si financiar o no, sino un perfil de evaluación que trate sobre las fortalezas y debilidades de la estrategia nacional que deberá ser discutida por socios nacionales y de desarrollo¹².

A continuación se presentan las diferentes áreas y atributos que se analizan en cada una de las evaluaciones conjuntas realizadas:

11. Se encuentra disponible y se puede consultar un conjunto complementario de Guías de Evaluaciones Conjuntas, más una hoja con preguntas frecuentes, en: www.internationalhealthpartnership.net

12. El mapa de ruta general para la fase inicial de las evaluaciones conjuntas 2009/2010 se encuentra en la página web de IHP+

ATRIBUTOS Y CRITERIOS DE LA EVALUACION CONJUNTA		
Atributos	Número de características esenciales de los atributos	
1. ANÁLISIS DE SITUACIÓN Y PROGRAMACIÓN. Solidez del análisis/evaluación subrayando la identificación de la programación contenida en la estrategia nacional		
Atributo 1: La estrategia nacional está basada en un análisis de situación del contexto y de respuesta sólido (incluyendo determinantes políticos, sociales, culturales, de género, epidemiológicos, legales e institucionales).	1.1	El análisis de situación está basado en un análisis exhaustivo y participativo de los determinantes de salud y de las tendencias en salud en el marco del contexto epidemiológico, político, socio económico y organizacional que prevalece en el país.
	1.2	El análisis utiliza datos desagregados para describir el avance en el cumplimiento de los objetivos de las políticas del sector salud en línea con las dimensiones de política contenidas en la resolución de la Asamblea Mundial WHA 2009 62.12 sobre APS: - cobertura universal para mejorar la equidad en salud - oferta de servicios para hacer que los sistemas de salud estén centrados en la gente - Políticas públicas para promover y proteger la salud de las comunidades - Liderazgo para hacer que las autoridades de salud sean más confiables.
	1.3	El análisis de las respuestas del sector salud pasadas y presentes identifica áreas de problemas y brechas programáticas.
Atributo 2: Áreas prioritarias bien definidas, metas, objetivos, intervenciones y resultados esperados/productos que contribuyen a mejorar los resultados en salud y a cumplir con los compromisos nacionales y globales (tales como los ODM, resolución de la AMS sobre APS)	1.4	Objetivos medibles, realistas y con plazos determinados.
	1.5	Metas, objetivos e intervenciones que se centran en las prioridades de salud, acceso equitativo, calidad y resultados en salud para todos los sub grupos poblacionales, especialmente los grupos vulnerables.
Atributo 3: Las intervenciones planeadas son factibles, localmente apropiadas, basadas en la equidad, en la evidencia y en las buenas prácticas, incluyendo la consideración de la efectividad y sostenibilidad (tanto financiera como programáticamente).	1.6	Estrategias planificadas e intervenciones que están basadas en un análisis de la efectividad e impacto y que identifican claramente la forma en que contribuyen a los resultados esperados.
	1.7	El plan identifica y hace frente a temas clave sobre sistemas que impactan sobre las sostenibilidad incluyendo equidad, recursos financieros, humanos y brechas y limitaciones en la sostenibilidad técnica.
	1.8	El plan describe estrategias a corto y largo plazo para cumplir con los requerimientos de asistencia técnica para su implementación.
	1.9	Planes de contingencia para necesidades en salud durante situaciones de emergencia (desastres naturales, enfermedades emergentes y re-emergentes), en línea con el Reglamento Sanitario Internacional son incluidos en el proceso nacional de planificación en todos los niveles.
Atributo 4: Tanto la evaluación de los riesgos (análisis de factibilidad y de los obstáculos potenciales a la implementación) y de las estrategias de mitigación propuestas (incluyendo la especificación de las necesidades de asistencia técnica) están presentes y son creíbles.	1.10	El plan incluye una evaluación de riesgos sobre potenciales barreras a su implementación.
2. SOLIDEZ DEL PROCESO, inclusión del desarrollo y procesos de adhesión a la estrategia nacional		
Atributo 5: Implicación de múltiples socios (multistakeholders) (incluyendo al gobierno) en el desarrollo de la estrategia nacional y de los planes operativos (liderados por el gobierno, en el marco de un proceso participativo y transparente) y adhesión final a la estrategia nacional por parte de los múltiples socios.	2.1	Existe un mecanismo de socios múltiples, que garantiza el liderazgo del Gobierno así como la participación de todos los socios, los cuales contribuyen sistemáticamente y regularmente en todas las fases del desarrollo del plan estratégico plurianual y en todas las fases de la planificación operativa anual.

Atributo 6: Compromiso político de alto nivel (al nivel más alto) con la estrategia nacional.	2.2	Todas la legislación y las políticas multi sectoriales necesarias se ponen en marcha para permitir una implementación exitosa, bajo el espíritu de "salud en todas las políticas".
	2.3	El plan específicamente señala cualquier problema relativo a la implementación del marco regulatorio y legislativo y cuenta con una estrategia para superar los problemas en su ejecución.
	2.4	El compromiso político se evidencia a través del cumplimiento de los objetivos acordados sobre gastos gubernamentales relacionados con la salud y por el avance hacia el incremento de la proporción de financiamiento por parte del gobierno a la estrategia nacional.
	2.5	Alto nivel (por ejemplo, parlamento, asamblea nacional) discusión política, acuerdo y endoso del presupuesto y de la estrategia nacional.
Atributo 7: Una estrategia nacional coherente con las estrategias de nivel más alto y las de menor nivel, financiando marcos de trabajo y planes operativos subyacentes.	2.6	La estrategia de salud nacional, incluyendo los programas de enfermedades específicas y otras subestrategias, son coherentes entre sí y con los objetivos de desarrollo generales nacionales.
	2.7	En los sistemas de salud descentralizados, existen mecanismos eficaces que garantizan que las estrategias y procesos subnacionales abordan todos los objetivos y metas nacionales.

3. FINANZAS Y AUDITORIA. Solidez del marco de trabajo y los sistemas de financiación y auditoría.

Atributo 8. Marco de gasto con un presupuesto/gastos integral de las áreas de programa cubiertas por la estrategia nacional.	3.1	La estrategia se acompaña de un marco de gastos sólido y con un plan de costes. Debería garantizar la financiación regular y pertinente de, por ejemplo, los recursos humanos, el acceso a medicamentos, la gestión descentralizada, la infraestructura y la logística.
Atributo 9. El marco de gastos incluye análisis sobre las brechas de financiación: incluye especificaciones de asignaciones financieras ya conocidas contra el presupuesto desde recursos financieros tanto domésticos como internacionales (es deseable que haya una especificación de los recursos de fondos domésticos).	3.2	Las proyecciones sobre los ingresos se basan en asunciones explícitas, incluyen todos los recursos de financiación (locales y externos) y rinden cuentas por cualquier incertidumbre o riesgo previstos.
	3.3	Garantizar sistemas de financiación de la salud que eviten los gastos sanitarios catastróficos y el empobrecimiento como resultado del acceso a la salud (Asamblea Mundial de la Salud 2005; 58.33)
	3.4	Tanto las estimaciones presupuestarias como las de los gastos para escalar los servicios equitativos se basan en análisis económicos sólidos.
Atributo 10. Descripción del sistema de gestión financiero (incluye informes financieros contra gastos presupuestados, políticas y procesos contables) e información que sea adecuada, que permita la rendición de cuentas y que sea transparente.	3.5	Los planes financieros tienen criterios transparentes que permiten la asignación de fondos a lo largo de todos los programas, incluidos los niveles subnacionales y los actores no estatales (donde sea apropiado).
	3.6	Los sistemas de gestión financiera cumplen los estándares nacionales e internacionales, así mismo producen informes apropiados para la toma de decisiones, para la supervisión y para el análisis.
	3.7	Existe personal suficiente y formado para que haya supervisión, para detectar y prevenir el uso no autorizado de fondos en todos los niveles.
	3.8	Existe suficiente formación y competencias clave del personal que garantice el desembolso eficiente en todos los niveles; y, donde sea apropiado, para diferentes socios implementadores.
Atributo 11. Descripción de los procesos de auditoría, evidencias del alcance apropiado del trabajo de auditoría, así como la independencia y la capacidad de los auditores.	3.9	Existen mecanismos formales y sistemáticos que garantizan los desembolsos a tiempo, identifican los cuellos de botella en el flujo de los fondos y los resuelven.
	3.10	Existe un proceso extensivo fiduciario, evidenciado por auditorías sobre la financiación, las convocatorias y la gestión de los recursos, tanto externas como internas en todos los niveles administrativos.

	3.11	La independencia, la autoridad, las habilidades y las competencias de los auditores cumplen los estándares nacionales e internacionales.
	3.12	El sistema de auditoría garantiza que su aplicación se evalúa rutinariamente con el criterio de "valor por dinero".
	3.13	Un comité de auditoría parlamentario o de carácter público investiga con credibilidad cualquier irregularidad que surja. Se aplican las sanciones apropiadas.
Atributo 12. En el contexto de las políticas de desarrollo nacionales (donde sea aplicable): -Explicación sobre la manera en que se canalizarán, se gestionarán y se informará sobre los recursos externos; -Descripción de las políticas locales financieras relevantes (en relación con los diferentes enfoques sobre asignación de recursos); -Si se considera relevante: descripción sobre la manera en que se gestionará que el espacio fiscal constriña el aumento de gastos.	3.14	El Plan describe claramente todos los acuerdos financieros internos y las modalidades de financiación, así como la manera en que los fondos internos y externos serán canalizados, gestionados e informados.
	3.15	El Plan incluye explícitamente una guía sobre cómo los programas tienen que gestionar las reducciones de espacio fiscal para el aumento de los gastos.

4. IMPLANTACIÓN Y GESTIÓN. Solidez de los acuerdos y de los sistemas de implantación y gestión de los programas incluidos en la estrategia nacional.

Atributo 13. Los planes operativos se desarrollan regularmente, a través de un proceso participativo y detalla cómo los objetivos del plan estratégico se conseguirán.	4.1	Los papeles y las responsabilidades de los socios implementadores se describen en cada estrategia y en cada intervención.
	4.2	Cada objetivo estratégico tiene hitos anuales medibles para evaluar el avance hacia la implantación.
Atributo 14. Descripción sobre la manera en que se desplegarán los recursos para alcanzar unos resultados claramente definidos (con atención al personal, los contratos, la logística y la distribución. El plan describe las transferencias de recursos –humanos, productos- a los niveles subnacionales y a los actores no estatales).	4.3	La organización de la prestación de servicios está definida e identifica la asignación equitativa de recursos (regulares, inversiones) por nivel de atención y por roles y responsabilidades de los prestadores de servicios; incluyendo planes para referencias y supervisiones.
	4.4	Las necesidades de recursos humanos (gestión y formación) están identificadas, incluyendo niveles de personal, el conjunto de habilidades, la formación, la supervisión y los incentivos. Se identifican las brechas que hay que cubrir para implementar la estrategia nacional, y se proporciona un plan para resolver tales brechas.
	4.5	Se describen las logísticas actuales, las restricciones del sistema de gestión y de información y se ponen en práctica acciones creíbles para resolver estas restricciones.
Atributo 15. Políticas de contratación que cumplan la guías internacionales y la evidencia existente sobre contratación adecuada, que rinda cuentas y transparente; así como sistemas de gestión de suministros con capacidad para llegar a las poblaciones objetivo.	4.6	Sistemas, estrategias y políticas de gestión de la contratación y los suministros puestos en marcha para garantizar el acceso universal a productos y medicinas seguros, efectivos y de buena calidad.
Atributo 16. Especificación de los mecanismos/marcos de implementación de la gobernabilidad, la gestión y la coordinación (describiendo los roles, las responsabilidades y la toma de decisiones de todos los socios).	4.7	Acuerdos existentes sobre gobernabilidad interna y externa multi-socio, que especifiquen la gestión, la supervisión, la coordinación y los mecanismos de información para la implantación del plan.
	4.8	El plan describe en detalle los sistemas de supervisión y de seguimiento para controlar el uso de los recursos y de la gestión de recursos humanos en todos los niveles.
	4.9	La gobernabilidad de las políticas nacionales incluye la descripción de los mecanismos de rendición de cuentas, supervisión, autoridad e información dentro del ministerio y de los departamentos relevantes.

5. RESULTADOS, SEGUIMIENTO Y REVISIÓN. Solidez de los mecanismos de revisión y evaluación y cómo se utilizan los resultados.

Atributo 17. Existe un plan para el seguimiento y la evaluación que incluye indicadores de resultado/impacto claramente descritos, con objetivos asociados plurianuales que puedan utilizarse para medir el avance y poder tomar decisiones basadas en su aplicación.	5.1	Existe un marco de trabajo detallado basado en la aplicación para realizar el seguimiento y la evaluación que incluye productos, resultados e indicadores de impacto válidos y fácilmente recopilables.
Atributo 18. El plan de seguimiento y evaluación incluye los recursos de información para los indicadores y la descripción de los flujos de información.	5.2	La implantación del seguimiento y la evaluación utiliza HMIS, encuestas y otros datos epidemiológicos desagregados por los principales determinantes de la salud, así como datos sobre la asignación de recursos.
	5.3	Los componentes del plan de seguimiento y evaluación incluyen una descripción de los flujos y brechas de información, de los recursos, de las metodologías y de los procesos.
Atributo 19. Existe un plan para el seguimiento y la evaluación que incluye la descripción de la recolección de datos/los métodos de gestión de los datos, las herramientas y los procesos analíticos (Incluyendo garantías de calidad).	5.4	Se identifican las brechas y las debilidades críticas en la implantación del plan de seguimiento y evaluación y se describe y se presupuesta una estrategia explícita para superarlas.
	5.5	El plan detalla los roles y las responsabilidades en todos los niveles para cada uno de los componentes de la gestión de los datos.
Atributo 20. Existe un plan para revisiones periódicas y conjuntas de su desarrollo (informes de resultados sobre los objetivos especificados y las metas respectivas explicativas de cualquier desviación), y procesos para el desarrollo de medidas relativas correctivas.	5.6	El sistema de seguimiento y evaluación se evalúa regularmente en el sentido de cómo se realiza el seguimiento de los avances y cómo se genera información necesaria.
	5.7	Un mecanismo de revisión multi-socio (independiente cuando sea necesario) proporciona inputs sistemáticamente y regularmente para evaluar el sector o la aplicación de un programa contra los objetivos anuales y a largo plazo.
	5.8	El plan detalla mecanismos creíbles y multi-socio para proporcionar conocimiento regular sobre el desempeño de los proveedores subnacionales y no estatales.
Atributo 21. El plan de seguimiento y evaluación describe los procesos por los que los resultados del mismo pueden influir en la toma de decisiones (incluyendo desembolsos financieros).	5.9	Los componentes del plan de seguimiento y evaluación detallan cómo se incorporarán formalmente los resultados de los análisis del desempeño en la toma de decisiones futura, incluyendo asignaciones de recursos y desembolsos financieros para los programas y los niveles subnacionales.

CAPÍTULO IV LA SALUD EN LA COOPERACIÓN DESCENTRALIZADA

1.- INTRODUCCIÓN

La cooperación descentralizada, compuesta por la cooperación de las comunidades autónomas (CCAA) y de las entidades locales (EELL) es un actor muy relevante y diferenciador de la cooperación española. Después del crecimiento continuo de los últimos años y las cifras récord del año 2008, el monto de la AOD proveniente de la cooperación descentralizada ha sufrido en 2009 una disminución significativa. Se han destinado 593.220.759 euros, cantidad que supone 20.263.900 euros menos y una disminución del 3,4% con respecto al año anterior.

El descenso se da en los dos actores de la cooperación descentralizada, la autonómica y la local, de una forma más pronunciada en la autonómica, como se observa en la tabla 4.1. En concreto, la cooperación autonómica desciende 18.671.236 euros (el 92% de la AOD descentralizada), mientras que la cooperación de las entidades locales lo hace en 1.592.664 euros. El mayor peso relativo de la cooperación autonómica, dentro de la cooperación descentralizada, provoca que la diferencia en el descenso porcentual entre ambos actores no sea tan acusada. El recorte de la AOD descentralizada en 2009 es mayor porcentualmente que el que se ha producido en el mismo periodo en la cooperación estatal.

TABLA 4.1. EVOLUCIÓN COOPERACIÓN DESCENTRALIZADA

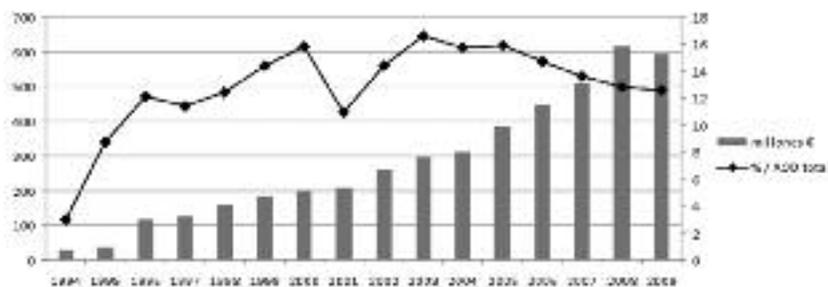
	2006	2007	2008	2009	Dif. 08-09
CC.AA.	323.908.212	389.753.319	464.709.158	446.037.922	-4,02%
EE.LL.	122.348.405	121.499.227	148.775.501	147.182.837	-1,08%
TOTAL	446.256.617	511.252.546	613.484.659	593.220.759	-3,30%

Fuente: elaboración propia a partir de datos de los seguimientos de los PACI 2006-2009

Si analizamos la tendencia histórica de la cooperación descentralizada en cifras absolutas, podemos observar que las de 2009 suponen un retroceso en el incremento continuo de los últimos 15 años. Si relacionamos la ayuda de comunidades autónomas y entidades locales con el conjunto de la AOD española, vemos que existe una tendencia a disminuir el peso relativo de la AOD descentralizada en el conjunto de la AOD española desde 2003, situándose en 2009 en el 12,54%, similar a los datos de 2008 (12,8%), lejos del 16,6% que se obtuvo en 2003. En años anteriores la explicación del descenso de la importancia de la cooperación descentralizada se debía al incremento del volumen de la ayuda de la Administración General del Estado (AGE), pero en 2009 la disminución se ha debido al menor gasto por parte de los actores de la cooperación descentralizada.

Las autonomías han aportado en 2009 el 9,4% del conjunto de la AOD española y las entidades locales solamente el 3,1%.

GRÁFICA 4.1. EVOLUCIÓN DE LA AOD DESCENTRALIZADA EN ESPAÑA. 1994-2009



Fuente: elaboración propia a partir de los datos del seguimiento de los PACI 1994 – 2009

En cuanto a la evolución del porcentaje de cada comunidad autónoma, no observamos grandes diferencias con respecto a los años anteriores, salvo el importante descenso que sufre la Comunidad Valenciana y el cada vez menor peso que tiene la AOD catalana en el conjunto de la ayuda autonómica, que se contrapone al incremento que todos los años mantiene el porcentaje de la ayuda andaluza.

TABLA 4.2. EVOLUCIÓN PORCENTAJE DE CADA CCAA EN EL TOTAL DE AOD AUTONÓMICA 2005 - 2009

CC.AA.	2005	2006	2007	2008	2009
Andalucía	14,25	16,37	20,99	20,82	22,27
Aragón	2,15	1,89	2,05	2,07	2,38
Asturias	3,28	3,54	3,32	2,53	2,54
Baleares	4,38	4,34	4,21	3,36	3,35
Canarias	1,83	2,47	4,56	4,03	3,64
Cantabria	1,8	1,58	1,4	1,1	1,31
Cataluña	16,56	17,57	14,82	13,52	12,85
CLM	11,49	10,75	9,29	8,68	10,40
CyL	3,35	3,61	3,36	2,22	2,66
Extremadura	2,27	1,81	2,54	1,96	3,09
Galicia	2,48	1,81	2,75	2,12	2,76
La Rioja	0,92	0,9	1,14	0,88	0,87
Madrid	8,12	10,23	7,95	8,39	8,54
Murcia	1,05	1,31	1,31	1,1	1,06
Navarra	6,25	5,11	4,88	4,45	4,63
País Vasco	11,66	8,84	7,54	8,79	8,89
C. Valenciana	8,13	7,86	7,86	13,95	8,78
Melilla	0,03	0	0,02	0,02	0,00
TOTAL	100	100	100	100	100

Fuente: elaboración propia a partir de los datos del seguimiento de los PACI 2005-2009.

Como podemos observar en la anterior tabla, la AOD autonómica se concentra históricamente en seis comunidades: Andalucía, Cataluña, País Vasco, Madrid, Comunidad Valenciana y Castilla-La Mancha, que en 2009 suponen más del 70% del total de AOD autonómica. Cuando desagregamos la AOD por modalidades de ayuda observamos que la mayor parte, el 87%, se destina a cooperación al desarrollo, el 5,2% a ayuda humanitaria y casi el 8% a educación para el desarrollo. Los porcentajes de las entidades locales no varían significativamente respecto de la cooperación autonómica, como podemos comprobar en la siguiente tabla.

TABLA 4.3. % AOD POR MODALIDADES DE AYUDA

Modalidades	CC.AA.	EE.LL.
Cooperación al desarrollo	86,96%	88,5%
Ayuda humanitaria	5,2%	3,8%
Educación para el desarrollo y sensibilización social	7,9%	7,7%

Fuente: elaboración propia a partir de los datos del seguimiento del PACI 2009

2. LAS CIFRAS DE LA COOPERACIÓN DE LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS

Las comunidades autónomas en su conjunto han destinado a AOD 446.037.922 euros. La contribución de cada una de ellas ha sido desigual.

Siete autonomías incrementan su AOD, destacando porcentualmente Andalucía con el 22,2% del total. Si nos fijamos en las cifras absolutas, Castilla-La Mancha y Extremadura, con más de 6 millones y de 4,6 millones de euros de aumento respectivamente, son las dos comunidades que más incrementan su AOD en 2009. Por el contrario, Cataluña disminuye en más de 5,5 millones de euros, aunque al ser una de las comunidades que más aporta a la AOD autonómica su variación porcentual es algo menor, cerca del 9%. Solamente seis autonomías tienen diferencias porcentuales de menos del 5% entre 2008 y 2009 y esta variación porcentual de la AOD autonómica entre 2008 y 2009 nos muestra claramente el comportamiento en dientes de sierra de la cooperación autonómica. Hay comunidades que aumentan el 56% su AOD como Extremadura o el 24% Galicia, mientras que hay otras como la Comunidad Valenciana que disminuye el 39,6%.

TABLA 4.4. AOD NETA POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS

CCAA	2006		2007		2008		2009		Variación 09-08	
	euros	%	euros	%	euros	%	euros	%	euros	%
Andalucía	53.034.861	16,37	81.798.541	20,99	96.775.351	20,82	99.333.442	22,27	2.558.091	2,6%
Aragón	6.132.286	1,89	8.008.170	2,05	9.610.565	2,07	10.603.015	2,38	992.450	10,3%
Asturias	11.477.261	3,54	12.938.623	3,32	11.776.201	2,53	11.325.801	2,54	-450.400	-3,8%
Baleares	14.047.932	4,34	16.414.377	4,21	15.594.107	3,36	14.924.160	3,35	-669.947	-4,3%
Canarias	7.999.941	2,47	17.778.637	4,56	18.746.030	4,03	16.225.134	3,64	-2.520.896	-13,4%
Cantabria	5.115.660	1,58	5.469.245	1,4	5.116.708	1,1	5.850.388	1,31	733.680	14,3%
Cataluña	56.921.600	17,57	57.768.931	14,82	62.827.889	13,52	57.301.759	12,85	-5.526.130	-8,8%
CLMancha	34.817.513	10,75	36.218.580	9,29	40.341.400	8,68	46.390.370	10,40	6.048.970	15,0%
CyLeón	11.691.192	3,61	13.114.683	3,36	10.333.747	2,22	11.886.118	2,66	1.552.371	15,0%
Extremadura	5.868.839	1,81	9.897.984	2,54	9.087.860	1,96	13.774.550	3,09	4.686.690	51,6%
Galicia	5.875.976	1,81	10.703.097	2,75	9.873.774	2,12	12.289.957	2,76	2.416.183	24,5%
La Rioja	2.914.337	0,9	4.436.818	1,14	4.078.224	0,88	3.866.889	0,87	-211.335	-5,2%
Madrid	33.150.446	10,23	30.973.098	7,95	38.979.100	8,39	38.078.638	8,54	-900.462	-2,3%
Murcia	4.230.278	1,31	5.121.307	1,31	5.130.756	1,1	4.744.959	1,06	-385.797	-7,5%
Navarra	16.540.843	5,11	19.017.170	4,88	20.699.796	4,45	20.649.818	4,63	-49.979	-0,2%
País Vasco	28.626.952	8,84	29.379.900	7,54	40.837.201	8,79	39.649.544	8,89	-1.187.657	-2,9%
C. Valenciana	25.462.295	7,86	30.629.358	7,86	64.815.651	13,95	39.143.379	8,78	-25.672.272	-39,6%
Melilla	0	0	84.800	0,02	84.800	0,02	0	0,00	0	-
TOTAL	323.908.212		323.908.212	100	389.753.319	100	464.709.158	100	74.955.839	-100,0%

Fuente: elaboración propia a partir de los datos del seguimiento de los PACI 2006-2009

Si analizamos la evolución de la AOD en los últimos años debemos destacar el importante incremento en algunas autonomías, como Galicia, Canarias y Extremadura que han duplicado la AOD desde 2006 a 2009. Si observamos a aquellas que tienen un mayor peso, deducimos que Andalucía casi duplica su aportación durante esos años, mientras que Cataluña, que partía en 2006 como la comunidad que más dinero destinaba a AOD, se ha estancado y prácticamente repite las mismas cifras.

No obstante, las cantidades absolutas no muestran el esfuerzo real que realizan las autonomías pues no tienen en cuenta variables tan relevantes como población o presupuesto. Para evitar estos sesgos analizamos en la siguiente tabla, como todos los años, los desembolsos de AOD de las comunidades autónomas en relación a esas variables, a las que unimos el análisis de las cantidades que se destinan a los PMA y a necesidades sociales básicas, con el fin de comprobar si la AOD autonómica está bien orientada en relación a dichas variables.

En 2009 las comunidades autónomas destinaron una media de 0,26% de su presupuesto a la AOD, lejos del 0,7% que se utiliza como referencia. Dicho año se destinó un promedio de 11,16 euros por habitante a cooperación; el 27,25% a las necesidades sociales básicas y el 19,3% a los PMA. Estos datos generales esconden una gran heterogeneidad que caracteriza la AOD autonómica, por lo que vamos a realizar un análisis pormenorizado de los resultados de cada comunidad autónoma.

Si analizamos el porcentaje del presupuesto que se destina a AOD, ninguna autonomía alcanza el 0,7%. Navarra aporta el 0,48% y sigue liderando, como en los últimos años, al resto de comunidades, seguida de Castilla-La Mancha (0,44%) y Baleares (0,42%). Igualmente, están en los últimos puestos Murcia (0,09%), Galicia (0,1%) y Castilla y León (0,13%), que son también las autonomías que menos esfuerzo en cooperación realizan por habitante.

En 2009 son diez las autonomías que han disminuido su porcentaje presupuestario de AOD, destacando sobre todas la Comunidad Valenciana, que después de un fuerte incremento en 2008, pasa del 0,46% al 0,27%, situándose en cifras parecidas a 2007. Baleares y Asturias siguen disminuyendo, como en años anteriores, el porcentaje que dedican a AOD. Las principales comunidades autónomas que bajan sus porcentajes, en cuanto a peso absoluto, son: País Vasco, Madrid, Cataluña y Andalucía.

TABLA 4.5. ESFUERZO RELATIVO DE LA AOD DE LAS CC.AA. 2007-2009. AOD DESEMBOLSADA

CCAA	2007				2008				2009			
	%AOD/presupuesto	AOD € capita	% SSB/AOD distribuible	% PMA	%AOD/presupuesto	AOD € capita	% SSB/AOD distribuible	% PMA	%AOD/presupuesto	AOD € capita	% SSB/AOD distribuible	% PMA
Andalucía	0,28%	10,33	30,92%	10,68%	0,30%	11,8	15,46%	9,67%	0,29%	11,9	18,81%	18,17%
Aragón	0,16%	6,28	37,68%	16,99%	0,17%	7,24	34,05%	15,17%	0,18%	7,8	27,49%	12,43%
Asturias	0,33%	12,23	32,40%	17,19%	0,30%	10,9	36,37%	17,45%	0,25%	10,4	27,86%	18,02%
Baleares	0,57%	16,18	39,63%	8,27%	0,47%	14,54	30,17%	10,33%	0,42%	13,6	26,01%	11,07%
Canarias	0,26%	8,9	25,55%	37,70%	0,25%	9,03	25,18%	40,39%	0,21%	7,7	30,66%	29,55%
Cantabria	0,25%	9,7	35,69%	5,77%	0,21%	8,79	29,17%	4,61%	0,23%	9,9	32,34%	26,53%
Cataluña	0,21%	8,15	23,98%	22,51%	0,22%	8,53	18,09%	23,10%	0,19%	7,6	13,63%	22,42%
CL Mancha	0,44%	18,77	44,77%	14,92%	0,39%	15,77	43,07%	18,27%	0,44%	18,1	28,81%	25,73%
C y León	0,14%	5,28	42,64%	15,13%	0,12%	5,06	35,09%	22,31%	0,13%	5,7	37,83%	17,87%
Extremadura	0,20%	9,21	39,10%	26,63%	0,16%	8,28	32,39%	30,55%	0,24%	12,4	30,94%	26,41%
Galicia	0,10%	3,93	17,24%	19,34%	0,09%	3,55	21,95%	40,23%	0,10%	4,4	19,51%	18,38%
La Rioja	0,36%	14,49	20,67%	6,82%	0,31%	12,84	32,37%	6,47%	0,29%	12	32,65%	16,24%
Madrid	0,17%	5,12	31,04%	11,27%	0,21%	6,22	29,65%	16,05%	0,19%	5,9	30,48%	13,51%
Murcia	0,12%	3,74	22,03%	7,43%	0,11%	3,6	36,36%	8,07%	0,09%	3,2	37,44%	7,02%
Navarra	0,49%	31,9	35,47%	19,79%	0,48%	33,37	31,45%	18,03%	0,48%	32,7	28,98%	20,89%
País Vasco	0,34%	13,83	15,07%	16,93%	0,41%	18,93	13,47%	12,65%	0,38%	18,2	11,71%	23,84%
C. Valenciana	0,23%	6,44	23,81%	13,57%	0,46%	12,89	39,14%	15,39%	0,27%	7,6	28,23%	19,92%
Melilla	0%	1,26	-	-	0,04%	1,19	-	62,50%	0%	-	-	-

Fuente: elaboración propia a partir de los datos del seguimiento de los PACI 2007- 2009

Navarra, como desde hace varios años, lidera el esfuerzo en AOD por habitante, destinando casi 33 euros por habitante, casi el doble que las dos siguientes comunidades, Castilla-La Mancha y País Vasco, que destinan algo más de 18 euros por persona. Por otra parte, Murcia, Galicia y Castilla y León repiten como las comunidades que menos dinero destinan por habitante a cooperación, aunque las dos últimas incrementan las ci-

fras con respecto a 2009. Diez autonomías reducen en 2009 la AOD per cápita, algunas de manera poco relevante, destacando la Comunidad Valenciana con una reducción de más de cinco euros por persona. Los incrementos más importantes se producen en Extremadura, con más de cuatro euros por habitante, y Castilla-La Mancha con más de dos euros por persona.

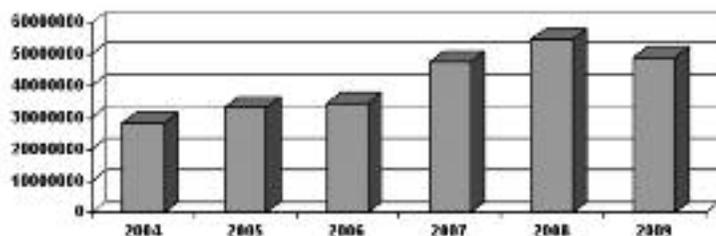
En cuanto al compromiso de destinar el 20% de la AOD a servicios sociales básicos, en 2009 lo cumplen 13 de las 17 autonomías y se siguen manteniendo por debajo de este porcentaje tres de las comunidades que más aportan a la AOD: Andalucía, Cataluña y País Vasco -estas dos últimas no se acercan ni al 15%-.

Si analizamos el esfuerzo que se dedica para trabajar en los países menos avanzados, podemos constatar que los resultados son positivos: siete comunidades autónomas superan el 20%. Canarias sigue liderando, pero con un porcentaje menor que en 2008 -29,5%-, le siguen Cantabria (que el año anterior apenas destinaba dinero a los PMA) y Extremadura, con 26,5% y 26,4% respectivamente.

3. LA SALUD EN LA COOPERACIÓN AUTONÓMICA

La cooperación autonómica sigue siendo uno de los agentes más relevantes de la cooperación española en el sector salud. Sin embargo, y como vemos en la gráfica 4.2., debemos subrayar que en 2009 la ayuda sanitaria autonómica disminuyó en sus cifras absolutas y, con 48.629.706 €, se colocó prácticamente en los niveles de 2007. Por lo tanto, la salud tiene un peso de 10'9% en el conjunto de la AOD autonómica, lo que supone que sigue perdiendo peso relativo en la cooperación autonómica (en 2008 era de 11,7%) y alejándose más del objetivo de destinar el 15% de la AOD a salud.

GRÁFICA 4.2. EVOLUCIÓN DE AOD EN SALUD PROCEDENTE DE CCAA (INCLUYE VÍA OMUDES)



Fuente: elaboración propia a partir de los datos del seguimiento de los PACI 2004-2009

Esta disminución de las cifras absolutas también se refleja en el peso porcentual de la cooperación sanitaria autonómica, situándose en el 9,75% del total de la AOD sanitaria del conjunto del Estado, casi un 1,22% menos que en 2008.

Se mantiene, como en años anteriores, la gran diferencia entre autonomías en cuanto al presupuesto que destinan a salud. Tanto Cataluña como Andalucía mantienen su liderazgo por el presupuesto que dedican a ese sector, acompañadas este año por Castilla-La Mancha y Navarra. La suma de las cuatro comunidades supone más del 56% de toda la ayuda autonómica destinada a salud.

Hay que destacar que el descenso global del presupuesto para AOD en salud no es uniforme; nueve autonomías disminuyen sus presupuestos en salud y ocho los aumentan. Cabe resaltar la disminución en la Comunidad Valenciana, que después del importante incremento que tuvo en 2008 se sitúa en 2009 en cifras más bajas que en 2007, así como el descenso del 30% en Cataluña, a pesar de que se mantiene en el segundo lugar en cifras absolutas. En el aspecto positivo destacamos el fuerte incremento de Andalucía, con un 100% más que el año anterior.

TABLA 4.6. DISTRIBUCIÓN DE LA AOD EN SALUD DE LAS CCAA 2009

CCAA	2007		2008		2009		% ADO 2009
	Monto (€)	%	Monto (€)	%	Monto (€)	%	
Andalucía	8.346.774	17,66	5.940.434	10,93	11.834.120	24,34	22,27%
Aragón	1.309.722	2,77	1.350.003	2,48	995.441	2,05	2,38%
Asturias	1.938.653	4,1	1.249.923	2,3	1.376.376	2,83	2,54%
Baleares	1.706.446	3,61	1.931.632	3,55	689.650	1,42	3,35%
Cantabria	543.470	1,15	481.701	0,89	865.373	1,78	1,31%
Canarias	2.356.703	4,99	2.126.988	3,91	2.282.596	4,69	3,64%
Cataluña	8.329.352	17,62	9.630.898	17,72	6.547.897	13,46	12,85%
CLM	5.109.522	10,81	4.545.804	8,36	4.600.579	9,46	10,40%
CyL	1.113.746	2,36	1.552.200	2,86	1.542.406	3,17	2,66%
Extremadura	1.964.053	4,15	1.317.921	2,42	1.768.471	3,64	3,09%
Galicia	1.133.726	2,4	840.544	1,55	1.173.367	2,41	2,76%
La Rioja	493.000	1,04	692.500	1,27	519.000	1,07	0,87%
Madrid	3.069.842	6,49	5.330.517	9,81	3.917.776	8,06	8,54%
Murcia	714.888	1,51	155.991	0,29	260.979	0,54	1,06%
Navarra	3.684.119	7,79	3.488.482	6,42	4.573.829	9,41	4,63%
País Vasco	1.592.359	3,37	2.808.327	5,17	1.903.295	3,91	8,89%
C Valenciana	3.868.491	8,18	10.907.533	20,07	3.778.551	7,77	8,78%
Total	47.274.866	100	54.351.397	100	48.629.706	100	100,00%

Fuente: elaboración propia a partir de los datos del seguimiento de los PACI 2007-2009

La AOD en el sector salud por parte de las comunidades autónomas, como agentes importantes de la cooperación española, debe mejorar su predictibilidad a través de procesos de planificación adecuados que permitan mantener la ayuda constante en el sector. Aunque las autonomías no tienen un compromiso firmado con la Declaración de París sobre la Eficacia de la Ayuda al Desarrollo ni la Agenda de Accra, es importante que, sin perder su propia identidad como agentes de cooperación, vayan incorporando dichos acuerdos internacionales a su propia agenda de trabajo. Es difícil generar procesos de desarrollo si cada año existe una enorme variabilidad en el presupuesto destinado al sector salud, lo que impide a los receptores de la ayuda planificar de forma eficaz sus propios recursos, necesarios para llevar a cabo los procesos de cooperación. Para ello deberán establecer marcos más ajustados y previsiones presupuestarias creíbles y suficientes para dar cumplimiento a los compromisos voluntariamente adquiridos.

Como vemos en la siguiente tabla, la vía de canalización de la AOD sanitaria autónoma se centra de forma prioritaria en ONGD españolas, normalmente del propio ámbito autonómico, que reciben más del 70% del presupuesto global para cooperación sanitaria. Este dato reafirma la percepción de que la ayuda autónoma suele estar definida en gran medida por la sociedad civil, lo que normalmente debe implicar una mayor orientación hacia las poblaciones más vulnerables u olvidadas. Hay que tener en cuenta, igualmente, el trabajo en consorcio con otras entidades públicas españolas y sobre todo el trabajo con entidades públicas locales (la segunda vía de canalización en orden de importancia), mayor que con ONGD del país receptor, posiblemente porque la vía de contacto con la sociedad civil local sea a través de las ONGD de su propia comunidad. A pesar de ser una cantidad anecdótica, queremos señalar la aparición de las entidades lucrativas como vía de canalización.

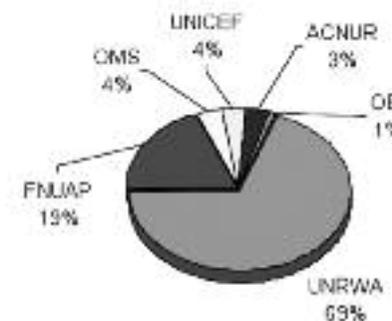
TABLA 4.7. VÍA DE CANALIZACIÓN DE LA AOD EN SALUD AUTONÓMICA		
VIAS DE CANALIZACION	AOD salud 2009	%
Entidades públicas del país donante	2.104.231 €	4,33
Entidades públicas del país socio	4.909.000 €	10,09
ONGD internacionales	1.162.526 €	2,39
ONGD nacionales del país donante	34.586.495 €	71,12
ONGD del país socio	96.010 €	0,20
Otras ENL del país donante	553.791 €	1,14
Otras ENL del país socio	1.865.773 €	3,84
Naciones Unidas	3.249.448 €	6,68
Otros organismos multilaterales	37.200 €	0,08
Entidades lucrativas del país donante	29.800 €	0,06
Otras sin clasificar	35.432 €	0,07
TOTAL	48.629.706 €	100,00

Fuente: elaboración propia a partir de los datos del seguimiento del PACI 2009

3.1. Distribución de AOD autónoma en salud vía organismos multilaterales de desarrollo (OMUDES)

La apuesta por los organismos multilaterales en salud por parte de las autonomías sigue sin ser un elemento prioritario a la hora de definir la AOD sanitaria autónoma, si bien alcanza ya porcentajes cercanos al 7%. Las cifras absolutas apenas variaron respecto al año anterior, situándose en 3.286.648 euros, aunque el porcentaje aumenta debido a la disminución de la AOD sanitaria de 2009. La variabilidad con respecto al año anterior aparece sobre todo en su distribución. Desaparece el primer receptor del año pasado, el Fondo Global contra el Sida, la Malaria y la Tuberculosis; el UNRWA (United Nations Relief and Works Agency for Palestine Refugees in the Near East), con 2.270.000 euros, lidera en 2009 el presupuesto vía OMUDES. El Fondo de Naciones Unidas para la Población (FNUAP) recibió 629.448 euros, y el resto de actores implicados (OMS, ACNUR, UNICEF, OEI) recibieron cada uno menos del 5% del presupuesto vía OMUDES.

GRÁFICA 4.3. DISTRIBUCIÓN DE LA AOD DE LAS CCAA VÍA OMUDES. 2009



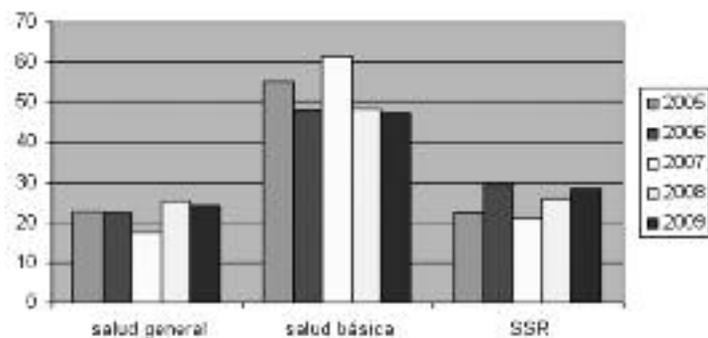
Fuente: elaboración propia a partir de los datos del seguimiento del PACI 2009

Como ya señalamos en informes anteriores, la ayuda debe estar sustentada por unos procesos de planificación que permitan definir con precisión las prioridades de trabajo en cooperación sanitaria. Es necesario que la cooperación autónoma, al igual que la estatal, seleccione aquellas iniciativas multilaterales que vayan a tener mayor impacto, eficacia y sostenibilidad, que mantenga un apoyo en un amplio espacio de tiempo sin excesivas variaciones en cuanto a los receptores de la ayuda, y que el soporte a las iniciativas no afecte negativamente a la cooperación bilateral ni sea incoherente con ella.

3.2. Composición sectorial de la ayuda autonómica en salud

Al desglosar la cooperación autonómica en salud en los tres sectores básicos que promueve el CAD, observamos el incremento de dos puntos y medio porcentuales en la salud sexual y reproductiva, lo que indica que no hay grandes diferencias con respecto al año anterior, aunque sí las hay respecto a la cooperación estatal. Mientras que en 2009 la salud sexual y reproductiva es el sector más importante en el conjunto de la cooperación española, en la autonómica el sector líder sigue siendo la salud básica con el 47%, seguido de la salud sexual y reproductiva con el 28%, dejando en tercer lugar la salud general (24%). Aunque sería deseable un equilibrio entre los tres sectores, consideramos que la salud básica es el sector que más favorece la atención primaria de salud y el fortalecimiento de los sistemas de salud, los dos ejes estratégicos que deben orientar toda la ayuda en salud.

GRÁFICA 4.4. DISTRIBUCIÓN SECTORIAL DE AOD EN SALUD DE LAS CCAA. 2005-2009



Fuente: elaboración propia a partir de los datos del seguimiento del PACI 2009

En general, existe en la cooperación autonómica una importante concentración de la AOD sanitaria en seis subsectores CRS, dos de cada sector. Esta concentración es muy heterogénea, y sería más positiva si se diera en los subsectores más importantes para conseguir el fortalecimiento de los sistemas sanitarios y la puesta en marcha de una estrategia de APS. Podemos observar que la infraestructura sanitaria básica lidera los subsectores con el 17,68% del total de la AOD autonómica en salud, le sigue la atención en salud reproductiva con el 17,03% y la atención sanitaria básica con el 13,80%. En el sector de salud general, el apoyo a las políticas (10,64%) y los servicios médicos (9,52%) son los dos subsectores que reciben la mayor parte de la AOD sanitaria autonómica, y

en sexto lugar aparece la lucha contra las ETS (7,90%). Cabe destacar el peso residual que tienen en la salud autonómica algunos subsectores importantes dentro de la atención primaria de salud y en el fortalecimiento de los sistemas de salud como la planificación familiar o la formación de personal.

Cód		2006		2007		2008		2009	
		miles €	%	miles €	%	miles €	%	miles €	%
121	Salud General	7.740	22,5	8.285	17,5	13.777	25,35	11.739	24,14
12110	Política sanitaria y gestión administrativa	2.953	8,6	2.044	4,3	3.669	6,75	5.162	10,62
12181	Enseñanza / formación médicas	853	2,5	922	2	739	1,36	796	1,64
12182	Investigación médica	0	0	867	1,8	1.155	2,13	1.151	2,37
12191	Servicios médicos	3.934	11,4	4.451	9,4	8.214	15,11	4.630	9,52
122	Salud básica	16.570	48,1	29.052	61,5	26.383	48,54	22.982	47,26
12220	Atención sanitaria básica	5.790	16,8	9.327	19,7	6.987	12,86	6.712	13,80
12230	Infraestructura sanitaria básica	4.851	14,1	12.679	26,8	8.945	16,46	8.599	17,68
12240	Nutrición básica	1.188	3,4	2.067	4,4	3.203	5,89	3.404	7,00
12250	Control enfermedades infecciosas	2.511	7,3	1.547	3,3	2.818	5,18	1.328	2,73
12261	Educación sanitaria	954	2,8	733	1,6	1.713	3,15	811	1,67
12262	Control de la malaria			473	1	557	1,03	621	1,28
12263	Control de la tuberculosis			228	0,5	332	0,61	263	0,54
12281	Formación personal sanitario	1.276	3,7	1.997	4,2	1.827	3,36	1.244	2,56
130	Población y salud reproductiva	10.135	29,4	9.938	2,1	14.191	26,11	13.908	28,60
13010	Política sobre población y gestión administrativa	3.717	10,8	79	0,2	685	1,26	281	0,58
13020	Atención salud reproductiva	0	0	2.675	5,7	8.349	15,36	8.280	17,03
13030	Planificación familiar	0	0	416	0,9	33	0,06	246	0,51
13040	Lucha contra ETS, incluida SIDA	6.306	18,3	6.639	14	3.897	7,17	3.841	7,90
13081	Formación personal para población. Y Salud Reproductiva	112	0,3	129	0,3	1.226	2,26	1.260	2,59
	TOTAL	34.445	100	47.275	100	54.351	100	48.629	100

Fuente: elaboración propia a partir de los datos del seguimiento de los PACI 2006-2009

Considerando los cuatro últimos años, como podemos observar en las siguientes gráficas, da la impresión de que hay una tendencia a la estabilización de los principales subsectores, salvo en los de salud general.

Consideramos positivo que disminuyan los servicios médicos y crezca el presupuesto dedicado al apoyo a las políticas de salud, pero este hecho deberá ser refrendado durante los próximos años, dado el comportamiento tan errático de los últimos años de los porcentajes asignados a los subsectores de la cooperación autonómica en salud. En cuanto a la salud básica, tanto la infraestructura sanitaria básica como la atención sanitaria básica mantienen su papel destacado en el sector. En salud reproductiva se estabiliza la lucha contra ETS y sida, que el año anterior sufrió una gran disminución en su presupuesto.

TABLA 4.9. EVOLUCIÓN DE LOS DIFERENTES SUBSECTORES DE LA AOD AUTONÓMICA EN SALUD

	2006	2007	2008	2009
Salud General				
Política sanitaria y gestión administrativa	2.953	2.044	3.669	5.162
Enseñanza / formación médicas	853	922	739	796
Investigación médica	0	867	1.155	1.151
Servicios médicos	3.934	4.451	8.214	4.630
Salud básica				
Atención sanitaria básica	5.790	9.327	6.987	6.712
Infraestructura sanitaria básica	4.851	12.679	8.945	8.599
Nutrición básica	1.188	2.067	3.203	3.404
Control enfermedades infecciosas	2.511	1.547	2.818	1.328
Educación sanitaria	954	733	1.713	811
Control de la malaria		473	557	621
Control de la tuberculosis		228	332	263
Formación personal sanitario	1.276	1.997	1.827	1.244
Población y salud reproductiva				
Política sobre población y gestión administrativa	3.717	79	685	281
Atención salud reproductiva	0	2.675	8.349	8.280
Planificación familiar	0	416	33	246
Lucha contra ETS, incluida SIDA	6.306	6.639	3.897	3.841
Formación personal para población. Y Salud Reproductiva	112	129	1.226	1.260

Fuente: elaboración propia a partir de los datos del seguimiento de los PACI 2006-2009

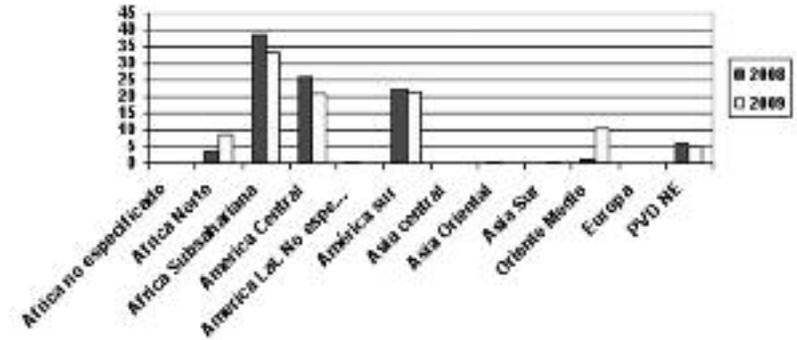
3.3. Distribución geográfica de la ayuda en salud

América Latina, con el 42,16%, es el continente que más ayuda en salud recibe de la cooperación autónoma, a pesar de disminuir más de seis puntos porcentuales desde 2008. Casi el mismo porcentaje recibe África con el 42,15%. La cooperación con Asia y Oriente Medio se incrementó de manera notable hasta alcanzar el 10,67%, pero se debe casi exclusivamente a la ayuda enviada a Oriente Medio. La cooperación con Europa sigue siendo testimonial. Con respecto a la ayuda no especificada, en 2009 ha disminuido hasta el 4,94%, más de un punto por debajo de las cifras de 2008, alcanzando 2.403.270 euros. A pesar de esta disminución, la cooperación autónoma debe seguir esforzándose en determinar la distribución sectorial y geográfica de su AOD para evitar que esas cifras puedan interferir en el correcto análisis de los datos y de las prioridades de la AOD autónoma en salud.

África subsahariana sigue siendo la región mundial que más ayuda autónoma recibe en salud, superando los 16 millones de euros (33,19%), pero disminuyendo en unos 5 millones de euros respecto de las cifras de 2008. Esta disminución también se refleja en la ayuda que reciben América del Sur -que alcanza el segundo lugar con 10.350.630

euros-, y América Central y Caribe que en 2009 pasa al tercer lugar, con 10.144.091 euros. El norte de África recibe algo más 4 millones de ayuda duplicando las cantidades del año anterior y baja al quinto lugar, por detrás de Oriente Medio que, con 5.049.895 euros, multiplica por seis la ayuda que recibió en 2008.

GRÁFICA 4. 5. DISTRIBUCIÓN REGIONAL DE LA AOD EN SALUD DE LAS CCAA 2008/2009 (%)



Fuente: elaboración propia a partir de los datos del seguimiento de los PACI 2008-2009

En cuanto a la distribución geográfica por subsectores, destacamos que la salud básica es el subsector prioritario en casi todas las regiones del mundo (con especial mención al norte de África y a América del Sur) en las que está presente la cooperación autónoma en salud, salvo en Oriente Medio y Asia meridional, donde la salud reproductiva es el subsector prioritario. Señalamos también que, cuando no se especifican los países, la prioridad casi absoluta la tiene la salud general.

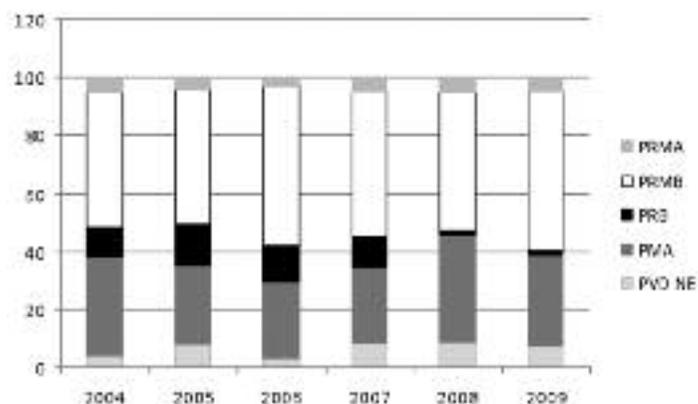
TABLA 4.10. DISTRIBUCIÓN DE LA AOD EN SALUD DE LAS CCAA POR SECTORES 2009 AOD DESEMBOLSADA

	SALUD GENERAL		SALUD BÁSICA		SALUD REPRODUCTIVA		TOTALES	
	Euros	%	Euros	%	Euros	%	Euros	%
AFRICA NORTE	924.341	15,16	4.382.332	71,89	789.611	12,95	6.096.284	12,54
AFRICA SUBSAHARIANA	2.924.650	20,30	5.787.504	40,18	5.692.222	39,52	14.404.376	29,62
AMERICA CENTRAL	2.175.089	21,53	4.841.429	47,92	3.087.656	30,56	10.104.174	20,78
AMERICA DEL SUR	2.428.317	23,35	6.258.851	60,19	1.711.059	16,46	10.398.227	21,38
ASIA SUR	48.691	34,97		0,00	90.564	65,03	139.255	0,29
ORIENTE MEDIO	1.546.759	30,63	1.298.892	25,72	2.204.244	43,65	5.049.895	10,38
PVD NO ESPECIFICADOS	1.691.154	70,37	379.001	15,77	333.115	13,86	2.403.270	4,94
EUROPA	0	0,00	34.227	100,00	0	0,00	34.227	0,07
TOTAL	11.738.999	24,14	22.982.235	47,26	13.908.472	28,60	48.629.707	100,00

Fuente: elaboración propia a partir de los datos del seguimiento del PACI 2009

Si observamos lo que ha sucedido en los últimos años con respecto a la distribución de la AOD autonómica en salud en función del nivel de renta de los países receptores, en 2009 se mantiene la misma tendencia en la apuesta clara por los países de renta media baja, que reciben más del 55% del total de la ayuda. Con respecto a los PMA, si bien el conjunto de las autonomías destina más del 30% de sus recursos a estos países en 2009, hay un descenso de más de cinco puntos con respecto al año anterior. Aunque se mantiene en un porcentaje aceptable, sería muy importante que no se consolidara una tendencia descendente, aspecto que deberemos analizar en los próximos años. Aunque las cifras no son importantes, se apuesta más por países de renta media alta (4,77%) que por países de renta baja cuya insignificante presencia (1,27%) consolida una tendencia comenzada el año anterior. La mayor apuesta por los países de rentas medias obliga a la cooperación autonómica a tener presente que debe concentrar este tipo de ayuda en las bolsas de pobreza si quiere ser más eficaz, ya que son las poblaciones que presentan mayores problemas de salud.

GRÁFICA 4.6. ASIGNACIÓN DE LA AYUDA EN FUNCIÓN DE LA RENTA



Fuente: elaboración propia a partir de los datos del seguimiento de los PACI 2004-2009

El monto total de AOD en salud destinado a PMA, que supuso el 31,8% de la AOD en salud de las comunidades autónomas, ha disminuido alrededor de 3 millones y medio entre 2008 y 2009, es decir, 5 puntos porcentuales menos. Existen grandes variaciones entre autonomías, oscilando entre el 9,5% y el 47%. En 11 comunidades se superó el 30% de AOD en salud hacia PMA sobre el total de la AOD para este sector.

TABLA 4.11. AOD EN SALUD DIRIGIDA A PMA POR LAS CCAA. 2009 AOD DESEMBOLSADA

CC.AA.	AOD en salud dirigida a PMA 2009		% AOD en salud para PMA/ total dirigido a PMA	Total AOD dirigida a PMA 2009
	Euros	% sobre AOD sanitaria		
C. Valenciana	1.514.778	42,29	19,42	7.798.638
País Vasco	516.041	27,11	5,46	9.451.408
Navarra	2.183.278	47,73	50,62	4.313.001
Murcia	25.000	9,58	7,50	333.273
Madrid	1.589.530	40,57	30,90	5.143.476
La Rioja	140.000	26,97	22,29	628.172
Galicia	458.285	39,06	20,29	2.259.175
Extremadura	738.896	41,78	20,31	3.637.906
Cataluña	1.881.614	28,74	14,64	12.848.341
Castilla-La Mancha	1.865.561	41,90	15,63	11.934.625
Castilla y León	646.300	40,55	30,42	2.124.339
Cantabria	288.212	33,30	18,57	1.551.898
Canarias	992.618	43,49	20,71	4.793.755
Baleares	236.317	34,27	14,30	1.652.373
Asturias	138.996	10,1	6,81	2.040.945
Aragón	302.164	30,35	22,93	1.318.005
Andalucía	1.741.565	14,72	9,65	18.053.321
TOTAL	15.259.154	31,38	31,38	48.629.706

Fuente: elaboración propia a partir de los datos del seguimiento del PACI 2009

Hay 57 países destinatarios de la AOD sanitaria autonómica y los diez que más recursos reciben están incluidos entre los países prioritarios A y B de la cooperación española. En 2009 la lista de los diez mayores receptores está encabezada por los Territorios Palestinos (más de cinco millones de euros); Perú mantiene el segundo puesto y Mozambique pasa del primer al quinto lugar. Estos 10 países reciben el 57% de toda la AOD sanitaria autonómica, si bien debemos destacar que el monto destinado a países no especificados se sitúa en el séptimo lugar de la AOD autonómica con 2.403.270 euros. En 2009 se produce una distribución más uniforme por las distintas regiones del mundo: en América Latina hay cuatro países entre los 10 mayores receptores; en África subsahariana tres y en el norte de África dos. Conviene señalar que se mantiene la variabilidad de la ayuda autonómica: cuatro de esos países no estaban entre los 10 primeros en 2008.

PAÍS	DESEMBOLSO 2009
Territorios Palestinos	5.018.562
Perú	4.195.024
Marruecos	3.084.091
Nicaragua	2.729.408
Mozambique	2.609.941
Guatemala	2.439.668
El Salvador	2.096.761
Senegal	1.890.826
Rep. Dem. Congo	1.845.434
Mauritania	1.834.302

Fuente: elaboración propia a partir de los datos del seguimiento del PACI 2009

Cuatro de estos países prioritarios (Mozambique, República Democrática del Congo, Perú y Marruecos) coinciden con los países prioritarios de la cooperación estatal, disminuyendo la concentración geográfica del año anterior (había 6 coincidencias). Solamente Mozambique repite dentro de estas coincidencias, lo que fundamenta aún más la baja predictibilidad que tiene la ayuda autonómica.

En cuanto a la orientación geográfica según las categorías de países del Plan Director, observamos que el conjunto de la AOD autonómica en salud destina más del 84% a los países prioritarios de los grupos A y B, que son los que deben recibir el grueso de la ayuda, mientras que la cooperación española en su conjunto se queda en un 62%. Estos datos nos pueden indicar que la cooperación autonómica en salud está más orientada a las prioridades geográficas del Plan Director que la propia cooperación estatal en su conjunto y que, por tanto, asume en gran medida la concentración geográfica que ha propuesto la cooperación estatal en el Plan Director. En cuanto al porcentaje distribuido a otros países que no están priorizados en el Plan Director, la cooperación autonómica destina un porcentaje mucho más bajo que la del conjunto de la cooperación española, aunque más del doble si solamente tenemos en cuenta la AOD bilateral estatal en salud.

PRIORIDADES III PD	AOD SALUD 2009	%
Grupo A	34.646.659 €	75,15%
Grupo B	4.453.403 €	9,66%
Grupo C	2.198.222 €	4,77%
No prioritario	4.807.858 €	10,43%
TOTAL especificado	46.106.143 €	100%
No especificado	2.523.564 €	

Fuente: elaboración propia a partir de los datos del seguimiento del PACI 2009

4. LAS ENTIDADES LOCALES

Por entidades locales (EELL) entendemos cualquier institución pública por debajo del rango de comunidad autónoma, es decir, diputaciones provinciales, ayuntamientos, mancomunidades, comarcas, etc... El análisis de estas instituciones presenta, como ya comentamos en el informe del año pasado, una gran dificultad debido a la gran variedad que engloba la definición de entidad local. En 2009, 131 entidades locales han destinado recursos de su AOD al sector de la salud: de los 130.234.290 euros solamente 10.968.470, menos del 8,5%, se ha destinado a dicho sector.

Si analizamos la AOD en salud de las entidades locales por la comunidad a la que pertenecen (ver la siguiente tabla), observamos que son las entidades locales pertenecientes a la Comunidad Autónoma de Madrid las que destinan más dinero a este sector con 2.459.203 euros, al igual que sucedió en 2008. Cataluña y Andalucía son las comunidades con el mayor número de entidades locales que destinan recursos a salud: 21 en cada una de ellas.

EELL / CCAA	AOD SALUD 2009	Nº EELL
EELL Andalucía	1.019.969 €	21
EELL Aragón	604.504 €	6
EELL Asturias	590.352 €	5
EELL Baleares	400.465 €	3
EELL Canarias	118.672 €	3
EELL Cantabria	35.469 €	2
EELL Cataluña	1.321.177 €	21
EELL País Vasco	1.525.842 €	10
EELL Castilla - La Mancha	265.297 €	10
EELL Castilla y León	848.363 €	6
EELL Extremadura	69.500 €	2
EELL Galicia	190.490 €	2
EELL La Rioja	158.000 €	2
EELL Madrid	2.459.203 €	13
EELL Murcia	200.529 €	7
EELL Navarra	498.598 €	4
EELL C. Valenciana	662.040 €	14
TOTAL	10.968.470 €	131

Fuente: elaboración propia a partir de los datos del seguimiento del PACI 2009

Estas cifras pueden ser un poco engañosas. El conjunto de las entidades locales de la Comunidad de Madrid están muy influenciadas por el Ayuntamiento de Madrid que destina 1.997.927 euros a la AOD en salud, un 81% del total de esa Comunidad. En 2010

dicho ayuntamiento ha decidido no aportar fondos para cooperación, con las consecuencias que supondrá en el análisis que realizaremos el año próximo. El Ayuntamiento de Madrid debería reconsiderar su postura, no por su influencia en las cifras del conjunto de la cooperación local de la Comunidad de Madrid, sino porque, como explicaremos en el siguiente apartado, la cooperación local tiene un valor añadido para la cooperación sanitaria que no se debe perder. La cooperación no es una herramienta de caridad sino un instrumento para lograr un mundo más equitativo y para que los derechos humanos, en este caso el derecho a la salud y el acceso a los servicios sanitarios, no sean un privilegio de una minoría sino que todas las personas los vean reconocidos. Las asignaciones a cooperación no deberían ser una partida más en los presupuestos de las instituciones, sino una prioridad.

En cuanto a otras entidades locales que dedican mayor presupuesto a la AOD en salud, en 2009 ocupa el segundo lugar la Diputación Foral de Vizcaya que ha destinado 1.004.017 euros y el incremento del Ayuntamiento de Barcelona que casi ha multiplicado por diez lo que destinó en 2008. Los ayuntamientos de Palma de Mallorca, Pamplona y Zaragoza se mantienen junto al de Madrid entre los que más recursos invierten en cooperación sanitaria.

EELL	AOD SALUD 2009
Ayto. Madrid	1.997.927 €
Dip. Foral Vizcaya	1.004.017 €
Ayto. Barcelona	757.542 €
Ayto. Zaragoza	429.209 €
Ayto. Palma de Mallorca	352.132 €
Ayto. Pamplona	337.064 €
Ayto. Gijón	312.000 €

Fuente: elaboración propia a partir de los datos del seguimiento del PACI 2009

En su conjunto, las entidades locales han realizado 440 acciones de cooperación sanitaria, manteniendo, como en 2008, una gran diversidad, ya que las cantidades desembolsadas varían dentro de un amplio rango. Existen acciones que apenas han alcanzado los 300 euros de desembolso y, sin embargo, hay otras que llegan a los 280.000 euros. Este comportamiento, como ya dijimos en el informe anterior, es coherente con el papel que las entidades locales deben tener en cooperación pues suelen estar muy condicionadas por las propuestas presentadas por la sociedad civil local y sirven para desarrollar pequeños proyectos que pueden quedar al margen de las grandes líneas de trabajo en el sector, pero solucionan problemas reales en determinadas comunidades.

Como en 2008, debemos destacar que en 2009 esta atomización no supone una orientación geográfica muy distinta al resto de actores. De hecho, más del 78% de esta ayuda coincide con las prioridades geográficas del Plan Director de la cooperación estatal, más que el conjunto de la cooperación española y equiparándose a la AOD bilateral en salud. Siendo el segundo año que observamos estos datos, podemos inferir que la cooperación local mantiene una tendencia a la coordinación con las prioridades de la cooperación española, aunque no sabemos aún si esta concordancia se busca directamente desde la cooperación local.

PRIORIDADES III PD	AOD SALUD 2009	%
Grupo A	7.286.990 €	67,75%
Grupo B	1.109.240 €	10,31%
Grupo C	797.529 €	7,42%
No prioritario	1.561.754 €	14,52%
TOTAL especificado	10.755.514 €	100%
No especificado	212.956 €	

Fuente: elaboración propia a partir de los datos del seguimiento del PACI 2009

En cuanto a orientación geográfica por el nivel de renta de los receptores, las entidades locales tienen un comportamiento bastante similar a la cooperación autonómica. Apoyan preferentemente a los países de renta media baja, con el 46,8%, seguido de los PMA con un 33,2%. Como ocurría en la AOD autonómica, se apuesta más por países de renta media alta (7,5%) que por países de renta baja (2,8%). Destacamos también el elevado porcentaje de países no especificados (9,8%) que puede ser debido al apoyo que reciben determinados pueblos (palestinos, saharauis) que no están clasificados como países.

Clasificación según nivel de renta		Cantidades en €	%
No Especificado (NE)		1.069.442	9,8
Países Menos Adelantados (PMA)		3.641.275	33,2
Países Renta Baja (PRB)		302.153	2,8
Países Renta Media (PRM)	PRMA – media alta	822.999	7,5
	PRMB – media baja	5.132.602	46,8
TOTALES		10.968.471	100

Fuente: elaboración propia a partir de los datos del seguimiento del PACI 2009

La distribución regional tampoco marca grandes diferencias con la cooperación autonómica. Aunque África subsahariana es la región que más AOD en salud recibe de las entidades locales (34%), el continente americano en su conjunto es el destinatario de cerca del 50% del total de la ayuda sanitaria de dichas entidades, priorizando este continente sobre el africano, al revés que en 2008. Ese cambio ha venido dado por el incremento de más de 800.000 euros en la ayuda destinada a América del Sur en 2009 y una disminución en África subsahariana de casi 400.000 euros. Se resalta también la presencia en Oriente Medio, que ha crecido en el último año más de 300.000 euros.

Zonas geográficas		EUROS	%
PVD No Especificados		110.056	1
ORIENTE MEDIO		490.694	4,47
EUROPA		46.500	0,42
ASIA	ASIA ORIENTAL	41.228	0,38
	ASIA SUR	182.892	1,67
AMERICA LATINA	AMERICA SUR	2.658.948	24,24
	AMERICA CENTRAL	2.747.663	25,05
AFRICA	AFRICA SUBSAHARIANA	3.728.185	33,99
	AFRICA NORTE	962.302	8,77
TOTALES		10.968.468	100,00

Fuente: elaboración propia a partir de los datos del seguimiento del PACI 2009

En cuanto a la composición sectorial y subsectorial de la ayuda local, se incrementa en cuatro puntos el porcentaje que se destina a salud básica, superando el 56%. La salud general y la salud reproductiva tienen prácticamente el mismo porcentaje, un 21,7%, por lo que en 2009 la salud reproductiva ha bajado casi seis puntos porcentuales.

En cuanto a los subsectores, los servicios médicos se mantienen como la principal apuesta dentro de la salud general, con un 55% de toda la ayuda de este sector y el 12% de la AOD sanitaria de las entidades locales. En salud básica, la atención sanitaria básica y las infraestructuras son los subsectores que reciben más ayuda con el 24% y casi el 15% del total de la ayuda de la cooperación sanitaria local, respectivamente. La cooperación local mantiene una apuesta más firme que el resto de los agentes de la cooperación española por la educación sanitaria, elemento básico para el desarrollo de la atención primaria de salud, sobre todo en el ámbito comunitario, mientras que los controles de enfermedades infecciosas, incluyendo el de la malaria, son los menos financiados, juntamente con la formación de personal.

En cuanto a salud reproductiva, la distribución es muy parecida a la de 2008. La atención en salud reproductiva y la lucha contra enfermedades de transmisión sexual son los subsectores prioritarios dentro de este sector. En 2009 la planificación familiar aumenta de

forma considerable y, de no tener ningún presupuesto en 2008, en 2009 pasa a un 3% del conjunto de la AOD sanitaria local. Se mantiene la escasa importancia que tienen las políticas y la formación de este sector para las entidades locales.

CAD/CRS		AOD 2009	%
121	Salud General	2.379.896 €	21,70
12110	Política sanitaria y gestión administrativa	488.215 €	4,45
12181	Enseñanza / formación médicas	547.884 €	5,00
12182	Investigación médica	26.577 €	0,24
12191	Servicios médicos	1.317.221 €	12,01
122	Salud básica	6.206.767 €	56,59
12220	Atención sanitaria básica	2.662.991 €	24,28
12230	Infraestructura sanitaria básica	1.618.012 €	14,75
12240	Nutrición básica	923.387 €	8,42
12250	Control enfermedades infecciosas	76.639 €	0,70
12261	Educación sanitaria	460.399 €	4,20
12262	Control de la malaria	31.013 €	0,28
12263	Control de la tuberculosis	285.705 €	2,60
12281	Formación personal sanitario	148.622 €	1,35
130	Población y salud reproductiva	2.381.807 €	21,72
13010	Política sobre población y gestión administrativa	47.800 €	0,44
13020	Atención salud reproductiva	1.272.154 €	11,60
13030	Planificación familiar	337.325 €	3,08
13040	Lucha contra ETS, incluida SIDA	654.363 €	5,97
13081	Formación personal para población y Salud Reproductiva	70.166 €	0,64
AOD TOTAL EN SALUD		10.968.470 €	100,00

Fuente: elaboración propia a partir de los datos del seguimiento del PACI 2009

Aparte de este interés por la planificación familiar y de ser la atención sanitaria y no la infraestructura el subsector más financiado, debemos destacar que en 2009 de nuevo la cooperación local no presenta grandes discrepancias con la cooperación autonómica en cuanto al análisis sectorial, y algo más con la cooperación estatal. Estos datos parecen indicar una cierta homogeneización en las prioridades de los dos actores de la cooperación descentralizada, lo que probablemente se produce por el peso que la sociedad civil tiene en este tipo de AOD, que generan lazos entre ambas cooperaciones.

5. DECÁLOGO DE TRABAJO DE LA COOPERACIÓN DESCENTRALIZADA EN SALUD

Como ya hemos comentado, la cooperación descentralizada, sobre todo la cooperación autonómica, es un actor muy relevante dentro de la cooperación española y, a la vez, un elemento diferenciador respecto al resto de donantes. Los mayores valores en la coope-

ración sanitaria se centran en la menor influencia que tienen otros factores económicos o políticos en la definición de sus acciones y la estrecha relación con la sociedad civil que permite centrar sus actividades en las poblaciones más vulnerables. Sin embargo, la falta de concreción y planificación sobre cuáles son las prioridades del trabajo en el sector sanitario hace que a veces las acciones tengan menor eficacia e impacto de lo esperado, y no permita a los receptores poder establecer planes a medio plazo para, previendo los recursos de los que van a disponer, mejorar la salud de las poblaciones.

Por tal motivo, este año presentamos un decálogo básico que permita a la cooperación descentralizada mejorar su trabajo en el sector de la salud. Los distintos apartados no pretenden ser un sistema cerrado y excluyente, sino una primera aproximación que permita comenzar una reflexión sobre el papel de la cooperación descentralizada en el sector sanitario y cómo mejorar su eficacia e impacto. Los 10 puntos son los siguientes:

5.1. Apoyo al fortalecimiento del sistema de salud local

Todas las acciones de cooperación sanitaria deben incluir una referencia sobre cómo van a reforzar el sistema de salud local. Salvo en ocasiones muy puntuales, la cooperación asistencial exclusivamente no es la mejor estrategia de cooperación sanitaria. Es necesario plantear procesos de formación, tanto en el ámbito técnico como en el de la gestión, para que el sistema local de salud pueda hacerse cargo de los logros que se hayan podido conseguir como fruto de las acciones de cooperación. Además, el fortalecimiento puede incluir recursos materiales, técnicos y de gestión que permitan mejorar el trabajo de los servicios de salud. Los mecanismos de sostenibilidad deben estar presentes desde la identificación de las acciones.

La equidad es un elemento clave en un sistema de salud. La inequidad en el acceso a los servicios se debe, sobre todo, a la pobreza y a factores sociopolíticos. Por lo tanto, la cooperación descentralizada deberá priorizar las áreas más empobrecidas y vulnerables en su cooperación en salud.

5.2. Acuerdo con los principios de la APS

La atención primaria de salud (APS) debe ser prioritaria en las acciones de cooperación sanitaria, ya que es la estrategia que permite una mayor equidad, eficacia e impacto en la salud de las personas. En anteriores informes ya hemos explicado en qué consiste la APS, pero brevemente podemos centrar esta estrategia en los siguientes puntos:

- La prevención es tan importante como la asistencia: las acciones de prevención suelen ser más difíciles de implementar pero permiten a las personas no enfermar y, por lo tanto, disminuyen el sufrimiento de las personas. Las acciones preventivas deben tener

en cuenta las realidades socio-culturales locales para que las comunidades las acepten y las integren y, en consecuencia, sean efectivas.

- La salud es multidisciplinar, no depende solamente de los aspectos médico-sanitarios. Aunque existe una “medicalización” de la salud en nuestro entorno, hay otros condicionantes o factores que pueden influir más en la salud de las personas. Entre estos factores o condicionantes destacamos el ciclo del agua (agua segura, potabilización, letrinas...), la nutrición, la vivienda, y otros factores sociales como las desigualdades de género, que influyen de forma muy especial en las diferencias de acceso a los servicios de salud entre hombres y mujeres.
- La participación comunitaria es indispensable en la elaboración de las acciones: las comunidades son las receptoras de los servicios de salud. También deben participar en la identificación de las necesidades e implicarse desde el principio en la sostenibilidad del proyecto.

5.3. Integración en los planes nacionales/locales de salud

Aunque muchos países tienen sistemas públicos de salud muy frágiles (en todos los ámbitos: gestión, medios humanos, técnicos y económicos,..) que no permiten tener las condiciones mínimas necesarias que aseguren la estabilidad y la continuidad de las acciones de salud, es necesario que todas las acciones de cooperación sanitaria cuenten al menos con la aprobación de los responsables públicos de salud locales, aunque se trabaje con ONG, iglesias u otros socios locales. Por una parte, permite evitar la duplicación de esfuerzos innecesarios al mejorar las sinergias con los representantes de salud y, por otra, se contribuye a que las instituciones públicas de salud (ministerios, ayuntamientos, departamentos, etc...) asuman la función de rectoría en el sector sanitario, ya que son los responsables y garantes últimos de la salud de la población.

La integración en la planificación local o nacional estará siempre supeditada a que se respeten los derechos humanos de la población y que no provoque ninguna diferencia en el acceso a los servicios por motivos de raza, etnia, género o cualquier otro. En estos casos, que serían excepcionales, estas acciones deberían estar bien documentadas para poder ser apoyadas por la cooperación descentralizada.

5.4. Introducir el valor añadido a la cooperación: apoyo en los procesos de descentralización y de gestión local

La cooperación descentralizada debe considerar cuál es su valor añadido, qué aspectos o cualidades puede aportar a la cooperación sanitaria para que ésta sea más efectiva, sostenible y con mayor impacto.

En este sentido, existe una tendencia mundial a universalizar los procesos de descentralización de la gestión sanitaria, como un elemento que debe acercar los servicios de salud a la población y, por lo tanto, mejorar su nivel de salud. Sin embargo, en muchos países se está haciendo sin una adecuada planificación y sin los necesarios procesos de transferencia que permitan alcanzar esos logros. Así aparecen problemas de gestión, de formación del personal que debe hacerse cargo de los servicios de salud, de recursos materiales y técnicos y de capacidad rectora en muchos de los servicios descentralizados. Este proceso de descentralización está alcanzando en algunos países a los gobiernos locales (ayuntamientos, mancomunidades...), que tampoco están suficientemente preparados para cumplir con la función de rectoría en salud.

En España se tiene una gran experiencia en la descentralización de la gestión de los servicios sanitarios, basados en unos principios de universalidad de acceso y de desarrollo de un sistema de atención primaria que podría ser muy útil en otros países. La cooperación descentralizada debería incluir el apoyo a los procesos de descentralización y de gestión local como una de sus prioridades en el sector sanitario. Para ello debería, primero, generar espacios de reflexión con el objetivo de adaptar la experiencia que se ha tenido para que se pueda utilizar en otros países con realidades muy diferentes y, posteriormente, apoyar iniciativas de descentralización y gestión con instituciones públicas de una magnitud parecida de los países receptores.

5.5. Inclusión en iniciativas globales de salud

La cooperación sanitaria tiene un mayor impacto cuando se generan sinergias entre todos los actores que trabajan en salud. En los últimos años vemos cómo están proliferando muchas iniciativas internacionales en el sector sanitario. Desarrollar acciones que estén apoyadas en estas iniciativas internacionales es una forma de mejorar su impacto e incluso su sostenibilidad. Es necesario que la cooperación descentralizada priorice su apoyo a las iniciativas globales que fortalezcan los sistemas de salud y apoyen la APS, porque no todas lo hacen. Las iniciativas que promueven las Naciones Unidas o la Organización Mundial de la Salud deberían ser prioritarias para la cooperación descentralizada. Las iniciativas verticales que luchan contra una determinada enfermedad no fortalecen los sistemas de salud (y en algunos casos los debilitan), por lo que deben tener procesos claros de fortalecimiento de estos sistemas para ser apoyadas.

5.6. Coordinación sectorial y geográfica con iniciativas de la cooperación española y europea

Al igual que con las iniciativas globales, los actores en salud necesitan una coordinación, tanto por sectores como geográficamente, con el resto de la cooperación descentralizada, la cooperación estatal y la europea para mejorar la eficacia de la ayuda. Se ha comentado anteriormente que la cooperación descentralizada, al estar muy relacionada con la sociedad civil, está menos influida por otros factores que no son los puramente sanitarios, ya sean políticos, económicos, o sociales.

Por lo tanto, esta coordinación, aunque es deseable que exista, debe estar supeditada a que la cooperación descentralizada no pierda su especificidad, esto es, su capacidad de orientar el trabajo hacia países o áreas huérfanas de ayuda y hacia grupos marginales y excluidos. Es necesario que la cooperación descentralizada haga oír su voz en los procesos de planificación estatales o europeas para que esta coordinación no se supedita solamente a los intereses de los Estados.

5.7. Priorizar la búsqueda de sinergias entre los distintos actores de la propia autonomía de la cooperación sanitaria para implementar las acciones

La cooperación descentralizada de una comunidad autónoma, tanto la autonómica como la de entidades locales, debería buscar puntos de encuentro para mejorar su eficacia y no perder los valores positivos que la sustentan, tales como cercanía con la población donante o la estrecha relación con la población civil.

Se pueden establecer criterios en el ámbito de una unidad geográfica de acción (un departamento de salud, por ejemplo), que facilite el trabajo conjunto para que todos los actores de una autonomía desarrollen sus capacidades y cubran los problemas de salud de un área geográfica en sus distintos niveles: la cooperación autonómica en cuanto a la gestión central del departamento, incluyendo asistencia terciaria; las entidades locales en los municipios y centros de salud avanzados, y las organizaciones de la sociedad civil en los puestos de salud y en el ámbito comunitario. Abordar la problemática de la salud de forma integradora permitiría mejorar tanto la sostenibilidad de las acciones como el impacto.

5.8. Dar fuerza a la representatividad local y fomentar sinergias entre los actores locales

La cooperación descentralizada debe tener presente que los socios locales no son meros receptores de la ayuda, sino que son quienes pueden definir de una forma más realista

las necesidades de salud de la población y son, a su vez, los representantes de sus comunidades, por lo que deben participar en la identificación de las acciones desde el primer momento.

A veces existen diferencias, sobre todo políticas, entre los actores locales (ministerio de salud, departamento de salud, ayuntamientos locales, ONG locales, iglesias...) que impiden avanzar o consolidar algunos logros en salud. La cooperación descentralizada debe buscar las sinergias con los actores que encuentra en el terreno trabajando el área de salud y debe fomentar que todos los actores centren su trabajo en salud en aquello que les une, la mejora del acceso a los servicios sanitarios, enfocando todo el trabajo en la consideración de la salud como derecho humano universal y coordinando sus acciones para mejorar el impacto en la salud de las comunidades.

5.9. No fomentar estructuras paralelas de salud

Muchas de las organizaciones con las que trabaja la cooperación descentralizada no tienen relación con las instituciones públicas locales responsables en salud, lo que se traduce en ocasiones en la creación de estructuras paralelas de salud que escapan a la función de rectoría que deben ejercer las instituciones públicas. Esto provoca duplicidad de esfuerzos, como por ejemplo la puesta en marcha de dos campañas de vacunaciones para la misma población en fechas parecidas o la creación de dos centros de salud en el mismo lugar. La descoordinación tiene graves consecuencias ya que se produce en un contexto de acusada escasez de recursos.

En ocasiones, la cooperación internacional también trabaja en lugares sin informar a las autoridades locales, e incluso hay iniciativas internacionales globales que anteponen su visión a la que podrían tener las instituciones rectoras en salud. Las autoridades locales suelen aceptar estos hechos, normalmente, por su precaria situación donde toda ayuda se acepta, aunque no se considere la más adecuada.

Esta forma de actuar impide ser más eficaces. Salvo en los casos excepcionales en que se vulneren los derechos de las poblaciones, toda acción que se apoye desde la cooperación descentralizada debería contar, al menos, con la aceptación de las autoridades locales.

5.10. Definir claramente unos principios de acción en el sector de la salud

Para poder trabajar de forma eficaz y obtener un impacto sostenible en el sector sanitario es imprescindible establecer unos periodos de acción que superen claramente aquellos en los que se mueve actualmente la cooperación descentralizada, que son en su ma-

yoría de un año. Además, la falta de previsión en la ayuda supone una gran dificultad para las instituciones locales que no pueden programar recursos para complementar la ayuda externa y favorecer la asunción de los logros en salud.

Para establecer los plazos de varios años de duración, la cooperación autonómica debe tener establecidas prioridades geográficas y sectoriales que le permitan evaluar su impacto en el futuro. Asimismo, no es conveniente excederse en planificaciones diferentes que aumenten la dispersión de la ayuda. Aconsejamos que las prioridades se busquen (de hecho, ya sucede así) dentro de la planificación estratégica de la cooperación española, donde la cooperación autonómica debe estar presente en la planificación, y se deje el porcentaje del 20% para desarrollar acciones en otros lugares no prioritarios para la cooperación estatal.

Así mismo, es vital tener unas previsiones presupuestarias que visibilicen el compromiso que las comunidades autónomas y las entidades locales tienen con el sector. En este sentido, solicitamos que todas las instituciones donantes tiendan a destinar el 15% del total de su AOD al sector salud para poder cumplir los objetivos internacionales de salud.



CAPÍTULO V. ACCIÓN HUMANITARIA

La acción humanitaria continúa siendo necesaria en un mundo en el que los desastres naturales siguen causando gran sufrimiento en el planeta. Durante el año 2009 se han contabilizado más de 300 catástrofes naturales en diferentes regiones del mundo. Más de 100 millones de personas afectadas, la mayoría en zonas de bajo desarrollo, muy pobladas, sin recursos suficientes para mejorar las infraestructuras ni para establecer mecanismos preventivos ni de respuesta apropiados.

Desde una perspectiva global, en los últimos años se mantiene constante el número de desastres naturales y la población afectada por ellos. En 2009 destacaron los siguientes por su magnitud en cuanto a la población afectada, el impacto en la sociedad, la economía y las infraestructuras: el seísmo de Indonesia; las inundaciones de India y Afganistán; el huracán en la isla de Cuba; las tormentas tropicales que se produjeron en Filipinas, Lagos, Vietnam y Camboya y la sequía en el Cuerno de África y en el Sahel.

Asimismo, la acción humanitaria continúa siendo necesaria en las zonas afectadas por conflictos armados o situaciones de violencia permanente porque el sufrimiento de la población es extremo y la supervivencia depende, casi por completo, de la ayuda exterior.

Durante el pasado año se contabilizaron unos 30 conflictos armados, algunos activos como Afganistán, Sudán, República Democrática del Congo, Palestina, Somalia o Colombia; y otros en situación de postconflicto como Sierra Leona, Líbano, Haití, Sri Lanka o los Territorios Saharauis. Muchos de estos son conflictos recurrentes con exacerbaciones periódicas. De ahí que en términos generales podamos afirmar que el número de conflictos se mantiene estable desde hace una década y la mayoría son recurrentes.

1. AYUDA HUMANITARIA INTERNACIONAL

La respuesta internacional a las situaciones de crisis sigue siendo más necesaria que nunca, como hemos podido comprobar en 2010 con el terremoto de Haití. Sin embargo, en 2009 se produjo una reducción de los fondos internacionales destinados a la acción humanitaria.

Analizando los datos disponibles de la contribución de los países de la OCDE a través del CAD, los fondos destinados a ayuda humanitaria pasaron de 11.700 millones de dólares en 2008 a 10.800 millones en 2009, lo que supone un descenso del 7,7% en un año. No disponemos, en el momento de redactar el informe, de los datos de los países que no canalizan sus fondos a través del CAD ni de la financiación privada; sin embargo, teniendo en cuenta que a través del CAD se canaliza en torno al 75% de la ayuda internacional, se aprecia la clara tendencia en el retroceso de la financiación de la ayuda humanitaria.

Por otro lado, si bien casi el 50% de los fondos destinados a ayuda humanitaria se distribuyeron a través de las agencias de las Naciones Unidas especializadas y/o dedicadas a la acción humanitaria (PMA, UNICEF, ACNUR, UNRWA, FAO), se aprecia un descenso en los fondos canalizados a través del Financial Tracking Service¹ (FTS) de las Naciones Unidas, que pasa de 878 millones dólares en 2008 a 733 millones en 2009, lo que supone un recorte del 16,5%. Prevalece, por tanto, la tendencia a canalizar los fondos de ayuda humanitaria a través de vías multilaterales, si bien sorprende el descenso de FTS, fondos que se gestionaron a través de OCHA (Oficina de Acción Humanitaria de Naciones Unidas) y se destinaron en su mayoría –el 70%– al continente africano.

Centrando el análisis en los fondos destinados a las intervenciones de emergencia realizadas a través de los CERF (Central Emergency Response Fund²) durante el año 2009, se canalizaron por esta vía 397 millones de dólares, 31 millones menos que el año anterior. A pesar de que las emergencias no han variado sustancialmente, se produce un descenso en las aportaciones para financiar tales operaciones, lo que constituye un aspecto clave en la respuesta internacional a las crisis humanitarias que todos los actores deberíamos vigilar.

**Tabla 5.1. FONDO CENTRAL DE RESPUESTA A EMERGENCIAS:
EVOLUCIÓN DE FONDOS 2006-2009**

CERF	Desde marzo 2006	2007	2008	2009
Total	259.307.485	350.894.999	428.824.495	397.392.382

Cantidades expresadas en dólares americanos

Fuente: Informe anual CERF 2009. OCHA.

1. <http://ochaonline.un.org/AppealsFunding/FinancialTracking/tabid/2665/language/en-US/Default.aspx>
2. <http://ochaonline.un.org/Default.aspx?alias=ochaonline.un.org/cerf>

Podría argumentarse que la respuesta a necesidades de emergencia habría sido menor durante 2009; sin embargo, teniendo en cuenta que se trata de un fondo flexible que puede reasignar partidas a crisis crónicas con falta de financiación, el recorte no tiene justificación.

Con dichos fondos se financiaron 466 proyectos humanitarios en 51 países. El 90% se canalizaron a través de cuatro de las agencias humanitarias de las Naciones Unidas, junto a la OMS, siendo la agencia líder como en años previos, en cuanto a ejecución de fondos, el Programa Mundial de Alimentos con el 38% de los mismos; le sigue UNICEF con 100 millones y, a mayor distancia, el resto de agencias humanitarias.

Tabla 5.2. AGENCIAS RECEPTORAS DEL CERF 2009

Principales Agencias receptoras de ayudas	Euros
Programa Mundial de Alimentos (WFP)	151.508.464,00
Fondo de NNUU para la Infancia (UNICEF)	99.940.989,00
Alto Comisionado de la NNUU para los Refugiados (UNHCR)	37.283.667,00
Organización Mundial de la Salud (WHO)	37.079.314,00
Organización de NNUU para la Agricultura y la Alimentación (FAO)	32.624.713,00
Organización Internacional para las Migraciones (IOM)	15.845.644,00
Fondo de NNUU para la Población (UNFPA)	8.676.054,00
Programa de NNUU para el Desarrollo (UNDP)	6.895.692,00
Agencia de NNUU para los Refugiados de Palestina y el Oriente Próximo (UNRWA)	3.482.850,00
Oficina de NNUU de Servicios para Proyectos (UNOPS)	2.375.632,00
Programa de NNUU para los Asentamientos Humanos (UN HABITAT)	1.482.720,00
Organización de las NNUU para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO)	130.303,00
Fondo de Desarrollo de las NNUU para la Mujer (UNIFEM)	66.340,00
TOTAL	397.392.382,00

Fuente: Informe anual CERF 2009. OCHA.

Se aprecia igualmente un descenso en los fondos comunes para emergencias (CHF)³ que pasaron de 295 millones de dólares en 2008 a 243 millones en 2009, lo que supone un retroceso de 17,6% en los fondos disponibles para atender situaciones humanitarias mantenidas en el tiempo, como es la atención a los campamentos de refugiados saharauis.

La distribución geográfica de los CERF durante 2009 muestra cierta variación con respecto al año anterior, siendo los primeros receptores Somalia y la República Democrática del Congo, dos de los países más afectados por un conflicto armado complejo que se mantiene en el tiempo con altos niveles de violencia.

3. <http://ochaonline.un.org/OchaLinkClick.aspx?link=ocha&docid>

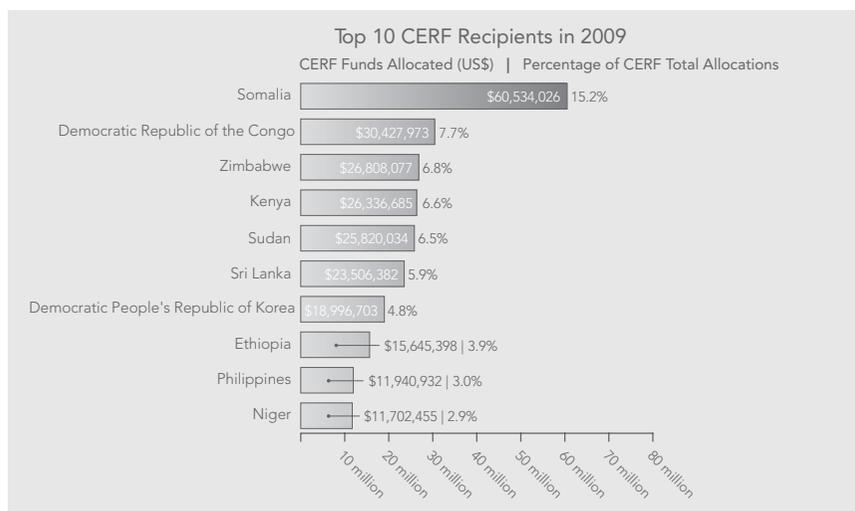
CERF	EUROS	%
Somalia	60.534.026,00	15,23%
Rep. Dem.Congo	30.427.973,00	7,66%
Zimbabwe	26.808.077,00	6,75%
Kenia	26.336.685,00	6,63%
Sudán	25.820.034,00	6,50%
Sri Lanka	23.506.382,00	5,92%
Rep. Dem. Corea	18.996.703,00	4,78%
Etiopía	15.645.398,00	3,94%
Filipinas	11.940.932,00	3,00%
Níger	11.702.455,00	2,94%

Cantidades expresadas en dólares americanos

Fuente: Informe anual CERF 2009. OCHA.

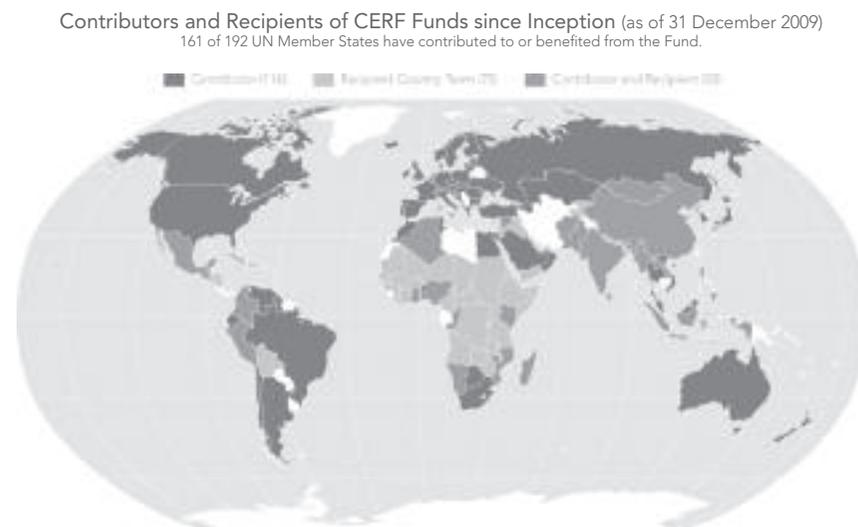
La escalada de violencia en otros países como Zimbabwe, Kenia o Sudán justifica el destino de los fondos para intentar cubrir las necesidades de la situación de emergencia en la que se han visto envueltos.

GRÁFICO 5.1. LOS 10 PRINCIPALES DESTINATARIOS DE LA AYUDA DEL CERF EN 2009



Fuente: Informe anual CERF 2009.

GRÁFICO 5.2. CONTRIBUYENTES Y DESTINATARIOS DE LOS FONDOS DEL CERF DESDE SU INICIO



Fuente: Informe anual CERF 2009.

Si analizamos el comportamiento de los principales donantes a los fondos CERF apreciamos, por primera vez desde su creación hace cuatro años, un retroceso en la mayoría y un estancamiento en el crecimiento continuado de los mismos en otros.

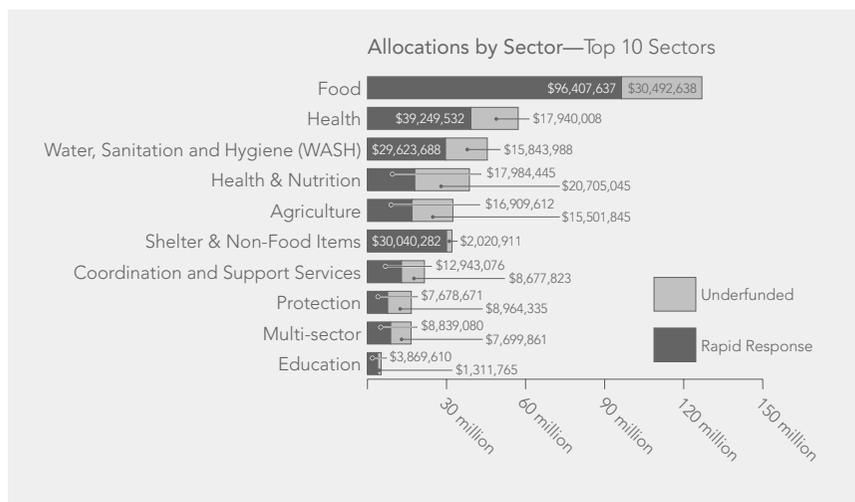
España, si bien incrementó la partida destinada a los fondos comunes de acción humanitaria de Naciones Unidas, este incremento no se vio reflejado en los CERF, pasando de 45,5 millones de dólares en 2008 a 44,2 millones de dólares en 2009. Conviene aclarar que la partida en euros fue la misma que el año anterior –30 millones– y la diferencia en dólares es debido al cambio de moneda desfavorable de 2009 con respecto al año anterior. A pesar de ello y debido al recorte de otros países, España fue el cuarto donante al CERF durante 2009.

PAÍS	Contribuciones			
	2006	2007	2008	2009
Reino Unido	69.928.000,00	83.726.040,00	80.239.000,00	64.262.000,00
Países Bajos	51.860.000,00	53.400.000,00	63.900.000,00	55.668.000,00
Suecia	41.093.250,00	51.045.498,00	56.264.400,00	49.367.572,00
Noruega	29.993.971,00	55.066.049,00	55.258.765,00	42.734.983,00
España	9.999.984,00	20.692.484,00	45.531.968,00	44.348.982,00
Canadá	21.941.309,00	35.116.374,00	39.037.523,00	34.566.876,00
Irlanda	12.601.974,00	26.273.974,00	33.301.074,00	27.179.610,00
Alemania		6.597.500,00	14.790.000,00	18.522.484,00
Qatar				10.050.000,00
Dinamarca	8.401.243,00	8.742.384,00	9.931.473,00	8.544.087,00
Australia	7.600.000,00	8.760.000,00	9.517.000,00	8.198.400,00

Informe anual CERF 2009. OCHA.

El destino de la ayuda humanitaria a través de los CERF en 2009 fue similar a años previos. Se concentró en el sector alimentación, salud, agua y saneamiento, cobijo y coordinación, distribución que, con la salvedad del bajo monto destinado a protección, mantiene la lógica de las necesidades en situaciones de emergencia. Sin embargo, sería deseable equilibrar las partidas destinadas a emergencia con otros aspectos relevantes de la acción humanitaria como la reducción de riesgos o la rehabilitación.

GRÁFICO 5.3. DISTRIBUCIÓN DE LA AYUDA HUMANITARIA DEL CERF POR SECTORES



Fuente: Informe anual CERF 2009. OCHA.

2. LA AYUDA HUMANITARIA DE LA UNIÓN EUROPEA

En 2009 los fondos destinados por la Unión Europea a acción humanitaria, a través de la Oficina de Ayuda Humanitaria (ECHO), sumaron 931,7 millones de euros, lo que supone un estancamiento en la tendencia de crecimiento por parte de la Comisión Europea. Cabe resaltar que no se ha seguido la tendencia del resto de donantes internacionales que han recortado en un 7,7% los fondos destinados a ayuda humanitaria.

Con este presupuesto, la Unión Europea es uno de los mayores financiadores de la acción humanitaria, proporcionando ayuda a la población en situación de crisis de 77 países.

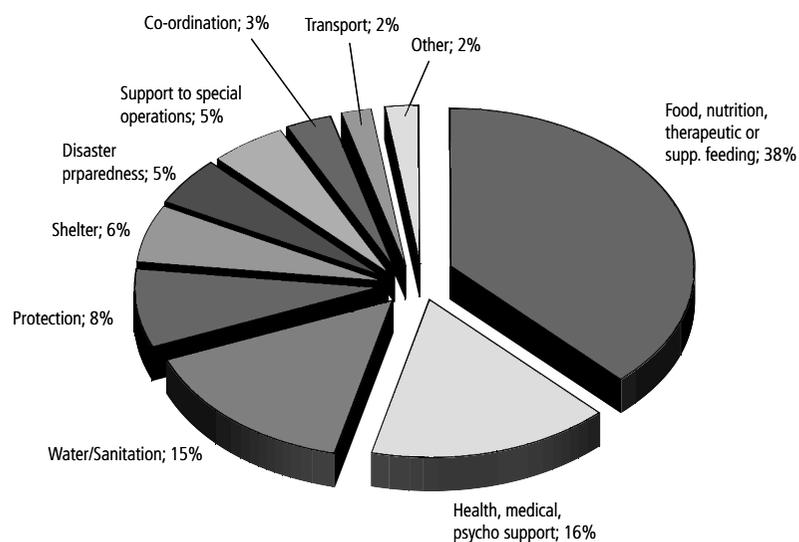
ORIGEN DE LOS FONDOS	2009
Presupuesto inicial de la Comisión	777.081.000 millones euros
Transferencia de la reserva para ayuda de emergencias	110.000.000
Transferencia de fondo de reserva para el desarrollo	37.325.000
Transferencia de gastos de apoyo	7.317.000
TOTAL	931.723.000

Fuente: elaboración propia a partir del Informe anual de ECHO 2009.

El presupuesto inicial asignado por la Comisión Europea a ECHO fue de 777 millones de euros. Se incrementó en dos ocasiones con fondos procedentes de la reserva de ayuda de emergencias: en primer lugar, con 65 millones de euros destinados a Pakistán y Somalia y, en segundo lugar, con 45 millones de euros destinados al Sureste asiático y Cuerno de África. Además, se incrementó la partida inicial con 47 millones de euros procedentes del Fondo Europeo de Reserva para el Desarrollo, que se destinaron a ayuda humanitaria a países ACP (África, Caribe y Pacífico).

Por sectores, la mayor partida –38%– se destinó a alimentación y nutrición; el 16% a salud y apoyo sanitario y el 15% a agua y saneamiento. Estos tres sectores compusieron la mayor actividad de la acción humanitaria. Con cifras más bajas de financiación aparecen las actividades de protección y provisión de cobijo. Las partidas mantienen la línea de 2008, pero sería deseable que ECHO equilibrara la financiación de la acción humanitaria incrementando el presupuesto destinado a gestión de riesgos que, con un 5%, consideramos insuficiente.

GRÁFICO 5.4 DISTRIBUCIÓN DE LA AYUDA POR SECTORES



Fuente: Informe anual de ECHO 2009.

El destino geográfico de los fondos muestra una concentración de los mismos en países ACP. Destaca la aportación al continente africano al que se destinó el 53% de los fondos para paliar la situación de la población afectada por conflictos armados, muchos de los cuales permanecen y se agudizan constituyendo emergencias complejas como en Sudán, la República Democrática del Congo o Somalia, los mayores receptores de ayuda de la Unión Europea en el continente africano.

TABLA 5.6 EVOLUCIÓN 2004-2009 DE FONDOS ECHO Y SU DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA

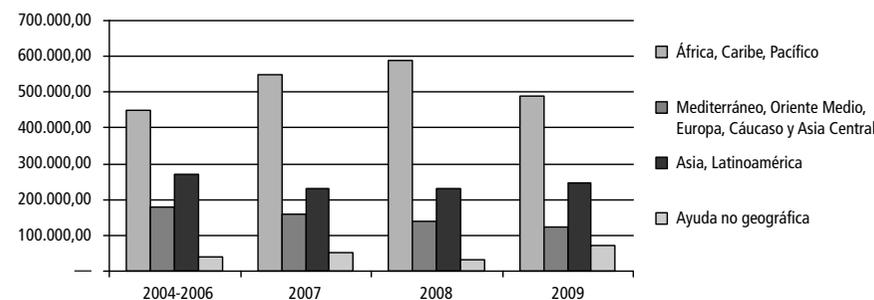
	2004-2006	2007	2008	2009
África, Caribe, Pacífico	450.000,00	550.000,00	590.000,00	489.560,00
Mediterráneo, Oriente Medio, Europa, Cáucaso y Asia Central	180.000,00	160.000,00	140.000,00	121.775,00
Asia, Latinoamérica	270.000,00	230.000,00	230.000,00	248.175,00
Ayuda no geográfica	40.000,00	50.000,00	30.000,00	70.940,00

Fuente: elaboración propia a partir del Informe anual de ECHO 2009.

El 27% de los fondos se destinaron al Sudeste asiático y Latinoamérica, ambas regiones severamente castigadas todos los años por catástrofes naturales, como huracanes, tormentas tropicales o tifones.

El 13% de los fondos se asignaron a Oriente Medio, Cáucaso y Asia central donde permanecen activos algunos de los conflictos armados más sangrientos que mantienen a la población en un estado de sufrimiento continuo y al borde de la crisis humanitaria. Los mayores receptores en estas regiones fueron Palestina, Pakistán y Afganistán.

GRÁFICO 5.5. EVOLUCIÓN 2004 – 2009 DE FONDOS ECHO Y DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA

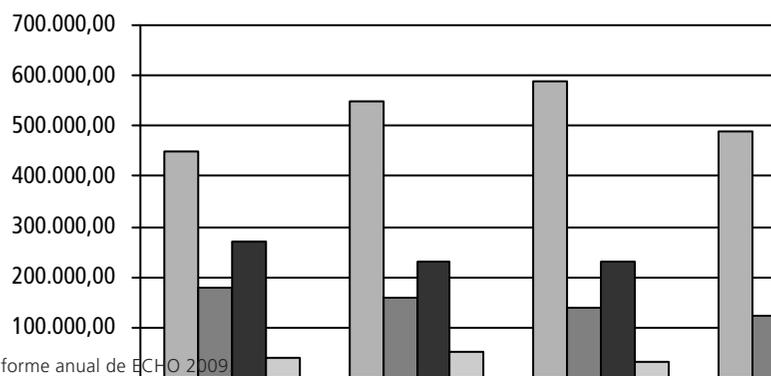


Fuente: Informe anual de ECHO 2009.

La evolución de la distribución geográfica de los fondos a lo largo de los últimos cuatro años muestra la estrategia de ECHO de destinarlos a regiones donde se concentran las mayores necesidades en cuanto a acción humanitaria, muchas de ellas afectadas por emergencias complejas y a la vez olvidadas cuya población necesita la ayuda exterior para su supervivencia.

ECHO canalizó los fondos que gestiona a través de las 200 organizaciones socias que ejecutan la ayuda. La implementación de las tareas de acción humanitaria se realizó a través de ONG, agencias de Naciones Unidas y organismos internacionales.

EVOLUCIÓN 2004-2009 DE FONDOS ECHO Y DISTRIB



Fuente: Informe anual de ECHO 2009

Las organizaciones humanitarias destinaron el 47% de los fondos para financiar intervenciones de acción humanitaria, la mayoría de ellas de implantación internacional, asentadas en diferentes países de la Unión Europea.

Las agencias de Naciones Unidas canalizaron el 39% de los fondos. Destacan las aportaciones al Programa Mundial de Alimentos que ejecutó más de la mitad de la ayuda, seguido del Alto Comisionado para Ayuda a los Refugiados –13%–; el resto se distribuyó a través de UNICEF, FAO y UNRWA, principalmente.

AGENCIA	2009		2008	
	EUROS	%	EUROS	%
Programa Mundial de Alimentos	146.373.762,00	47%	228.034.945,00	56%
Alto Comisionado de NNUU para los Refugiados	53.544.000,00	17%	53.545.034,00	13%
Fondo de NNUU para la Infancia	39.564.412,00	13%	32.572.031,00	8%
Organización de NNUU para la Agricultura y la Alimentación	22.169.249,00	7%	26.355.614,00	7%
Agencia de NNUU para los Refugiados de Palestina y Oriente Próximo	16.330.000,00	5%	38.000.000,00	9%
Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios	12.726.460,00	4%	7.335.000,00	2%
Organización Mundial de la Salud	10.960.242,00	4%	10.239.849,00	3%
Programa de NNUU para el Desarrollo	7.097.251,00	2%	5.743.316,00	1%
Otros	2.902.473,00	1%	2.569.783,00	1%
TOTAL	311.667.849,00	100%	404.395.572,00	100%

Fuente: Informe anual de aportaciones de ECHO a NNUU 2009.

El 14% del presupuesto de la Oficina de Ayuda Humanitaria de la Unión Europea se canalizó a través de organizaciones internacionales como el Comité Internacional de la Cruz Roja, la Federación Internacional de la Cruz y la Media Luna Roja y la Organización Internacional para la Migraciones.

En la mayoría de los casos hay que destacar la rápida respuesta de ECHO con disponibilidad de fondos ante situaciones de emergencia, la estrategia multilateral y la financiación en función de necesidades. Es necesario que esta estrategia de los últimos años se mantenga en el tiempo.

3. LA ACCIÓN HUMANITARIA EN LA COOPERACIÓN ESPAÑOLA

La acción humanitaria de la cooperación española sigue estableciéndose como una línea definida y con relevancia dentro del ámbito internacional. Continúa la mejora en los aspectos organizativos, en la capacidad de financiación y en la calidad de la gestión. Estos avances son reconocidos internacionalmente.

Durante el año 2009, a diferencia de la tendencia general internacional, la cooperación española ha incrementado en un 10%, con respecto al año anterior, la financiación destinada a acción humanitaria. Con 465 millones de euros ocupa un lugar destacado entre los países de mayor aportación a la acción humanitaria internacional.

	2005		2006		2007		2008		2009	
	Euros	%								
TOTAL NETA	16.000.000	100	247.000.000	100	237.000.000	100	423.000.000	100	465.036.825	100
BILATERAL	108.000.000	50	109.000.000	44	171.000.000	72			310.686.210	67
BILATERAL									78.771.408	17
NETA							318.000.000	75	231.914.802	50
VIA OMUDES										
MULTILATERAL	108.000.000	56	138.000.000	50	66.000.000	28	105.000.000	25	154.350.615	33

Fuente: Dirección General de Planificación y Evaluación de Políticas de Desarrollo (DGPOLDE)

Dicha cantidad supone el 9,8% de la AOD que en su conjunto disminuyó en 2008 el 0,7%. Cabe destacar el incremento de la provisión de fondos con carácter multilateral, pasando del 25% previo al 33% actual. La aportación a agencias de Naciones Unidas supone un apoyo a la estrategia de provisión de fondos con destino a crisis crónicas a menudo con falta de financiación.

Junto al incremento financiero, el desarrollo organizativo de la oficina de planificación (DGPOLDE) y de gestión (Oficina de Acción Humanitaria de la AECID) supone una apuesta estratégica por la acción humanitaria por parte de la Secretaría de Estado de Cooperación Internacional (SECI). La adhesión a iniciativas de calidad internacional en la acción humanitaria supone igualmente una apuesta por mejorar la eficacia. El desarrollo de la Oficina de Acción Humanitaria dentro de la AECID igualmente indica la voluntad de diferenciar la acción humanitaria dentro de la cooperación.

Todo el optimismo plasmado en esta apuesta estratégica no debería verse empañado por los retrasos que se vienen acumulando en la aplicación operativa de la *Good Humanitarian Donorship*⁴ ni en la aplicación del Consenso Europeo de Acción Humanitaria, ambos aspectos clave para garantizar coherencia de políticas en cuanto a respuesta en función de necesidades y mejora de la calidad de la ayuda.

Una estrategia que debería replantear la SECI es la ayuda humanitaria directa que la Oficina de Ayuda Humanitaria ejecuta en las intervenciones de emergencia. La AECID continúa enviando ayuda humanitaria al terreno, desarrolla intervenciones directas centradas en agua y saneamiento y gestiona el envío de equipos de rescate, protección civil y sanitaria del SUMA y DYA para atender la emergencia. Supone una gran cantidad de recursos financieros y humanos tanto en la AECID como en las OTC, recursos que podrían destinarse a acciones de coordinación con el resto de agentes de la administración del Estado y de la ayuda humanitaria descentralizada. En la misma línea, en el terreno se podría reconducir la actividad de las OTC en la gestión de riesgos a través del fortalecimiento de las capacidades locales.

3.1. Distribución geográfica

La distribución geográfica de la ayuda humanitaria muestra en 2009 una clara estrategia de destinar los fondos a las regiones afectas por crisis complejas como consecuencia de conflictos armados crónicos. Así, África subsahariana aglutina casi la mitad del total de la ayuda bilateral en coherencia con las necesidades humanitarias de las poblaciones más castigadas por las guerras y la violencia que ocasionan grandes desplazamientos de población.

Destacan, a gran distancia, los fondos destinados a Oriente Medio con el 12,7% del total de la ayuda bilateral, en parte, respuesta a la ofensiva *Operación Plomo Fundido* que causó gran destrucción y sufrimiento, agravando la crítica situación de un

4. Acuerdo sobre principios y buenas prácticas en la acción humanitaria para conseguir una acción humanitaria de calidad. Está compuesto por 23 principios. Aprobado en Estocolmo el 17 de junio de 2003 por Alemania, Australia, Bélgica, Canadá, Comisión Europea, Dinamarca, Estados Unidos, Finlandia, Francia, Irlanda, Japón, Luxemburgo, Noruega, Holanda, Reino Unido, Suecia y Suiza: España se adhirió en 2004.

millón y medio de palestinos. De no haberse producido el rápido envío de ayuda, probablemente, se habría producido una grave crisis en la zona.

Aparecen con un porcentaje similar, entorno al 8%, los fondos destinados a paliar los daños causados por los huracanes de temporada en Centroamérica, las tormentas tropicales en el Sureste asiático y la ayuda humanitaria destinada a Afganistán y Pakistán, en Asia central.

TABLA 5.9. DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA AH ESPAÑOLA 2009

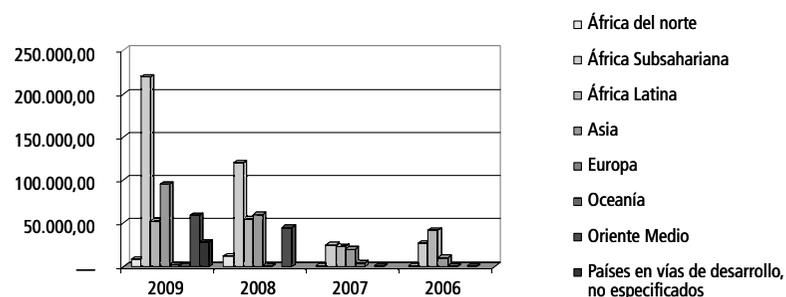
REGIÓN	TOTAL	%
África del norte	8.325.060,00	1,79%
África subsahariana	219.406.906,00	47,18%
América Central	39.560.472,00	8,51%
América Latina, no especificados	4.415.096,00	0,95%
América del Sur	8.536.311,00	1,84%
Asia, no especificados	416.728,00	0,09%
Asia central	37.490.934,00	8,06%
Asia del sur	34.026.195,00	7,32%
Asia oriental	23.397.122,00	5,03%
Europa	2.132.256,00	0,46%
Oceanía	339.379,00	0,07%
Oriente Medio	59.147.872,00	12,72%
Países en vías de desarrollo, no especificados	27.842.493,00	5,99%
TOTAL GENERAL	465.036.824,00	100,00%

Fuente: DGPOLDE

La evolución del destino regional de los fondos muestra claramente la tendencia de redirigirlos a las zonas más necesitadas. Se aprecia un incremento sostenido en la financiación de intervenciones humanitarias en África subsahariana que es, con diferencia, la región del planeta donde más se precisa la ayuda, destacando las aportaciones a Sudán, República Democrática del Congo y Etiopía.

También se aprecia esta tendencia en el destino de fondos a regiones del continente asiático, igualmente con grandes necesidades de ayuda humanitaria. El 26% de los países a los que se destinaron fondos sufren crisis crónicas olvidadas.

GRÁFICO 5.7. EVOLUCIÓN 2006 – 2009 POR DESTINO DE LA AH ESPAÑOLA



Fuente: DGPOLDE

Atendiendo al nivel de desarrollo, se aprecia que la mitad de los fondos se destinaron a países de bajo desarrollo donde las catástrofes naturales y los conflictos armados causan mayor impacto. La paradoja de destinar una cuarta parte de los fondos a países de renta media baja puede deberse a las ayudas proporcionadas a Oriente Medio, crónicamente afectado por un conflicto que mantiene siete millones de refugiados.

TABLA 5.10. AH ESPAÑOLA 2009: PAÍSES DESTINATARIOS SEGÚN NIVEL DE RENTA

NIVEL DE RENTA	TOTAL EUROS	%
Países menos adelantados	241.803.925,69	52%
Países de renta media-baja	131.554.089,10	28%
Países de renta media-alta	1.278.000,53	0%
Países de renta baja	53.582.373,01	12%
No especificados	36.818.436,67	8%
TOTALES	465.036.825,00	100%

Fuente: DGPOLDE

En el cómputo global es reseñable la disminución del 14,5% en el número de países destino de la ayuda humanitaria. En la línea de mejorar la eficacia, se concentró en más de la mitad de los países el monto de la ayuda, de forma que la financiación fue superior a 3 millones de euros por país. Se trata de evitar la dispersión y la financiación escasa de muchos receptores que apenas tiene impacto en la mejora de la situación de la población.

3.2. La acción humanitaria bilateral

Los fondos gestionados por la vía bilateral supusieron dos tercios del total de la acción humanitaria, de los cuales el 75% se canalizó a través de OМУDES (Organismos Financieros Multilaterales de Desarrollo) y el 25% vía bilateral directa.

El porcentaje de fondos distribuidos a través de la vía multilateral sigue siendo elevado y, al no formar parte de fondos comunes gestionados directamente por las agencias humanitarias de Naciones Unidas, no contribuyen a garantizar la previsión de la ayuda, tan necesaria en crisis crónicas, ya que puede ser cambiada de destino de un año a otro por parte del donante.

TABLA 5.11. AOD BILATERAL EN ACCIÓN HUMANITARIA 2009: DISTRIBUCIÓN POR LÍNEAS SECTORIALES

	VIA OМУDES		OTROS MECANISMOS		TOTALES	
	TOTAL	%	TOTAL	%	TOTAL	%
Ayuda y servicios materiales de emergencia	58.656.496,00	25,29	31.700.188,00	40,24	90.356.683,00	29,08
Ayuda alimentaria de emergencia	133.747.011,00	57,67	4.666.322,00	5,92	138.413.334,00	44,55
Coordinación de los servicios de protección de la ayuda	15.189.190,00	6,55	296.500,00	0,38	15.485.690,00	4,98
Ayuda a la reconstrucción y rehabilitación	23.672.105,00	10,21	30.427.115,00	38,63	54.099.220,00	17,41
Prevención de desastres	650.000,00	0,28	11.681.283,00	14,83	12.331.283,00	3,97
TOTAL	231.914.802,00	100	78.771.408,00	100	310.686.210,00	100

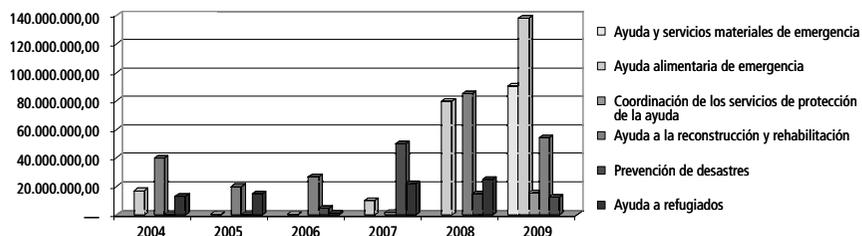
Fuente: DGPOLDE

Analizando la distribución sectorial de la ayuda bilateral total, se observan algunas variaciones respecto a años anteriores. El peso relativo de las partidas destinadas a emergencias se mantiene en torno al 30%. Sube 10 puntos la ayuda alimentaria respecto al periodo anterior, los mismos que baja la ayuda destinada a actividades de reconstrucción y rehabilitación. Se trata de una variación coyuntural en relación a la necesidad de dar respuesta a situaciones de inseguridad alimentaria que se vienen arrastrando en los últimos tres años. Son varios los países africanos donde los conflictos armados conllevan gran inseguridad alimentaria que causa desnutrición crónica y evoluciona rápidamente a desnutrición aguda, si se incrementa el conflicto. De este modo, se cumplen los compromisos adquiridos en la Reunión de Alto Nivel sobre Seguridad Alimentaria y Nutricional para todas las personas (RANSA). Destacan los 75 millones de euros destinados al PAM (Programa Mundial de Alimentos) y los 26 millones de euros al Fondo de Reserva Alimentaria Internacional del PAM.

Por otro lado, se recorta en 2009 un punto a la ya exigua partida destinada a gestión de riesgos. Se deberían seguir las indicaciones que la Estrategia Sectorial de Acción Humanitaria de la Cooperación Española marca al respecto e incrementar deci-

didamente la financiación a este sector. El fortalecimiento de los sistemas locales de prevención y respuesta de los países de bajo desarrollo, con alta probabilidad de sufrir desastres naturales, debe contar con la voluntad necesaria para apoyarlo plenamente.

GRÁFICO 5.8. EVOLUCIÓN DE LA AH POR SECTORES DE 2004 A 2009



Fuente: DGPOLDE

La evolución por sectores de la ayuda humanitaria bilateral en los últimos años presenta grandes oscilaciones. Es preciso alcanzar una distribución sectorial de la ayuda atendiendo a criterios estratégicos y de planificación en los que se refuerce la gestión de riesgos.

Los fondos gestionados vía OМУDES suponen en 2009 el 50% del total de la ayuda humanitaria española, los cuales, al igual que los gestionados de forma bilateral neta, el donante decide su destino; se canalizan en gran parte a través de agencias de Naciones Unidas, como el Plan Mundial de Alimentos, ACNUR, UNICEF, organizaciones internacionales como el Comité Internacional de la Cruz Roja y organismos financieros como el Banco Mundial. En lugar de asignarlos directamente por parte de la cooperación española a cada agencia, sería más eficaz canalizarlos como ayuda multilateral a las agencias de Naciones Unidas.

Es destacable el trabajo de la OAH en la línea de concentrar la financiación de organismos internacionales, reduciendo con respecto al año 2008 un 36% el número de acciones financiadas e incrementando, al mismo tiempo, en un 54,7% el coste medio por acción, pasando de un coste medio de 625.000 euros a 968.000 euros por acción. Esto significa un paso adelante para la eficacia de las acciones financiadas.

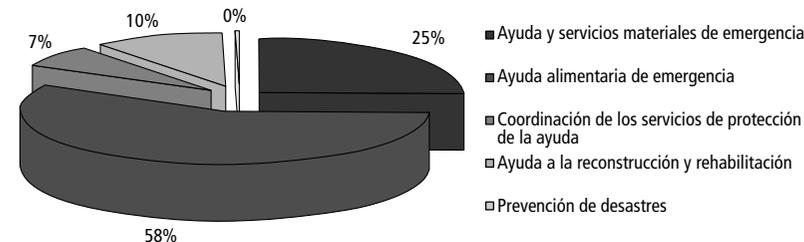
TABLA 5.12. CANALIZACIÓN DE LA AH ESPAÑOLA 2009 MULTIBILATERAL

ORGANISMOS	AYUDA EMERGENCIA, RECONSTRUCCIÓN, REHABILITACIÓN Y PREVENCIÓN DE DESASTRES	
	EUROS	%
ONGD INTERNACIONALES	9.200.607,00	4%
NACIONES UNIDAS	203.264.195,00	88%
UNIÓN EUROPEA	12.500.000,00	5%
BANCO MUNCIAL	500.000,00	0%
OTROS	6.450.000,00	3%
TOTALES	231.914.802,00	100%

Fuente: DGPOLDE

Los sectores destinatarios de la mitad de la ayuda humanitaria española se concentran en programas de alimentación para la población refugiada y desplazada, le sigue la ayuda destinada a intervenciones de emergencia y en menor proporción la destinada a tareas de reconstrucción y rehabilitación. Volvemos a reseñar la exigua cantidad destinada a la gestión de riesgos.

GRÁFICO 5.9. DISTRIBUCIÓN SECTORIAL VÍA OМУDES DE LA AH ESPAÑOLA 2009



Fuente: DGPOLDE

3.3. La acción humanitaria multilateral

En 2009, con 154,3 millones de euros, se produjo un incremento absoluto y relativo de los fondos colocados a través de la vía multilateral. Se incrementó en 50 millones de euros la partida del año anterior y se pasó, en peso relativo, del 25% al 33% del total de la ayuda humanitaria, lo que supone la orientación en la dirección correcta.

Los fondos se destinaron a organismos internacionales de acción humanitaria para cumplir, por un lado, con los compromisos de cuotas obligatorias y, por otro, con las contribuciones voluntarias. La cooperación española incrementó en cinco millones su contribución a través del *Financial Track Service* de OCHA, hasta alcanzar los 61 millones de dólares, de los cuales 30 millones de euros se destinaron a los fondos de respuesta a emergencias (CERF). De este modo, la cooperación española se sitúa en el quinto puesto en aportaciones por países a través del FTS para la acción humanitaria desarrollada por Naciones Unidas. Al incremento financiero hay que añadir que España es miembro del grupo consultivo que asesora y evalúa las intervenciones con esos fondos, durante el periodo 2009-2010.

También es destacable el acuerdo de asociación estratégica firmado con UNICEF que establece una financiación de 228 millones de euros para tres años, en parte destinados a situaciones de países en conflicto o postconflicto. Otras agencias de destino fueron ACNUR con 21,8 millones de euros, el CICR con 14,9 millones de euros y 4,1 millones destinados al funcionamiento de la Oficina de Coordinación de Acción Humanitaria de Naciones Unidas (OCHA).

3.4. La acción humanitaria por agentes

Con la aportación de 441 millones de euros la Administración General del Estado es el destacado financiador de la acción humanitaria de la cooperación española. Dicha cantidad supone el 94% del total de la ayuda y el 6% restante lo aporta la cooperación descentralizada.

El Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación, a través de la Secretaría de Estado de Cooperación Internacional, gestionó durante el pasado año dos tercios del total de los fondos destinados a acción humanitaria. No se ha logrado todavía que la totalidad de los fondos destinados a acción humanitaria por la Administración General del Estado se canalice través del mencionado ministerio.

Por otra parte, la AECID solo gestionó el 43% de los fondos aportados por el Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación; el 57% lo hizo la Secretaría de Estado de Cooperación Internacional (SECI). Sería deseable que la Oficina de Acción Humanitaria gestionara los fondos con criterios técnicos.

No deja de ser llamativo que la AECID solo gestione el 29% –ni siquiera una tercera parte– del total de los fondos que la cooperación española destina a acción humanitaria. Se debe apostar en los próximos años por que la Oficina de Acción Humanitaria, de acuerdo a criterios técnicos, gestione la mayor parte de los fondos de acción humanitaria, gestión que debería ir acompañada de un incremento del personal que consolide la apuesta estratégica por la mejor gestión y de mayor calidad de la acción humanitaria.

Desde su creación, la OAH ha realizado un buen trabajo de coordinación, integrando a las comunidades autónomas en los procesos de respuesta a las emergencias y en la formalización de acuerdos con ellas. Asimismo, se continúa avanzando en la protocolización de los procesos de respuesta coordinada.

TABLA 5.13. AOD DESTINADA A AH DENTRO DE LA ADMINISTRACIÓN GENERAL DEL ESTADO

AGENTES	AH BILATERAL			TOTAL AH
	AH MULTILATERAL	AH MULTIBILATERAL	AH BILATERAL POR OTROS MECANISMOS	
MAEC/SECI	31.833.158,00	148.078.038,00		179.911.196,00
MAEC/AECID	575.000,00	80.846.077,00	55.472.849,00	136.893.926,00
MºEconomía y Hacienda	121.942.457,00			121.942.457,00
Mº Industria, Turismo y Comercio			2.505.720,00	2.505.720,00
Mº Defensa			59.210,00	59.210,00
TOTAL	154.350.615,00	228.924.115,00	58.037.779,00	441.312.509,00

Fuente: DGPOLDE

Otros agentes que gestionan parte de la acción humanitaria española son: el Ministerio de Defensa con una cifra insignificante y el Ministerio de Industria Comercio y Turismo que gestionó el 0,5% de la acción humanitaria. Frente a una mayor participación en anteriores años, los datos de 2009 suponen una señal clara de avance en la dirección adecuada y se debería mantener esta tendencia en el futuro.

Sin embargo, apreciamos que el Ministerio de Economía y Hacienda en 2009 gestionó una cuarta parte del total de la acción humanitaria de la cooperación española, fondos que canaliza a través de la Unión Europea, fundamentalmente ECHO, y organismos internacionales. Se trata de una estimación sobre el total de los fondos aportados a la UE que figura en la contabilidad de la DGPOLDE, no una aportación directa que, además, no cuenta con una distribución previa conocida, como sería lo recomendable. Se debería articular una fórmula para que el Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación participara en la aportación de tales fondos.

Referente a la canalización de fondos a través de las ONG para llevar a cabo intervenciones de acción humanitaria, se alcanzó una cifra de 5,9 millones de euros a través de convenios. Igualmente, subió el monto ejecutado por la OAH a través de las convocatorias abierta y permanente. Aumentó en un 35% el coste medio de cada acción financiada que supuso una media de 295.000 euros por acción. En conjunto, se incrementó el 8,5%, respecto a 2008, la canalización de partidas presupuestarias para acción humanitaria en emergencias a través de ONG.

3.5. La ayuda humanitaria descentralizada

El monto total de fondos empleados por la cooperación descentralizada para acción humanitaria fue de 28,7 millones de euros durante 2009.

TABLA 5.14. AYUDA HUMANITARIA DESCENTRALIZADA POR ACTORES 2008-2009

AGENTES	2008			2009		
	AH MULTILATERAL	AH BILATERAL	TOTAL AH DESCENTRALIZADA	AH MULTILATERAL	AH BILATERAL	TOTAL AH DESCENTRALIZADA
CCAA		37.607.755,00	37.607.755,00		23.093.089,00	23.093.089,00
EELL		9.845.506,00	9.845.506,00		5.569.930,00	5.569.930,00
UNIVERSIDADES		70.660,00	70.660,00		72.738,00	72.738,00
TOTAL AH			47.523.921,00			28.735.757,00

Fuente: DGPOLDE

Las comunidades autónomas destinaron un total de 23 millones de euros a acción humanitaria durante 2009, el 38% menos que en el año anterior.

Las entidades locales también disminuyeron en un significativo 43% las aportaciones a acción humanitaria durante el año 2009, mientras que las universidades, con un presupuesto testimonial, mantienen durante los últimos años el nivel de compromiso con la acción humanitaria.

TABLA 5.15. EVOLUCIÓN DE AH DESCENTRALIZADA CON RESPECTO A LA ADMINISTRACIÓN GRAL. DEL ESTADO

	11,2%	2004	2005	2006	2007	2008	2009
CC.AA	88,8%	8,7%	9,1%	15,5%	21,9%	11,2%	4,9%
AGE	94,8%	91,3%	90,9%	84,5%	78,1%	88,8%	95,1%

Fuente: DGPOLDE

En 2009 se produce por segundo año consecutivo una disminución en el peso relativo de la acción humanitaria financiada por las comunidades autónomas. Tras el máximo alcanzado en 2007 al contribuir con el 21,9% al total, dos años después el porcentaje es del 4,9%.

EL desglose por comunidades autónomas muestra una destacada aportación por parte de Castilla-La Mancha –7,1 millones de euros– una tercera parte del total de la ayuda humanitaria de las comunidades autónomas. Igualmente, Cataluña, Andalucía, País Vasco y Comunidad Valenciana hacen aportaciones significativas.

TABLA 5.16. AYUDA HUMANITARIA DESCENTRALIZADA 2009 POR CCAA Y VÍAS DE CANALIZACIÓN

COMUNIDADES AUTÓNOMAS	VIA OMUDES		OTROS MECANISMOS		TOTAL	
	EUROS	%	EUROS	%	EUROS	%
ANDALUCÍA	900.000,00	33%	2.710.025,00	13%	3.610.025,00	16%
ARAGÓN		0%	923.873,00	5%	923.873,00	4%
ASTURIAS		0%	623.584,00	3%	623.584,00	3%
BALEARES	250.000,00	9%	226.200,00	1%	476.200,00	2%
CANTABRIA		0%	115.000,00	1%	115.000,00	0%
CANARIAS		0%	48.137,00	0%	48.137,00	0%
CATALUÑA	850.000,00	31%	3.147.000,00	15%	3.997.000,00	17%
PAIS VASCO		0%	2.696.177,00	13%	2.696.177,00	12%
CASTILLA-LA MANCHA		0%	7.143.670,00	35%	7.143.670,00	31%
CASTILLA Y LEÓN		0%	233.685,00	1%	233.685,00	1%
EXTREMADURA		0%	425.449,00	2%	425.449,00	2%
GALICIA		0%	720.000,00	4%	720.000,00	3%
LA RIOJA		0%	18.000,00	0%	18.000,00	0%
MADRID		0%	658.353,00	3%	658.353,00	3%
NAVARRA		0%	122.952,00	1%	122.952,00	1%
COMUNIDAD VALENCIANA	736.299,00	27%	544.685,00	3%	1.280.984,00	6%
TOTAL	2.736.299,00	100%	20.356.790,00	100%	23.093.089,00	100%

Fuente: DGPOLDE

Por sectores, el conjunto de las autonomías destinó el 59% a la ayuda de emergencia, el 16% para acciones de reconstrucción y rehabilitación y el significativo 16% a prevención de desastres, acorde con las iniciativas internacionales referentes a la gestión de riesgos.

TABLA 5.17. DISTRIBUCIÓN SECTORIAL DE LA AH DESCENTRALIZADA (CCAA 2009)

SECTOR	VIA OMUDES		OTROS MECANISMOS		TOTAL	
	EUROS	%	EUROS	%	EUROS	%
Ayuda y servicios materiales de emergencia	2.436.299,00	89%	11.144.095,00	55%	13.580.394,00	59%
Ayuda alimentaria de emergencia	300.000,00	11%	1.652.114,00	8%	1.952.114,00	8%
Coordinación de los servicios de protección de la ayuda		0%	265.000,00	1%	265.000,00	1%
Ayuda a la reconstrucción y rehabilitación		0%	3.674.664,00	18%	3.674.664,00	16%
Prevención de desastres		0%	3.620.917,00	18%	3.620.917,00	16%
TOTAL	2.736.299,00	100%	20.356.790,00	100%	23.093.089,00	100%

Fuente: DGPOLDE

El destino de la ayuda humanitaria de las comunidades autónomas muestra un tercio del total a África subsahariana y otro tercio a Latinoamérica. Se mantiene la tendencia de la cooperación española en general en cuanto a las aportaciones a la población que sufre las consecuencias del conflicto en Oriente Medio. Sin embargo, es llamativo el escaso destino de fondos al continente asiático.

ÁREA GEOGRÁFICA	VIA OMUDES		OTROS MECANISMOS		TOTAL	
	EUROS	%	EUROS	%	EUROS	%
África del norte		0%	70.000,00	0%	70.000,00	0%
África subsahariana	886.299,40	32%	6.459.009,41	32%	7.345.308,81	32%
América Latina	1.500.000,00	55%	6.195.434,59	30%	7.695.434,59	33%
Asia		0%	1.261.819,36	6%	1.261.819,36	5%
Europa		0%		0%	-	0%
Oceanía		0%		0%	-	0%
Oriente Medio	350.000,00	13%	4.245.026,24	21%	4.595.026,24	20%
Países en vías de desarrollo, no especificados		0%	2.125.500,00	10%	2.125.500,00	9%
TOTAL	2.736.299,40	100%	20.356.789,60	100%	23.093.089,00	100%

Fuente: DGPOLDE

Respecto a las aportaciones a países, cabe reseñar la aportación de 4,2 millones de euros a Palestina, justificada por la situación crítica por la que pasó la población tras la intervención armada *Plomo Fundido* en enero de 2009. Otros dos países que recibieron aportaciones destacadas fueron la República Democrática del Congo –1,2 millones de euros– y Cuba –1 millón–.

RENTA	VIA OMUDES		OTROS MECANISMOS		TOTAL	
	EUROS	%	EUROS	%	EUROS	%
NE			2.390.500,00	11,74%	2.390.500,00	10,35%
PMA	886.300,00	32,39%	6.394.102,00	31,41%	7.280.402,00	31,53%
PRB			804.982,00	3,95%	804.982,00	3,49%
PRMA			1.195.193,00	5,87%	1.195.193,00	5,18%
PRMB	1.850.000,00	67,61%	9.572.012,00	47,02%	11.422.012,00	49,46%
TOTAL	2.736.300,00	100,00%	20.356.789,00	100,00%	23.093.089,00	100,00%

Fuente: DGPOLDE

Al igual que en años anteriores, llama la atención que casi la mitad de los fondos de acción humanitaria hayan ido a países de renta media baja. Aunque se aprecia un crecimiento en cuanto a la partida destinada a países menos avanzados con una aportación del 31% del total de la ayuda. Es de desear que se mantenga en el futuro la tendencia de concentrar la ayuda humanitaria en las regiones y países de más bajo desarrollo castigados en exceso por crisis humanitarias, muchas de las cuales perduran en el tiempo.

Es importante destacar el notable esfuerzo de coordinación que en 2009 se ha producido en la acción humanitaria descentralizada, con el objetivo de mejorar su efectividad lo que, sin duda, ha tenido un impacto positivo en los receptores de la ayuda.

4. EL CASO DE HAITÍ. ANÁLISIS DE LA RESPUESTA INTERNACIONAL

La respuesta internacional al terremoto que asoló Haití en enero de 2010 fue rápida, masiva y dotada de grandes medios; sin embargo, transcurrido un año, la población afectada continúa en situación crítica.

El 12 de enero de 2010 un sismo de 7.0 en la escala de Richter, el más potente en el país en 200 años, sorprendió a la población. Con 220.000 víctimas, 300.000 personas heridas y más de 2 millones de damnificados, Haití quedó sumida en el caos.

4.1. El contexto

Antes de detallar el impacto del terremoto, conviene describir el contexto y analizar la situación previa del país. La República de Haití ocupa la parte occidental de la isla del Caribe que comparte con la República Dominicana. País montañoso y desertizado, cuenta con una superficie de 27.700 m² y alberga una población de 10.033.000 habitantes.

Datos socio-demográficos

El país está dividido administrativamente en 10 departamentos, 41 regiones y 133 comunas. El 64% de la población vive en áreas rurales, el 21% en la zona metropolitana de Puerto Príncipe y el 15% en otras zonas urbanas. Con una tasa de emigración a las ciudades de 75.000 personas/año. La distribución de la población muestra que la mayoría es joven, con un 50% < 20 años y solo el 5% > 65 años. La tasa bruta de natalidad es de 33 por 1.000 habitantes y la tasa global de fecundidad de 4.79. El 51% de la población se declara soltera y el 44% vive en pareja.

La mayoría de los habitantes son de etnia afro-caribeña y existe una élite de población mulata de mayor estatus socioeconómico que controla gran parte de la economía haitiana. Creole y francés son lenguas oficiales. Sólo el 20% de la población se

expresa de forma hablada y escrita en francés y supone la clase media alta. El 80% de las personas de las áreas rurales son iletradas y el 47% en las áreas urbanas.

Datos políticos

Haití se caracteriza por sufrir una gran inestabilidad política, dirigido durante años por dictadores y oligarcas. La última dictadura de los Duvalier terminó en 1991 debido al fuerte movimiento social de oposición existente, pero la inestabilidad política continuó con numerosos golpes de estado. En 2004 se desplegó en el país una misión de estabilización de las Naciones Unidas (MINUSTAH) que cuenta en la actualidad con más de 7.000 soldados. En términos de seguridad, las zonas rurales son más seguras que las ciudades, más afectadas por actividades delictivas.

Datos macroeconómicos

La economía de Haití generó en 2009 un PIB de 6.908 millones de dólares y una renta per cápita de 772 dólares, lo que le define como el país más pobre del continente americano y una de las economías más desfavorecidas del mundo. Con un índice de desarrollo humano de 0.532 ocupa el puesto 149 sobre 182 países.

En la década de los 60, fue autosuficiente en la producción de cereales y arroz; sin embargo, debido a la apertura de mercados, la producción agrícola se fue a la quiebra, lo que provocó una fuerte migración a otros países, principalmente a la República Dominicana, Estados Unidos (500.000) y Canadá (100.000).

Datos socio-económicos

Los datos disponibles de 2001 muestran que el 56% de la población vivía con menos de un dólar y el 76% con menos de dos dólares. Si bien se estima que la situación ha mejorado en el país, paradójicamente, ha empeorado en la capital.

Cerca del 70% de la población haitiana depende de una economía de subsistencia a pequeña escala, basada en actividades agrícolas y ganaderas en las que se emplean cerca de las dos terceras partes de la población económicamente activa. En las últimas décadas se ha producido un importante éxodo del campo a las ciudades, sobre todo a la capital, Puerto Príncipe, lo que ha dado lugar a un gran y descontrolado crecimiento de la ciudad.

Sector social

Antes del terremoto existía una gran debilidad de los servicios sociales básicos. El país contaba con escasos servicios públicos, siendo privados los proveedores de la mayoría de los mismos. Los efectos en la población son claros: el 30% de la población infantil afectada por desnutrición crónica, más de medio millón de niños no escolari-

zados y casi el 40% de los mayores de 15 años iletrados. El 92% de las escuelas no son estatales. Cerca del 82% de los estudiantes de primaria y secundaria asisten a centros privados. Solo el 1% de la población tiene estudios universitarios.

La mayoría de los haitianos no disponen de pensiones, ahorros o seguridad social.

Familias

Son amplias y con una gran red interfamiliar, más interdependientes en las zonas rurales que en las áreas metropolitanas.

Las mujeres procedentes de áreas rurales que emigran a las ciudades están consideradas como el grupo en situación más marginal de la sociedad. La mayoría sin trabajo, constituyendo familias monoparentales y viviendo en suburbios de Puerto Príncipe. Muchas mujeres con hijos y sin pareja se ven forzadas, en ocasiones, a realizar actividades transitorias de prostitución para mantener a sus familias.

Religión

La religión juega un papel crucial en todos los ámbitos de la vida haitiana. Hay diversidad religiosa: católicos; protestantes, vudú y una incipiente minoría musulmana. Las raíces africanas están muy presentes en la cultura y sociedad de Haití, así como las prácticas religiosas del vudú, sustrato de creencias populares compartidas incluso entre quienes practican otras religiones. Los haitianos piensan que Dios es más poderoso que cualquier otra fuerza, incluida la vudú. La población suele consultar sus problemas a los líderes religiosos de la comunidad...

Cultura

El concepto haitiano de persona enfatiza el modelo de conexión entre cultura, sociedad y persona, modelo que trasciende la concepción antropocéntrica occidental hacia una dimensión cosmocéntrica, donde la persona es solo parte de un universo amplio de espíritus y ancestros en armonía.

Todo ello influye en la visión de la vida y la muerte que es entendida como parte del ciclo de la vida. Los familiares fallecidos siguen formando parte de la familia, hacen sugerencias y ayudan a sus descendientes a través de los sueños. Mantienen ritos ancestrales con los muertos.

El concepto haitiano de persona también influye en la visión de la salud, de la enfermedad y en el modo de atender a las personas. La medicina tradicional desarrolla su propio enfoque determinando enfermedades y tratamientos desde su propia perspectiva.

Las enfermedades moderadas y crónicas se tratan con frecuencia dentro del ámbito familiar o a través de apoyo social. Sin embargo, los procesos graves, como el

VIH/sida y la tuberculosis, o agudos, como traumatismos y heridas, se tratan mediante la medicina occidental.

Los trastornos de salud mental se atribuyen a fuerzas sobrenaturales y la envidia puede ser la causa de transmisión de una persona a otra, o el hecho de no complacer suficientemente a los espíritus, incluidos aquellos de familiares difuntos. Asimismo, el origen de las enfermedades mentales se busca en la influencia de poderosas fuerzas sin control.

Las clases sociales más deprimidas, generalmente, buscan la ayuda de un sacerdote vudú para los problemas de salud. Solo acudirán a un profesional de salud si la visita al sacerdote vudú ha sido infructuosa y algunos utilizan a ambos al mismo tiempo. La población de clase media y alta es más probable que busque los servicios de un profesional de salud porque confían en un modelo biomédico de salud. También se recurre a los herbolarios en busca de tratamientos más baratos que las medicinas y más accesibles.

Servicios de salud

Antes del terremoto el 45% de la población tenía dificultades de acceso a agua potable. Sólo una pequeña proporción de los habitantes de Puerto Príncipe tenía acceso al agua a través de tuberías, por lo que la mayoría de la población consumía agua embotellada. El 83% de la población no disponía de saneamientos adecuados. El acceso a saneamiento en la capital es complicado porque la mayor parte del agua es subterránea y hay pocos espacios para instalar letrinas.

Los servicios de salud en Haití se dividen en cuatro sectores:

1. Instituciones públicas administradas por el Ministerio de Salud Pública y de la Población.
2. Sector privado no lucrativo cubierto por ONG y organizaciones religiosas.
3. Mezcla de sector no lucrativo, donde el personal es retribuido por el gobierno pero la gestión la llevan a cabo agentes del sector privado.
4. Sector privado lucrativo que incluye médicos, dentistas, enfermeras y otros especialistas trabajando en prácticas privadas o en clínicas en centros urbanos.

El Ministerio de Salud Pública y de la Población es responsable de la salud de la población, la dispensación de servicios, elaboración de políticas de salud, gestión del presupuesto de salud, que supone un 7% del total del gasto público. En el terreno hay más de 250 socios que, con el ministerio, proporcionan servicios de salud.

El sistema público de salud, dirigido por el citado ministerio, es un sistema centralizado, articulándose en 10 departamentos y cuatro unidades de coordinación. Hay 49 hospitales, la mayoría localizados en ciudades, 217 centros de salud y 371 pue-

tos de salud. A pesar de la centralización, no hay una verdadera red de servicios de salud y, aunque resulte incoherente con una administración centralizada, muchas infraestructuras y centros de salud son autónomos.

Solo el 30% de las instalaciones de salud son públicas y la mayoría en áreas urbanas. Algunos hospitales de la red pública funcionan como fundaciones privadas. En las áreas rurales, el 70% de los servicios de salud son proporcionados por ONG e incluyen, mayoritariamente, servicios de atención primaria de salud. El sector privado pone a disposición de la población un tercio de la atención de salud.

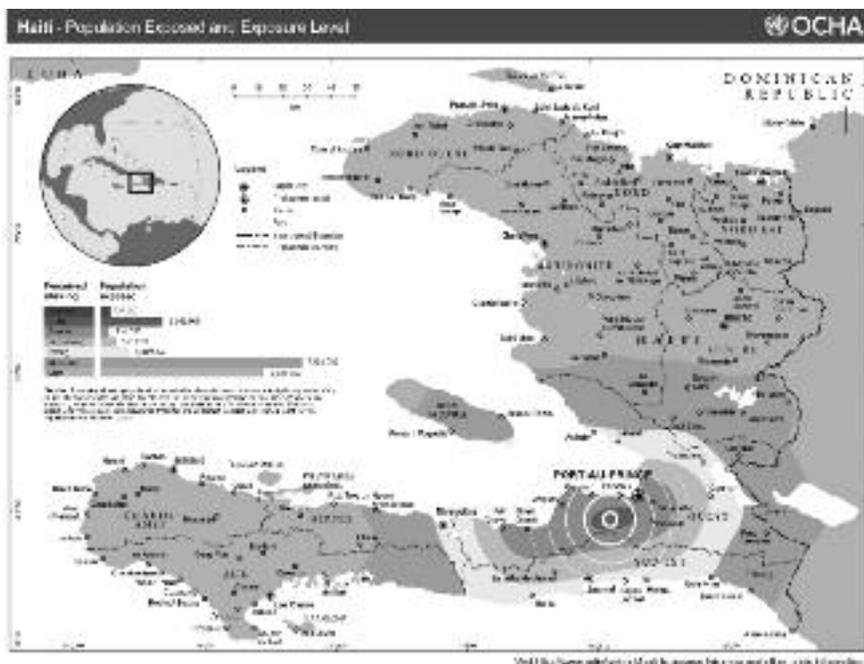
En cuanto a los recursos humanos, los datos de 2003 muestran que había unos 2.500 médicos, de los que el 88% se concentraba en el departamento del oeste, que incluye Puerto Príncipe.

La mayoría de la población haitiana valora los servicios profesionales de salud; sin embargo, no son capaces de acceder a este tipo de cuidados debido a barreras estructurales como el coste, la distancia y la localización. Se estima que en el 47% de la población tiene dificultades de acceso a atención de salud, acudiendo la mayoría a sanadores tradicionales.

Las consecuencias de la debilidad del sistema de salud y la precariedad de los servicios que proporciona ocasiona que Haití presente unas escandalosas cifras de mortalidad en < 5 años (117 por 1.000 recién nacidos vivos) y una inaceptable mortalidad materna (680 por 100.000 recién nacidos vivos).

4.2. Los efectos del terremoto

El terremoto afectó el sur y centro del país, con el epicentro cerca de la ciudad de Léogán, a 17 kilómetros al suroeste de la capital, Puerto Príncipe. El impacto del sismo fue de gran magnitud porque afectó el área de la capital, densamente poblada y regiones próximas..



Además de las víctimas, el terremoto produjo gran destrucción de infraestructuras y construcciones, con más de 100.000 casas completamente derruidas y 208.000 agrietadas. El bajo desarrollo ha supuesto la existencia de múltiples construcciones de poca calidad, realizadas con materiales inapropiados. En el caso del área metropolitana de la capital había múltiples asentamientos procedentes de la migración rural, en zonas de alto riesgo sin planificación urbanística, además de viviendas precarias, estructuralmente muy frágiles. Todo ello contribuyó a que el sismo produjera una gran destrucción.

La gran intensidad del terremoto también destruyó construcciones más sólidas como las sedes de las instituciones de gobierno, el palacio presidencial, el parlamento y gran parte de los ministerios así como el palacio de justicia y múltiples centros admi-

nistrativos. Incluso se vino abajo la sede que Naciones Unidas tenía en la capital y algunas embajadas como la española. También quedaron derruidos parcial o totalmente 50 hospitales y centros de salud. Se han destruido 1.300 centros educativos. Las infraestructuras de comunicación y red eléctrica, al igual que la conducción de agua potable, quedaron gravemente afectadas.

La mayor parte de la población damnificada que había perdido sus viviendas se desplazó a espacios públicos abiertos, como plazas, parques, instalaciones deportivas, patios de colegios y a parcelas de propiedad privada. En ellos se improvisaron campamentos, construyendo tiendas de campaña precarias con lonas. Cerca de 1,3 millones de personas se vieron en la necesidad de vivir en los 1.354 campamentos censados. La mayoría de los asentamientos se establecieron en la capital con una estimación de 591 campamentos, donde se refugiaron 692.000 personas.

Algunos grandes campamentos, como el del Estadio Nacional o el de Camp Mars frente al palacio presidencial, aglutinaban a personas de diferente procedencia. Sin embargo, la tendencia de los damnificados fue a instalar campamentos de mediano tamaño, próximos a sus viviendas, en el entorno del barrio, como sucedió en Cité Soleil o Delmas en Puerto Príncipe. Muchos de ellos con grandes dificultades para el abastecimiento de servicios básicos.

Se estima en 7.863 millones de dólares las pérdidas económicas por los daños causados. Con un Estado con falta de fondos, un nivel de paro elevado y ausencia de servicios públicos, el terremoto de Haití arruinó los recursos disponibles que permitían salir adelante a una población empobrecida. El impacto macroeconómico va a suponer un descenso del 8% en el crecimiento de la economía.

Esta catástrofe ha acabado con las débiles estructuras políticas y administrativas existentes en el país. Al tener el mayor impacto en la capital, se vieron afectados directamente los centros administrativos y económicos.

El terremoto está produciendo de forma indirecta mayor empobrecimiento. Se estima que las pérdidas de trabajo, consecuencia de la destrucción, son en torno al 8,5%, en un país con una elevada tasa de desempleo que ha llegado al 49% en las ciudades y al 36% en áreas rurales. La pobreza en la que vive gran parte de la población hace que un elevado porcentaje de personas se encuentre en situación de vulnerabilidad y las familias no tengan recursos propios para hacer frente a las pérdidas ocasionadas.

Asimismo, se ha agravado la situación social al quedar destruidas las infraestructuras de servicios sociales junto a una importante pérdida de recursos humanos activos en el sector. Debido al incremento del elevado desempleo, el número de personas que buscan entre la basura en el vertedero de Trutier ha ascendido de 200 a 2.000 en los últimos meses.

Igualmente, el sector de la salud se ha visto gravemente deteriorado por la **acumulación de basuras y residuos en los campamentos**. En Puerto Príncipe existe un **único vertedero situado en Trutier**. El lugar tiene cuatro áreas diferenciadas: **basura, escombros, desechos y restos bioquímicos**. Desde el terremoto, el **área de los desechos se ha quedado pequeña, ya que todos los residuos de las letrinas de la ciudad se vierten allí**.

El sistema público de salud ha sufrido importantes daños estructurales tanto en la construcción como el sistema eléctrico y abastecimiento de agua y saneamiento. También se ha producido una importante afectación de los profesionales directa e indirectamente, lo que, unido a la ya de por sí débil estructura del sistema primario de salud y a un incremento de la demanda de servicios, ha alterado sobremedida el normal funcionamiento de los servicios de salud.

A la gran cantidad de heridos con secuelas y personas discapacitadas como consecuencia de las lesiones se suma un importante número de personas con trastorno psicológico. Consecuencia del trauma causado por el terremoto y de las pérdidas de seres queridos, muchas personas tienen problemas de salud mental. Gran parte de la población no tuvo la posibilidad de hacer un buen enterramiento y funeral adecuado a los fallecidos, bien porque no los han llegado a encontrar o porque no han tenido recursos para hacerlo, o porque se han hecho enterramientos masivos en fosas comunes sin ceremonias. Como resultado existe una incertidumbre acerca del destino de los fallecidos con sentimientos de culpa y el riesgo de pesadillas y preocupaciones cuando se piensa en la muerte. Todos estos trastornos de salud mental condicionan una limitación funcional para la vida cotidiana.

4.3. La respuesta

La respuesta local

Haití es un país de bajo desarrollo con escasa capacidad para dar respuesta a la gran devastación causada por el seísmo. La falta de planes de contingencia para eventos de esta magnitud y el colapso de las instituciones contribuyó a la falta de respuesta institucional en los primeros momentos. Tan solo se animaba a la población de la capital a desplazarse a zonas rurales no afectadas a buscar refugio y a buscar ayuda en los familiares. De hecho, hasta el segundo mes no se esbozó un plan de actuación. La falta de respuesta contribuyó a que se produjeran grandes dificultades de coordinación intersectorial.

Sin embargo, se produjo una rápida respuesta de la sociedad civil ayudando a rescatar a los heridos y acogiendo en sus casas a parientes y a menores huérfanos. Las comunidades de vecinos de los barrios pusieron en marcha medios de ayuda a

sus vecinos afectados, proporcionando alimentos y material de primera necesidad. Las organizaciones religiosas dieron cobijo en las primeras 24 horas a muchos damnificados.

Tras el seísmo, la Cruz Roja haitiana, a través de su voluntariado, empezó a atender a los miles de heridos que se aglutinaban en los establecimientos sanitarios o en sus proximidades. Las ONG locales y asociaciones se reorganizaron, otras se constituyeron de forma improvisada en el entorno de los centros universitarios y pusieron en marcha tareas de ayuda a la población damnificada. Las instalaciones de los hospitales estaban afectadas y gran parte de los profesionales de salud, bajo el estado de choque, no habían podido acudir a sus puestos. Mientras, equipos de rescate cubanos iniciaron las tareas de búsqueda de supervivientes bajo los escombros.

Las organizaciones de cooperación internacional, presentes previamente en Haití, junto a sus socios locales, también iniciaron sus actividades, sin el material de ayuda humanitaria suficiente para dar respuesta a la catástrofe.

La respuesta internacional

En las primeras 48 horas, OCHA asignó fondos del CERF a la emergencia, al igual que ECHO. La cooperación española a través de la OAH también movilizó fondos, la gran mayoría a través de OCHA y una pequeña parte a través de las organizaciones con las que tiene firmado convenio para intervención en emergencias. El resto se destinó a intervención directa.

La afectación de las infraestructuras de la MINUSTAH limitó su capacidad de actuación, contribuyendo a la falta de control de la situación en los primeros días lo que ocasionó inseguridad en algunas zonas de la capital.

La destrucción parcial de las infraestructuras del aeropuerto fue la causa de no recibir ayuda por vía aérea en los primeros días. Si bien la respuesta internacional fue rápida, la ayuda se desvió hacia la República Dominicana y se condujo por tierra a Haití, sorteando grandes dificultades. Una semana después estuvo operativo el aeropuerto y comenzó a recibirse la ayuda internacional.

El colapso de la sede de Naciones Unidas en PAP contribuyó a que no se pudiera organizar desde los primeros momentos una respuesta eficaz por parte de las agencias de Naciones Unidas. Dos semanas más tarde, se construyó un campamento provisional de Naciones Unidas en la zona del aeropuerto y llegó el personal para coordinar la ayuda.

Estas circunstancias hicieron que la primera semana, tras el terremoto, fuera caótica, sin satisfacer de forma adecuada las necesidades de la población afectada, a pesar de la rápida reacción de la comunidad internacional, la ayuda no podía llegar a los damnificados. Hay que destacar el despliegue que se hizo desde Cuba enviando bri-

gadas de personal sanitario junto a equipos de la República Dominicana que prácticamente suplieron durante el primer mes al personal sanitario local en gran parte de los hospitales y centros de atención sanitaria de PAP y en el resto de ciudades afectadas.

Dos semanas después del seísmo comenzaron a funcionar los canales de ayuda humanitaria a la población y un mes después se realizó de forma coordinada, gracias al comité nacional "Célula de Respuesta" que se hizo cargo de la coordinación institucional y al funcionamiento de la coordinación de Naciones Unidas con las organizaciones humanitarias a través del sistema de *clusters*.

Igualmente, tuvo lugar el despliegue de los efectivos de la Federación Internacional de la Cruz Roja y Media Luna Roja y la llegada de cooperantes quienes, en colaboración con organizaciones y socios locales, desarrollaron actividades de intervención directa con los damnificados a través del desplazamiento de unidades móviles. Se centraron en la atención directa a heridos, reforzando la atención en los centros asistenciales de las zonas afectadas y en la proporción de ayuda humanitaria en más de 1.000 campos de damnificados. También se apoyó el restablecimiento de los servicios sanitarios de atención primaria en las zonas rurales, gravemente afectados como consecuencia de la catástrofe.

A pesar de la reubicación de las diferentes instituciones de gobierno en otros edificios y la incorporación de los funcionarios a sus responsabilidades, la debilidad de las instituciones condicionó que incluso durante el segundo mes no se dispusiera de datos relativos a la población damnificada y afectada. Las fuentes de registros sobre la situación de salud y necesidades de la población no eran fiables. Sin datos, durante los primeros tres meses, fue difícil articular una respuesta adecuada a las necesidades y coordinar la ayuda de cara a una mayor efectividad. A ello se suma un sistema administrativo fuertemente centralizado que provocó durante los primeros tres meses grandes dificultades de coordinación interregional.

Los donantes internacionales

La ayuda exterior continuaba incrementándose. Desde Estados Unidos y Canadá, países de sudamérica como Brasil, Argentina, Venezuela y la Unión Europea, encabezada por España que ocupaba la presidencia, se destinaban fondos para paliar los efectos del terremoto. En la *Conferencia de Donantes*, en la que España participó de forma activa, se decidió destinar 5.300 millones de dólares a corto plazo, hasta finales de 2011 y se alcanzó el compromiso de 9.900 millones de dólares a medio plazo para la reconstrucción de Haití. España con 346 millones de euros se convirtió en el tercer país donante para la reconstrucción de Haití.

La respuesta internacional fue muy solidaria con los habitantes de Haití. Hubo una movilización masiva con aportaciones de fondos para cubrir las necesidades de las

personas damnificadas. En España, solo a través de las ONG que forman parte de la Coordinadora de ONGD - España la sociedad canalizó cerca de 80 millones de euros. Esta contribución aumentó los fondos gestionados por las ONG españolas que intervinieron en Haití, fondos muy útiles para financiar la ayuda en los primeros momentos de la emergencia.

En junio, en la cumbre de Punta Cana se constituyó la comisión interina para la reconstrucción de Haití copresidida por el enviado de Naciones Unidas, Bill Clinton, y el primer ministro de Haití, Jean Max Bellerive. La comisión se encargará de dar seguimiento a la reconstrucción y aplicación de los fondos.

A pesar de la reunión de donantes, se ha producido en Haití una importante movilización de ayuda bilateral, desplazándose a PAP representantes gubernamentales de los países con mayor compromiso de fondos, haciendo explícita sobre el terreno la ayuda que sus respectivos países están destinando para la reconstrucción.

La cooperación española

La cooperación española fue capaz de coordinar con eficacia la respuesta común de la Unión Europea. Aparte del gran aporte de fondos para la reconstrucción, movilizó rápidamente desde los primeros momentos un gran despliegue de ayuda directa. De forma paralela, el Ministerio de Defensa envió en las primeras 48 horas aviones con ayuda humanitaria a Santo Domingo, aunque no pudieron transportar la carga a PAP hasta una semana después, debido a la inoperatividad del aeropuerto. Más tarde partió un buque hospital de la armada con ayuda humanitaria. Con base en Petit Goave, el ejército realizó tareas logísticas de desescombro y acondicionamiento del hospital de Nôtre Dame junto con atención sanitaria a la población.

Una vez más se repitieron intervenciones previas como la respuesta al tsunami que asoló el Sureste asiático en 2005. La acción directa de la AECID prevaleció por encima de las labores de coordinación, hasta el punto que gran parte de los recursos humanos de la Oficina de Acción Humanitaria de la Agencia se desplazaron al terreno para ejecutar la ayuda directa. Si bien en los primeros momentos la tarea de reunir a los diferentes agentes de la ayuda humanitaria española fue rápida y adecuada, la situación de debilidad en que quedó la oficina afectó la coordinación de la ayuda.

Las organizaciones humanitarias evaluamos positivamente las tareas de coordinación inicial de los diferentes donantes de ayuda humanitaria española. Esta línea se debe reforzar en el futuro y abandonar la estrategia de intervención directa que no aporta valor añadido a la cooperación española, más bien merma la capacidad para tareas propias como la coordinación.

En la línea de la intervención directa, se sigue apostando por el envío de efectivos militares para desarrollar tareas de acción humanitaria. Sin duda, ésta puede ser com-

plementaria en casos necesarios y para tareas logísticas a gran escala; sin embargo, no parece oportuno para desarrollar actividades de acción humanitaria directa sufriendo a agencias de Naciones Unidas, FICR (Federación Internacional de la Cruz Roja) u ONG humanitarias, sobre todo cuando la cantidad de fondos públicos aportados para la intervención del ejército, que asciende a 19 millones de euros, ha sido 20 veces mayor que lo canalizado a través de las ONG.

Las ONG

Antes del terremoto, en Haití había una amplia representación de organizaciones humanitarias y de cooperación al desarrollo. El hecho de disponer de infraestructura en Haití, aunque varias se vieron afectadas, el conocimiento del país, los canales de interlocución con las autoridades, la relación con organizaciones locales y el conocimiento de la población facilitaron en gran medida la respuesta.

Durante las primeras dos semanas, incluso durante el primer mes, se produjo una importante descoordinación de los agentes humanitarios internacionales debido a la ausencia de liderazgo por parte de las agencias de Naciones Unidas. El motivo es que la infraestructura que Naciones Unidas tenía en la capital se derrumbó causando víctimas y heridos entre el personal de la sede. Las ONG en el terreno reaccionaron para intentar coordinarse, sufriendo el funcionamiento de los *cluster*⁵, un ejemplo es el *subcluster* de salud mental que se llevó a cabo durante el primer mes en las oficinas de Médicos del Mundo en Puerto Príncipe.

El acondicionamiento de estructuras provisionales por parte de Naciones Unidas y la llegada de personal consiguió que el funcionamiento de coordinación a través de los *cluster* fuese más eficaz un mes después. Sin embargo, una de las debilidades que persistió durante los primeros cuatro meses fue no disponer de datos fiables de la situación de la población, no tanto en la capital como en las zonas rurales que ha condicionado durante los primeros seis meses una respuesta coordinada por parte de las organizaciones humanitarias.

5. Enfoque sectorial de la acción humanitaria. Las intervenciones de emergencia se organizan por parte de NNUU en 10 sectores: refugio coordinado por ACNUR, salud coordinado por OMS, agua y saneamiento coordinado por UNICEF, etc.

4.4. La situación después de 10 meses de la catástrofe

Diez meses después de la emergencia, la situación en las zonas afectadas continúa siendo extremadamente precaria. De hecho, sigue la fase de post-emergencia. El 95% de los campamentos iniciales continúan activos y en torno a 1,3 millones de personas permanecen en ellos. Las viviendas son inhabitables y la gente tiene miedo a permanecer en su interior por las numerosas réplicas habidas.

Gran parte de los campamentos de medio tamaño que acogen a unas 200 familias están constituidos por tiendas de campana precarias, construidas con lonas proporcionadas por las organizaciones humanitarias, donde las familias viven hacinadas en un terreno irregular. Los situados en la periferia de las ciudades no cumplen los estándares mínimos para su habitabilidad. Ubicados sobre terrenos de la municipalidad o propiedades privadas, algunos se encuentran junto a vertederos y no cuentan con infraestructura ni logística básica. Los servicios básicos comunes no están completamente cubiertos, ni cuentan con protección institucional. Las familias alojadas no tienen satisfechas las necesidades básicas.

La situación de los campos varía, desde el abastecimiento de los grandes situados en el centro de la ciudad hasta el práctico abandono de los pequeños situados en los barrios periféricos. La mayoría no disponen de agua corriente y se abastecen de depósitos; no hay una distribución regular ni garantizada a todos los asentamientos. Muchos no cuentan con letrinas suficientes para la población que acogen, en algún caso cuentan con una para todo el campamento. Otros no disponen de duchas ni lavabos para la higiene personal. No hay zona de lavaderos, lavan la ropa en barreños y los muros o las propias tiendas hacen de tendedero. No hay recogida de residuos y en ninguno de los campos existe una adecuada gestión de los desechos y de las basuras que se arrojan en los vertederos que se encuentran en las mismas explanadas frente a las tiendas.

En los campamentos se encuentran personas afectadas de enfermedades comunes, hipertensión arterial (HTA), insuficiencia respiratoria crónica, diabetes y no disponen de personal capacitado en salud ni de centros de salud, por lo que son atendidas en clínicas móviles y hospitales de campaña de las ONG.

Existen personas en situación de vulnerabilidad como las mujeres embarazadas, viudas, familias monoparentales, huérfanos, ancianos, enfermos crónicos y discapacitados que precisan de un apoyo específico del que, actualmente, no disponen.

La fortaleza de los campamentos medianos situados en los barrios periféricos reside en que están conformados por familias del barrio y constituyen un grupo social homogéneo con organización comunitaria. Cuentan con comités para la gestión del

campo y han puesto en marcha iniciativas para su conservación, protección, distribución de recursos, así como actividades de educación informal para niños y jóvenes.

Los campamentos se ven amenazados por la climatología adversa, como las fuertes tormentas que el 24 de septiembre de 2010 afectaron a unos 250 campamentos, precisando apoyo con material y equipamiento de cobijo cerca de 20.000 personas. Otra amenaza es el desalojo de los campamentos asentados en parcelas privadas cuyos dueños han puesto en marcha acciones para el desalojo de sus tierras que ya se están llevando a cabo. Si esta situación se mantiene durante mucho tiempo, la desestructuración familiar y social puede incrementar la conflictividad y conllevar disputas y desórdenes en los campos.

Transcurridos 10 meses de la catástrofe, la tarea de retirada de escombros aún continúa. Estaba funcionando a través de la modalidad 'dinero por trabajo' (*cash for work*), pero los equipos de retirada de escombros paralizaron las actividades tras la interrupción por parte de la administración del pago de los salarios.

La tarea de reconstrucción y rehabilitación de viviendas apenas se ha puesto en marcha. La mayoría de los que han perdido la vivienda eran arrendatarios y existen dificultades administrativas para financiar su reconstrucción y no se ha llegado a un acuerdo aceptable para ello. Mientras tanto, la solución es la construcción de alojamientos de transición hasta que se resuelvan los trámites administrativos y legales.

Hasta el momento se han construido unos de 17.000 alojamientos de transición para 80.000 personas. Hay previsto construir 135.000 más hasta agosto de 2011. La Federación Internacional de la Cruz Roja y la Media Luna Roja pretende reemplazar las lonas de 80.000 tiendas, bastante deterioradas al haber transcurrido 10 meses de su colocación.

Actualmente existe una gran confusión y temor por parte de los damnificados que están en los campos acerca de la relocalización planificada por las autoridades. Se plantea trasladar a los habitantes de los campos asentados en espacios públicos, jardines, plazas, estadios, centros docentes y recintos religiosos a asentamientos fuera de la ciudad. A este efecto se ha habilitado un espacio en Corail (7.450 hectáreas) en "Morne a Cabrit" a 25 km. de PAP, y otro en Tabarre en la periferia noreste de la capital. En esos espacios se van a instalar prefabricados para los damnificados y se les dotará de servicios. Existe una gran resistencia por parte de la población a trasladarse a zonas alejadas de la ciudad, no quieren irse lejos de sus casas porque, en algunos casos, mantienen sus trabajos anteriores, como puestos de venta ambulante, que les permiten obtener unos ingresos que no podrían conseguir en caso de traslado. En otros campamentos la situación se vive con gran tensión, como los asentados en las instalaciones del campo de golf de Petion Ville donde los dueños presionan a las autoridades para que trasladen a los alojados. En el Liceo Toussaint Louverture los alumnos que quieren retomar las clases se han enfrentado con los asentados en las instalaciones.

Como consecuencia de la persistencia de los campamentos, la violencia de género, la violencia sexual y el abuso infantil constituyen un serio problema.

Las tareas de reconstrucción de las escuelas tampoco han comenzado y permanecen sin retirar los escombros de 400 de las 2.000 afectadas. Desde el *cluster* de educación se han acondicionado 2.200 espacios temporales para reemplazar los colegios destruidos y se han habilitado 439 construcciones semi-permanentes como colegios. Sin embargo, este gran esfuerzo no resuelve la falta de colegios y se estima que el 50% de la población infantil alojada en los campamentos no está acudiendo a las clases por no contar con instalaciones en la proximidad o por no disponer de recursos.

Hasta el momento no se han comunicado casos de desnutrición aguda, aunque el 50% de los familias afectadas se encuentran en situación de inseguridad alimentaria, lo que incluye a 494 menores de 5 años y 197 embarazadas y mujeres lactando a sus hijos.

Se siguen cometiendo los mismos errores que en grandes catástrofes previas y las lecciones aprendidas son claras y conocidas: no realizar evaluaciones de calidad al inicio de la intervención de emergencia conlleva no detectar las necesidades prioritarias de la población; el fallo en la coordinación inicial entre los agentes externos y entre estos y los agentes locales supone malgastar y duplicar recursos; la falta de protección de la población provoca situaciones de inseguridad, abuso de las personas más vulnerables y caos; proporcionar ayuda de baja calidad atenta contra la dignidad de las personas; no proporcionar información adecuada ocasiona frustración a la población; la falta de planes de contingencia en zonas castigadas por desastres naturales ocasiona una falta de respuesta nacional a la emergencia.

4.5. De cara al futuro

Diez meses después del terremoto, la situación en Haití se encuentra en fase de post-emergencia. La tarea prioritaria y más compleja es la reconstrucción de las viviendas. Más de un millón de personas no pueden continuar por más tiempo en campamentos improvisados que no cumplen los estándares mínimos de habitabilidad y servicios básicos de *Esfera*.⁶ Una muestra de ello es el brote de cólera que se ha producido en el momento de elaborar este informe (octubre de 2010).

Desde el comité interino para la reconstrucción de Haití se toman medidas para poner en marcha cuanto antes la reconstrucción. Hay 10.000 millones de dólares comprometidos y el Gobierno de Haití tiene la capacidad para solucionar las dificultades

6. Iniciativa de buenas prácticas en la acción humanitaria. Elaborado por organizaciones humanitarias internacionales de gran envergadura y con dilatada experiencia, desarrolla los estándares mínimos por sectores a la hora de implementar la acción humanitaria en el terreno.

administrativas. Mientras tanto y con la experiencia de situaciones vividas tras el terremoto de Bam o el tsunami, la solución es la construcción de viviendas de transición, al igual que colegios y centros sanitarios de transición que cumplan con los estándares de habitabilidad y servicios que garanticen la dignidad de la población damnificada.

Igualmente, el gobierno tiene que tomar medidas que garanticen las condiciones de seguridad en los campamentos para la población damnificada, especialmente la más vulnerable.

La higiene en los campamentos, con la recogida de residuos orgánicos y el acondicionamiento de vertederos, es un tema prioritario para garantizar la higiene de la población y evitar que las riadas e inundaciones puedan originar brotes epidémicos.

Junto al gobierno, las agencias de ayuda internacional y las ONG tienen que garantizar la atención sanitaria de la población alojada en los campamentos, así como la cobertura educativa de los menores, mediante un modelo de refuerzo institucional del sistema de salud nacional y local. Se deben evitar, en la medida de lo posible, intervenciones directas al margen de la red institucional de salud que, si bien generan resultados a corto plazo, dan lugar a sistemas insostenibles sin la ayuda exterior. Por tal motivo, las organizaciones debemos mantener la estrategia de colaborar en la capacitación de la población de Haití como apuesta decidida hacia el desarrollo de un moderno sistema de salud basado en derechos.

De forma paralela, las organizaciones humanitarias debemos trabajar coordinadamente en el *cluster* de salud para colaborar en la reconstrucción del sistema de salud de Haití. Desde el gobierno se ha elaborado un plan nacional de salud y se ha solicitado la colaboración de las organizaciones con experiencia en el sector de la salud para apoyar técnicamente y para la formación de profesionales. Se trata de una oportunidad que se debe aprovechar para la reconstrucción de la red de salud del país y apoyar el desarrollo de un sistema de salud equitativo, sin barreras para el acceso de la población más vulnerable y con cobertura universal. Este aspecto debe considerarse como un trabajo conjunto en la rehabilitación con perspectiva de desarrollo.

Otra línea de trabajo clave es la reducción de riesgos. En una isla expuesta a catástrofes naturales recurrentes con alto riesgo de huracanes que repetidamente la afectan, es preciso fortalecer las instituciones en la preparación de respuestas coordinadas a desastres, lo que, de cara al futuro, permitirá evitar víctimas innecesarias.

Desde las organizaciones humanitarias debemos estar atentos a que no se produzcan demoras en el desembolso de los fondos comprometidos por los Estados en la conferencia de donantes. Asimismo, debemos esforzarnos en evitar el sufrimiento humano causado por crisis humanitarias, sobre todo cuando se dispone de los recursos financieros y técnicos para afrontarlas.

5. LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN SITUACIONES DE EMERGENCIA

5.1. Introducción

Los conflictos armados o los desastres naturales suelen afectar a los servicios de salud local y/o nacional que, en ocasiones, acaban destruidos y la mayoría de las veces desorganizados o desbordados de forma que no cubren las necesidades básicas de la población. Esta realidad se ve agravada a menudo por la desintegración de las instituciones y la desaparición de las autoridades. Se producen con frecuencia brotes de violencia contra los bienes y las personas.

En esas circunstancias, la población infantil y las mujeres son quienes más sufren por ser los grupos más vulnerables. En las zonas en conflicto, los ataques tienen a menudo como objetivo infraestructuras civiles como carreteras, abastecimiento de agua, comunicaciones y los establecimientos de salud, lo que conlleva la quiebra de los programas de vacunación y control de enfermedades, las redes de consultorios y de hospitales.

La debilidad institucional en un contexto de bajo desarrollo tiene gran incidencia en el sector de la salud, lo que resulta clave para conocer el alcance del conflicto o la catástrofe. Los países afectados suelen contar con una débil red de servicios sanitarios, sobre todo en el ámbito de la atención primaria de salud y en el medio rural que repercute especialmente en los servicios de salud sexual y reproductiva (SSR).

Es fácil suponer que en tales circunstancias la salud se convierte en un ámbito de intervención obligada que deben realizar actores especializados en salud y con experiencia. La no intervención ocasiona altas tasas de enfermedad y mortalidad.

5.2. La salud sexual y reproductiva en contextos de crisis en países en desarrollo

Cuando estalla una crisis, a menudo las mujeres deben abandonar su hogar y superar innumerables obstáculos para atender y proteger a sus familias, aun a costa de incrementar su propia vulnerabilidad. Las mujeres sufren malnutrición, violencia y explotación sexual, infecciones de transmisión sexual, embarazos no planificados y partos sin atención.

La disponibilidad y la accesibilidad a los servicios de SSR están gravemente comprometidas en estos contextos. Aspectos como los servicios prenatales, la atención en el parto, cuidados obstétricos de emergencia, cuidados sanitarios infantiles suelen estar en gran medida disminuidos y faltos de calidad. También suelen interrumpirse los programas preventivos y asistenciales de VIH/sida y de infecciones de transmisión sexual (ITS). Asimismo, suelen interrumpirse los programas de vacunación infantil y la

provisión de anticonceptivos por la falta de suministros. Aumentan las dificultades para acceder a métodos anticonceptivos eficaces y los obstáculos para poder realizar un aborto en condiciones seguras. Igualmente sucede con los programas preventivos de violencia de género.

Dentro del déficit de salud provocada por conflictos o catástrofes, la SSR y la salud infantil son prioritarias por las elevadas tasas de mortalidad y morbilidad materna infantil, en gran medida consecuencia de las dificultades de provisión y acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva y salud infantil.

La prestación de servicios de salud reproductiva a las poblaciones en contextos de crisis es relativamente nueva. Hasta hace poco, las necesidades de las mujeres eran ignoradas. Sin embargo, los cuidados de salud reproductiva se han demostrado imprescindibles para la salud física y mental de las mujeres y tienen por objeto evitar la excesiva morbimortalidad materna y neonatal. Para hacer frente a determinados problemas como las complicaciones del embarazo y del parto (causa principal de muerte entre mujeres refugiadas en edad de procrear) es importante reducir la transmisión del VIH, prevenir y hacer frente a las consecuencias de la violencia sexual y planificar la prestación de servicios integrales de salud reproductiva en la medida en que la situación lo permita.

5.3. Factores clave en materia de salud sexual y reproductiva⁷ en situaciones extremas

Al plantear una posible intervención en SSR en situaciones extremas, nos encontramos con una serie de dificultades que suponen graves problemas para las mujeres, en especial para las embarazadas.

En primer lugar, se aprecia un deficiente sistema de información sanitaria, la falta de datos básicos que nos permitan analizar cuestiones como la cobertura y calidad del programa de salud materna, o lo que quede de él. La falta de información sobre consulta prenatal, cobertura del control prenatal, índices de captación previa al quinto mes, proporción de embarazadas con cuatro o más controles, captación del riesgo se traduce en que, en la mayoría de los casos, la detección del embarazo se realiza en los últimos meses del mismo, lo que impide identificar oportunamente futuras complicaciones para la salud de la mujer y del bebé.

7. El concepto de salud sexual y reproductiva es definido por el Fondo de Población de Naciones Unidas como un "estado general de bienestar físico, mental y social y no de mera ausencia de enfermedad o dolencia, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. Entraña además la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia."

En segundo lugar, debemos considerar la existencia de una deficiente cobertura y/o ausencia de servicios de salud. Si el acceso de las mujeres a los servicios de salud en los países en desarrollo es deficiente, en situación de deterioro o de destrucción de las infraestructuras sanitarias el problema se agrava. En los casos de mujeres embarazadas, se impone el parto en las casas atendido por personal no capacitado, lo que aumenta el riesgo de muerte de la madre por hemorragia e infecciones. En estos contextos, los servicios de cuidados prenatales, la asistencia al parto y los cuidados postparto son difíciles de llevar a cabo, poniendo en riesgo la vida de las mujeres.

Con el deterioro de los sistemas sanitarios por catástrofes o conflictos, lo primero que desaparece son los servicios preventivos, como es el caso de los cuidados prenatales. La pobreza, los conflictos y los desastres naturales empeoran la salud reproductiva y agregan nuevos problemas en cuanto a asegurar la maternidad sin riesgo.

En tercer lugar, y no por ello menos importante, debemos considerar la carencia de recursos humanos sanitarios capacitados para intervenir. La escasez de recursos humanos sanitarios en países en desarrollo es una realidad en condiciones "normales" que se ve agravada en situaciones de crisis.

Profesionales de la salud de los diferentes niveles suelen ver alterado el funcionamiento de sus vidas por la repercusión directa e indirecta del conflicto o la catástrofe. Muchos de ellos y de ellas tienen dificultades para incorporarse a sus puestos de trabajo en los momentos álgidos del conflicto o en las primeras semanas tras el desastre. Igualmente, se interrumpe el abastecimiento de material sanitario y medicamentos. El sistema de referencia de pacientes se suele encontrar notablemente afectado. La falta de personal administrativo en diferentes niveles en el sistema de salud condiciona la gestión y tiene un impacto determinante en la falta de respuesta institucional adecuada a las necesidades de salud sexual y reproductiva y salud infantil de la población.

Proporcionar atención por personal capacitado a todos los partos es la única manera de asegurar que todas las mujeres que padecen complicaciones dispongan de atención obstétrica de emergencia⁸. La atención por personal capacitado durante la fase de dilatación, el parto y el puerperio reduce, según estimaciones, entre 16% y 33% el número de defunciones debidas a obstrucción en el canal del parto, hemorragia, sepsis y eclampsia.

8. En África únicamente el 50% de los partos es asistido por personal capacitado. En situaciones de conflicto, este porcentaje disminuye notablemente (en Afganistán, solo el 14% de los partos, en el año 2000, fue atendido por personal sanitario. La mortalidad materna en ese país alcanzó la cifra escalofriante de 1.900 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos y la mortalidad neonatal fue de 60 x 1.000)

Dado que las complicaciones en el embarazo y el parto son en gran medida imprevisibles, más en un contexto de crisis, y pueden convertirse con rapidez en potencialmente mortales, la ausencia de atención profesional inmediata y eficaz durante el parto y después de él puede poner en grave riesgo la salud de la madre y de su hijo/a. El aumento de la mortalidad materna y la neonatal en los países en los que los sistemas de salud se han deteriorado por situaciones de conflicto confirman la importancia de la atención profesional.

En cuarto lugar, debemos prever el incremento de las enfermedades de transmisión sexual (ETS). En contextos donde las mujeres están más expuestas a episodios de violencia, como es el caso de conflictos armados, los casos de enfermedades por transmisión sexual se incrementan ya que, en muchas ocasiones, el cuerpo de las mujeres se convierte en un “botín de guerra” sufriendo graves agresiones sexuales. Por otro lado, las mujeres son más vulnerables que los hombres frente a las **ETS y deben gestionar esta vulnerabilidad enfrentándose a factores físicos, sociales y económicos**. Debido a las diferencias anatómicas, las mujeres se contagian con mayor facilidad que los hombres al tiempo que es más difícil diagnosticar las **ETS** en ellas (casi la mitad de las mujeres infectadas pueden no experimentar ningún síntoma y, si lo presentan, pueden no comprender su significado). Por otra parte, al ostentar una posición social inferior y depender económicamente de los hombres, las mujeres pueden no estar en condiciones de negociar el uso del preservativo (tanto masculino como femenino) para prevenir el contagio de las **ETS**.

En los desplazamientos de población por conflicto o catástrofe se incrementa la tasa de embarazos por disminuir la disponibilidad de métodos anticonceptivos y aumentan las afecciones infantiles condicionadas sobretudo por la desnutrición y la falta de medidas higiénicas. Igualmente se incrementa la transmisión de ITS con especial relevancia para VIH/sida y los casos de violencia de género crecen exponencialmente.

Las guerras y la inestabilidad política generan condiciones aún más favorables para la propagación de la epidemia del VIH/sida. Las violaciones se utilizan a menudo para humillar y controlar el comportamiento de las poblaciones civiles o para debilitar al enemigo destruyendo los lazos familiares y sociales. Las mujeres violadas por personal militar están expuestas a un mayor riesgo de contraer el VIH y otras infecciones de transmisión sexual. Esto se debe no sólo a las lesiones que se ocasionan en los tejidos del tracto genital creando un punto de fácil entrada para el VIH, sino porque los violadores tienen más probabilidades de ser portadores del VIH/sida.

Por otro lado, la violencia sexual y de género se ha convertido en característica común a los conflictos armados contemporáneos. El asesinato de mujeres y niñas y la violación forman parte de la estrategia de la guerra y como forma de ejercer el poder. La violación⁹ se utiliza en ocasiones para provocar embarazos forzados –tener un hijo/a

del “enemigo” y modificar étnicamente la siguiente generación– fomentando la llamada “limpieza étnica”. La violación en sí misma es un acto repudiable que, además, tiene secuelas físicas y psíquicas para las mujeres. Una mujer violada tiene muchas probabilidades de acabar en situación de exclusión. Si, además, se queda embarazada el drama se acentúa. Repudiada familiarmente y socialmente, las probabilidades de que acuda a servicios de salud materna son mínimas y se incrementa el riesgo para su vida y la del feto.

Todos esos factores se concretan en la demanda global de asistencia y servicios de salud sexual y reproductiva; dar respuesta a tal demanda supone un gran desafío para la red de salud. Si no se responde, las consecuencias para las mujeres suelen ser muy graves. Físicamente, las ETS pueden causar infertilidad, complicaciones del embarazo, enfermedades del puerperio, predisposición al cáncer cervical y la muerte; social y económicamente causan estigma, exclusión, discriminación y la constatación de que las mujeres no son dignas de la “inversión económica” que requiere la enfermedad producida en un acto de violación.

Además, debemos considerar un factor de carácter jurídico que influye en el riesgo de la madre: en casi la mitad de los países en desarrollo, la protección de la salud de la madre no constituye un fundamento jurídico para el aborto (FNUAP, 1997).

En los países en desarrollo, la debilidad de la red pública de salud junto a la falta de planes realistas de contingencia ante catástrofes o conflictos condiciona la adecuada respuesta institucional en las zonas afectadas. Se establece una dependencia de la ayuda internacional para resolver la escasa prestación de servicios de salud.

No debe extrañar, por tanto, que en este informe reclamemos intervenciones profesionales, bien sean a través de las agencias de Naciones Unidas, de la FICR o de las ONG especializadas en ayuda humanitaria sanitaria. Además, son necesarios altos niveles de coordinación para garantizar la eficacia.

5.4. Respuesta en materia de salud sexual y reproductiva y salud infantil en contextos en crisis

La experiencia en esta materia de las organizaciones que participan en el informe nos permite describir cómo afrontar una respuesta en SSR en situación de crisis.

En los primeros momentos, el objetivo es reducir la mortalidad y la morbilidad de mujeres gestantes y la población infantil, con especial atención a la población desplazada o refugiada, mediante la puesta en marcha de los siguientes servicios:

9. Según datos de la OMS para África, entre el 7 y el 36% de niñas son víctimas de abuso sexual y más del 46% de mujeres jóvenes son víctimas de violación.

1. Se proporcionan equipos de parto limpio a trabajadores comunitarios y parteras tradicionales, para lo cual se identifica y contacta con agentes comunitarios de salud y parteras tradicionales a los que se les proporcionan los equipos de parto limpio.
2. Se establecen sistemas de referencia para emergencias obstétricas. En situaciones de crisis es frecuente la falta de estos servicios lo que condiciona una alta tasa de mortalidad materno infantil. Se lleva a cabo mediante el establecimiento de un sistema de transporte y de comunicación.
3. Se garantiza la atención obstétrica. En situaciones de crisis las urgencias obstétricas se incrementan debido al aumento de las complicaciones por infección y parto prematuro, para ello se contacta con profesionales de salud obstetras y se les proporciona los medios para atender las emergencias, al tiempo que se refuerza con profesionales cooperantes la atención a las urgencias obstétricas.
4. Se garantiza la atención neonatal. En situaciones de emergencia aumentan las complicaciones en el recién nacido por prematuridad y bajo peso. Para llevarla a cabo se contacta con profesionales de salud pediatras y se les proporciona los medios para la atención de la patología del neonato, reforzando con profesionales cooperantes la atención a las urgencias neonatales.
5. Se garantiza la atención a pacientes con ITS, VIH/sida. Los desplazamientos masivos de población y las aglutinaciones en campos de damnificados incrementan esas enfermedades. Se identifica y contacta con profesionales de salud para la atención de casos de ITS y VIH/sida y se refuerza la atención con profesionales cooperantes.

Se proporciona tratamiento mediante antibióticos a las ITS causadas por bacterias (gonorrea, tricomoniasis, clamidia, sífilis, granuloma inguinal, chancroide, linfogranuloma venéreo).

Como método de prevención de VIH/sida, ITS y método anticonceptivo se proporcionan condones en los establecimientos de salud para su distribución en el ámbito comunitario. Disponemos de condones para una población de 10.000 personas durante 3 meses (Interagency Reproductive Health Kit).
6. Se garantiza la atención a víctimas de violencia sexual. La violencia sexual es la violencia de género más grave que se produce, sobre todo, en la población desplazada, asociada a conflictos armados, y en los campos de damnificados tras catástrofes. Para llevarla a cabo, se identifica y contacta con profesionales de salud, preferentemente mujeres, para prestar atención a mujeres y niñas que han sufrido violencia sexual durante el desplazamiento. Se presta atención inmediata tras haber sufrido una violación.

Se realiza reparación de las lesiones sufridas en el tracto genital, se realiza tratamiento para prevención de ITS y toxoide antitetánico y se administra tratamiento de urgencia para la prevención de embarazo.

Se refuerza con profesionales cooperantes la atención y disponemos en el terreno del material y equipamiento para atender a las víctimas de una violación (kit de FNUAP).

7. Se garantiza la atención pediátrica. En situaciones de emergencia los niños y las niñas menores de 5 años se encuentran en una situación de extrema vulnerabilidad por la total dependencia de la protección de los adultos para poder sobrevivir. Para ello se contacta con profesionales de salud en el ámbito de atención primaria y agentes de salud comunitaria y se les proporcionan los medios para la atención de la patología urgente infantil. Se refuerza con profesionales cooperantes la atención a las urgencias pediátricas.

Esta intervención inicial se lleva a cabo teniendo como referencia el MISP (paquete de servicios mínimos iniciales) creado por la IAWG (Grupo de trabajo inter-agencias). Más que un paquete de material y equipamiento es un conjunto de actividades para proporcionar un servicio a la población afectada lo antes posible sin tener que llevar a cabo, previamente, una recogida de datos exhaustiva.

Para la implementación de las acciones es necesario identificar a una persona responsable de la coordinación de salud reproductiva institucional que facilite las intervenciones iniciales de SSR, así como una persona responsable en el *cluster* de salud que aglutina a agencias de Naciones Unidas y ONG.

Se cuenta desde el primer momento con equipos de intervención constituidos por profesionales locales y por profesionales desplazados al terreno, mayoritariamente sanitarios. Se articula la intervención a través de unidades móviles de atención que se desplazan al ámbito comunitario, preferentemente a los campos de damnificados. Se utilizan las infraestructuras de la red de salud comunitarias (dispensarios, centros de salud) y en hospitales de referencia, siempre que no hayan sido dañadas por el conflicto o la catástrofe.

Disponemos en el terreno de material y equipamiento para llevar a cabo las primeras acciones en SSR. Utilizamos los kits del FNUAP (material y equipamiento) para la salud materno-infantil y de la infancia.

Mientras se desarrolla la primera fase, se lleva a cabo una evaluación de daños e identificación de necesidades. Posteriormente, se establecen las prioridades según las necesidades, la amplitud, gravedad y tendencia de las mismas. Finalmente, se diseña una estrategia que contempla las relaciones entre los diferentes actores, los aspectos técnicos, y financieros que van a servir para elaborar una rápida intervención en la

segunda fase de la emergencia cuyo objetivo sigue siendo el mismo que en la primera, la disminución de morbilidad materna e infantil debida a la emergencia, con la característica de intentar llevarla a cabo dentro de la red de servicios de salud. Para ello es preciso contactar con responsables de la red pública de servicios de salud, con las organizaciones de salud de base comunitaria y ONG locales prestadoras de servicios de salud.

Se interviene en cinco áreas prioritarias

1. Se realizan acciones para prevenir el incremento de mortalidad y morbilidad maternal que se produce como consecuencia del conflicto o la catástrofe:

- a. Se establecen medidas para garantizar la atención antenatal, colaborando en el restablecimiento de los servicios de control de la gestación y detección de riesgos a través de agentes de salud comunitarios y parteras tradicionales.
- b. Se aporta material para prevención de malaria (antimaláricos, redes anti-mosquitos), anemia (hierro y ácido fólico), inmunización antitetánica, anti-helmínticos.
- c. Se establecen medidas para garantizar el parto limpio a través de agentes de salud y parteras tradicionales, colaborando en el restablecimiento de la red de abastecimiento de equipos para parto limpio. Se refuerza aportando los kits citados.

Se fortalece la atención de emergencias obstétricas llevadas a cabo por profesionales de salud.

Se colabora con profesionales de salud especializados.

Se colabora en la disponibilidad de infraestructuras hospitalarias adecuadas. Se apoya el acondicionamiento de la sala de partos y anexos de recuperación materno-infantil, en su caso mediante el establecimiento de infraestructuras provisionales.

Se colabora en la disponibilidad de material y equipamiento para llevar a cabo las intervenciones obstétricas en la sala de partos y anexos de recuperación materno-infantil.

- d. Se establecen medidas para garantizar los cuidados postnatales a través de agentes comunitarios de salud y parteras tradicionales. Se hace seguimiento del puerperio.

2. Se llevan a cabo acciones para prevenir el incremento de mortalidad y morbilidad infantil que se produce como consecuencia del conflicto o la catástrofe.

- a. Se establecen medidas para garantizar la atención al neonato, a través de agentes de salud comunitarios. Se colabora en los cuidados mínimos para prevención de afección ocular, cuidados del cordón umbilical, vacunación y alimentación materna. Se presta especial atención a los nacidos y nacidas con bajo peso.

- b. Se refuerza la atención al neonato con patología que precisa asistencia especializada.

Se colabora con profesionales de salud especializados.

Se colabora en la disponibilidad de infraestructuras hospitalarias adecuadas o, en su caso, mediante el establecimiento de infraestructuras provisionales.

Se colabora en la disponibilidad de material y equipamiento para llevar a cabo procedimientos diagnósticos y terapéuticos.

- c. Se refuerzan los programas de atención a población infantil menor de 5 años. Se colabora con agentes de salud comunitaria y profesionales de salud especializados.

En los campamentos de personas desplazadas y damnificadas se establecen medidas preventivas. En colaboración con los responsables locales de salud se realizan inmunizaciones contra sarampión, se proporciona vitamina A, se dispone de terapia para rehidratación oral, se establecen medidas para mejorar las condiciones higiénicas y se establecen medidas preventivas contra la malaria en las zonas que lo requieran.

3. Se desarrollan acciones para prevenir el incremento de mortalidad y morbilidad causado por ITS yVIH/sida, como consecuencia del conflicto o la catástrofe.

- a. Se establecen medidas para garantizar la atención sanitaria a personas afectas de ITS y VIH/sida. Se colabora en el restablecimiento de los servicios de la red de salud en los dispensarios y centros de salud así como en el ámbito comunitario.

Se colabora en la disponibilidad de equipamiento y material para diagnóstico y antibióticos para tratamiento de ITS.

- b. Se colabora en el establecimiento del sistema de transfusiones de sangre segura.

- c. Se llevan a cabo medidas para garantizar la profilaxis post-exposición a VIH en personal de salud, tras contaminación con muestras de pacientes con VIH. Se garantiza el tratamiento con doble terapia antirretroviral lo más pronto posible.

- d. Se refuerzan los servicios preventivos. Se colabora con los agentes de salud comunitarios y profesionales de la red de salud.
 - Se garantiza el suministro de condones
 - Se apoyan acciones de divulgación de información en los campos de damnificados para prevención de ITS, VIH/sida.
4. Se realizan acciones para prevenir el incremento de violencia sexual y para atender a víctimas de violencia sexual.
- a. Se establecen medidas para garantizar la atención a víctimas de violencia sexual con especial atención a violaciones. Se garantiza el restablecimiento de la atención a lesiones físicas, trauma psicológico e implicaciones sociales de estigma y rechazo. Se colabora con profesionales de salud y con los servicios forenses. (Guía de FNUAP).
 - b. Se refuerzan los programas preventivos de violencia de género en los campamentos de personas damnificadas o desplazadas.
 - Se establecen medidas para disponer de iluminación nocturna en los campos.
 - Se establecen medidas para disponer de letrinas separadas.
 - Se promueve la creación de un comité de vigilancia con especial prevención de la violencia sexual.
 - Se promueve la creación de un grupo de trabajo en prevención de violencia de género en los campos de damnificados o desplazados.
 - Se establecen medidas para llevar a cabo actividades de IEC encaminadas a la prevención de la violencia de género.

5. Se realizan acciones para prevenir los embarazos no deseados cuyo riesgo es elevado como consecuencia del desplazamiento y pérdida del hábitat en las catástrofes naturales y en los conflictos armados.

Disponibilidad en los centros asistenciales de anticonceptivos de uso postcoital.

Disponibilidad de anticonceptivos preferiblemente inyectables, más apropiados para esas situaciones.

Una vez superada la emergencia, durante la fase de post-emergencia el desarrollo de la intervención va a tener como objetivo contribuir a restablecer el funcionamiento de los servicios de SSR gravemente alterados durante el conflicto o la catástrofe.

Con la intervención en la fase de post-emergencia pretendemos contribuir a mejorar el desempeño de servicios de SSR y salud infantil que durante la crisis cuesta

mucho garantizar debido a la situación de parálisis institucional y del sistema sanitario del país afectado. La intervención debe suponer una mejora de la salud y calidad de vida de las gestantes y la población infantil de la zona que suele encontrarse enormemente alterada y afectada por el conflicto o la catástrofe.

La intervención la llevamos a cabo a través del ministerio de sanidad a nivel central y la red local de salud a nivel periférico, contribuyendo de manera indirecta a mejorar la capacidad de gestión de la salud sexual y reproductiva y la salud infantil del país en el ámbito de la APS y especializada. La intervención también persigue mejorar los conocimientos y capacidades técnicas de profesionales sanitarios implicados en la atención en salud sexual y reproductiva y salud infantil.

En el ámbito comunitario igualmente se pretende reforzar el sistema de agentes de salud comunitarios a través de programas formativos.

Todas las acciones se coordinan en el *cluster* de salud con las agencias de Naciones Unidas y ONG sanitarias que actúan en la zona con la intención de evitar la duplicidad de acciones y sumar sinergias.

Bajo estas premisas se apoya el desarrollo de los componentes de SSR y de salud infantil.

Salud materno-infantil

Las mujeres embarazadas en contextos de crisis sufren una elevada tasa de complicaciones durante la gestación, el parto y puerperio. Las complicaciones obstétricas, el sangrado y la infección hacen que se incremente el número de mujeres que precisan atención obstétrica urgente en un hospital.

Para evitar el sufrimiento innecesario a las mujeres gestantes se apoya el desarrollo de los programas estándar de salud propugnados por la OMS y el FNUAP.

En el terreno se refuerza el restablecimiento y desarrollo de programas de atención prenatal, en el parto y postparto que se llevan a cabo, muchos de ellos, en el ámbito comunitario. Se colabora y refuerza la formación de agentes de salud comunitaria y parteras tradicionales en la detección de factores de riesgo y en la atención al parto limpio. En esa línea se apoya el diseño, revisión y actualización de protocolos de atención a la mujer embarazada. Se refuerza la disponibilidad de material, equipamiento sanitario y fármacos. Se colabora en la reactivación y mejora del sistema de referencia (transporte y comunicaciones) de las urgencias obstétricas. Se apoya el restablecimiento del sistema de registro de embarazadas.

Igualmente se refuerzan los servicios de la red de salud apoyando el mantenimiento de servicio permanente de atención a urgencias obstétricas hospitalarias. Al mismo tiempo, se colabora en el restablecimiento de los servicios de seguimiento de enfermedades relacionadas con la gestación. Se colabora en la rehabilitación y man-

tenimiento de las infraestructuras sanitarias y su equipamiento. También se participa en la implementación de programas de formación continuada de profesionales. Se presta especial apoyo al diseño, revisión y actualización de protocolos de cara a restablecer la calidad de los servicios deteriorados por el conflicto armado o la catástrofe. Se potencia el restablecimiento del sistema de registro de las unidades obstétricas.

Prevención y reducción de transmisión de ITS, VIH

El incremento que experimentan las ITS y VIH/sida entre la población desplazada y campos de damnificados precisa, una vez pasada la fase de emergencia, del restablecimiento de los programas de prevención y el refuerzo de la vigilancia epidemiológica.

En esta fase, aparte de la asistencia para la atención rápida y eficaz de los casos que se detectan, hay que centrar la estrategia en los programas preventivos. En esta línea se refuerzan las actividades de IEC (información, educación, comunicación) en el ámbito comunitario colaborando con agentes de salud comunitaria. Se apoya la reactivación y mejora del sistema de referencia de pacientes.

Dichas actividades se centran en hacer llegar a la población conocimientos de cómo se transmiten estas enfermedades, prácticas de riesgo que hay que evitar, medidas preventivas con especial atención al uso de condones y dónde conseguirlos. Se informa sobre dónde recibir asesoramiento, cuáles son los síntomas, dónde acudir para el diagnóstico y tratamiento y la importancia de una pronta atención. También se informa acerca de dónde acudir para recibir ayuda y apoyo en caso de contraer la enfermedad.

Se colabora en el lanzamiento de campañas que cubren esos aspectos a través de medios de comunicación, fundamentalmente radio, porque suelen disponer de ella las personas damnificadas en los campamentos. Otros medios como las hojas informativas y carteles también son adecuados. Se colabora en la divulgación en ámbitos de concentración de población como áreas de actividades deportivas, actividades recreativas, actividades culturales, colegios, etc., con programas específicos para jóvenes y adolescentes.

Igualmente se apoya el restablecimiento de los programas preventivos en la red de servicios de salud apoyando las actividades de IEC que se llevan a cabo en los establecimientos de salud aprovechando la asistencia de la población. Se participa en las actividades de asesoramiento y la realización de test de VIH voluntarios, en proporcionar condones y talleres sobre su uso, talleres sobre prácticas de sexo seguro.

Se colabora en programas de prevención de la transmisión vertical madre hijo/a de VIH/sida y en protocolos para garantizar transfusiones seguras. Igualmente, se apoyan programas preventivos mediante el uso de medidas para evitar la transmisión de VIH en los establecimientos de salud tanto a pacientes como a profesionales sanitarios.

Se apoya la disponibilidad de material de un solo uso y desechable junto a la disponibilidad de sistemas de esterilización y contenedores específicos y tratamiento adecuado de los restos y desechos biológicos contaminados.

De cara al fortalecimiento de las capacidades de los recursos humanos que intervienen en las tareas de prevención, se actúa también apoyando la formación de agentes de salud comunitarios en la implementación de las campañas. Igualmente se apoya la capacitación de profesionales sanitarios a través de programas de formación continuada, con especial énfasis en el diseño, revisión y actualización de protocolos.

Con la intención de mejorar la planificación y organización de los recursos, se apoya el restablecimiento del servicio de vigilancia epidemiológica y del sistema de registro de ITS que se encuentran en gran medida alterados por el conflicto armado o la catástrofe.

Además de los programas preventivos, se llevan a cabo acciones de apoyo domiciliario a pacientes con VIH/sida. Para ello se identifica y colabora con organizaciones locales de base comunitaria u ONG locales que actúan en este campo, facilitando su entrenamiento y capacitación. Las actividades se centran en atención sanitaria (enfermedades oportunistas, dolor), higiene y apoyo psicosocial en el entorno familiar.

Prevención de violencia de género

Pasada la fase de emergencia, durante la post-emergencia, al tiempo que se continúa prestando atención a las víctimas de violencia sexual, se establece una estrategia dirigida a reducir y prevenir la violencia sexual con la población más vulnerable de los campos de damnificados y desplazados, aunque los programas preventivos se deben extender a la población afectada por el conflicto o la catástrofe.

En esta línea se refuerzan las actividades de IEC en el ámbito comunitario a través del grupo de violencia de género ya en funcionamiento. Se intenta involucrar a la red comunitaria en esta tarea. Los programas educativos son la base para la prevención de la violencia sexual y de género en estas circunstancias y deben ir dirigidos tanto a mujeres como a hombres. Son programas centrados en la formación en derechos sexuales y reproductivos.

Se identifica a asociaciones de mujeres y ONG locales que ejercen su actividad en el campo de la prevención de la violencia de género para canalizar a través de ellas las intervenciones formativas del personal, tanto en el ámbito comunitario como de profesionales de salud.

El apoyo al desarrollo de los programas preventivos precisa de la formación y capacitación de personal comunitario para desarrollar las actividades y de profesionales sanitarios a través de programas de formación en prevención de violencia sexual y de género. El personal formado debe provenir de la comunidad porque conoce normas

y costumbres y facilita el contacto con la mujer o niña que ha sufrido la violencia sexual. Deben ser preferentemente mujeres y entre el personal se debe formar a alguna médica.

Junto a los programas preventivos se interviene también colaborando en la elaboración de protocolos de atención a víctimas de violencia sexual que comprenden acciones sanitarias, forenses y legales. Igualmente, se establecen medidas para fortalecer los programas de apoyo psico-sociales a las víctimas de violencia sexual con especial atención a las que han sufrido violaciones.

Planificación familiar

Las mujeres en contextos de crisis ya sea por conflicto armado o catástrofe natural tienen un elevado riesgo de embarazos no deseados debido a la desaparición de los programas de planificación familiar, al desplazamiento de su hábitat y a la mayor vulnerabilidad incluyendo la violencia sexual.

Se pretende apoyar el restablecimiento de los programas de planificación familiar que se llevaban a cabo previamente; ayudar a adolescentes y mujeres jóvenes a retrasar el embarazo y permanecer en la escuela hasta finalizar los estudios; a mujeres adultas a planificar la familia y espaciar los embarazos y prevenir los embarazos indeseados, lo que incide de una forma positiva en la salud física y mental de las mujeres y en el bienestar de la familia que va a disponer de más recursos para proporcionar mejor alimentación y educación a sus hijos e hijas.

Estratégicamente se refuerzan las actividades de IEC en el ámbito comunitario a través de agentes de salud comunitaria y dirigida a las parejas. Estos programas van dirigidos a la concienciación para el espaciamiento de los embarazos. Se llevan a cabo actividades de asesoramiento sobre los diferentes métodos anticonceptivos para que la pareja decida el más adecuado a sus características. Se desarrollan actividades educativas coincidiendo con eventos deportivos, culturales, recreativos, y a través de medios de comunicación. Se llevan a cabo programas específicos dirigidos a adolescentes utilizando para ello la actividad escolar.

Se apoya colaborando con profesionales de la red de salud para el restablecimiento de los programas de planificación familiar. Se colabora en la disponibilidad de métodos anticonceptivos adecuados para la población en las unidades de salud que incluyen condones, anticonceptivos orales e inyectados, anticonceptivo postcoital de emergencia, implantes subcutáneos, DIU, garantizar la práctica de aborto seguro y material educativo.

Para llevar a cabo los programas de planificación familiar es preciso disponer de agentes de salud comunitaria adecuadamente formados y profesionales de salud capacitados. Se colabora en el terreno en la formación del personal en habilidades de

comunicación, relación interpersonal y entrevistas para llevar a cabo con garantías las campañas educativas. El equipo de profesionales de salud recibe capacitación para la indicación de fármacos anticonceptivos, sus efectos adversos y contraindicaciones, así como el seguimiento de quiénes los usan. Se apoya el restablecimiento de los programas de formación continuada.

Salud infantil

Las intervenciones en emergencias en salud sexual y reproductiva las complementamos interviniendo en salud infantil en menores de 5 años, con especial atención a la salud de neonatos.

Las situaciones de emergencia condicionan importantes carencias nutricionales, falta de higiene, hacinamiento y disminución de cuidados a la población infantil. Estos factores aumentan la vulnerabilidad infantil incrementando la morbimortalidad.

Una vez superada la fase de emergencia y de cara a paliar el sufrimiento de la población infantil, se apoya el desarrollo de programas de salud infantil basados en la estrategia AIEPI propugnada por la OMS (atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia).

Junto a la continuación del apoyo y refuerzo a la atención puesta en marcha durante la fase de emergencia, en la fase de post-emergencia se desarrollan acciones para el restablecimiento de programas preventivos y promoción de la salud infantil.

En el ámbito comunitario se refuerzan las actividades de IEC trabajando con agentes de salud comunitaria. Se colabora en las actividades de educación para la promoción de la infancia sana en el contexto comunitario y familiar. Se trata de dar a conocer prácticas de cuidado y atención a menores de 5 años en el hogar con especial promoción de la alimentación materna. Todas estas prácticas van a contribuir al desarrollo físico y mental saludable. Para ello se refuerza la formación de agentes de salud comunitaria en programas y prácticas de promoción de la salud infantil. Se colabora en el aumento de la cobertura de vacunación y en el sistema de registro y vigilancia epidemiológica, así como en la reactivación y mejora del sistema de referencia de la patología pediátrica.

Igualmente, se refuerzan los servicios de la red de salud apoyando el restablecimiento de los servicios de atención y prevención en atención primaria y especializada. Se apoya la reanudación de las campañas de vacunación y las actividades de vigilancia epidemiológica. Igualmente se fortalecen las actividades de IEC que se llevan a cabo en los establecimientos de salud. Se colabora en la rehabilitación y mantenimiento de las infraestructuras sanitarias y el equipamiento sanitario de estas unidades. También se trabaja en la implementación de programas de formación continuada de profesionales. Se presta especial apoyo al diseño revisión y actualización de protoco-

los de cara a restablecer la calidad de los servicios. Se apoya el restablecimiento del sistema de registro.

En nuestro planteamiento de intervención, se contempla el carácter universal y gratuito de la interacción. Un aspecto clave que se tiene en cuenta es dirigir la intervención a las poblaciones con menos recursos por lo que, dentro de los países o regiones afectadas, nos centramos en las zonas de más bajo desarrollo que contempla zonas rurales apartadas para garantizar que llegamos a la población más necesitada, con las limitaciones que ocasionan las condiciones de accesibilidad y seguridad.

Las intervenciones se llevan a cabo a través de una coordinación adecuada con responsables institucionales de salud, lo que permite adecuarla a las políticas de salud en el sector de salud sexual y reproductiva y atención pediátrica establecidas a nivel institucional. Al tiempo se establece una coordinación con el *cluster* de salud liderado por las agencias de salud de Naciones Unidas, especialmente UNICEF.

Junto al componente institucional como base sobre la que se sustenta la intervención, también permite una clara participación comunitaria. Se respeta la organización sociopolítica de las comunidades, contemplando especialmente la interlocución con representantes elegidos por la comunidad.

La planificación de la intervención se lleva a cabo conjuntamente con el equipo de responsables institucionales de salud, profesionales de la red pública de salud, agentes de salud comunitaria, parteras tradicionales, líderes comunitarios y población beneficiaria directa. Se realizan encuentros, reuniones y entrevistas en las que se exponen las necesidades en materia de salud ocasionadas por la catástrofe o el conflicto.

La implementación de la planificación es responsabilidad del personal institucional de salud. La atención sanitaria de la población beneficiaria la lleva a cabo profesionales de la salud en el nivel primario y en el especializado, los agentes de salud en el ámbito comunitario, mientras que la gestión de la salud sexual y reproductiva y la salud infantil es responsabilidad de representantes institucionales del ministerio.

Por otra parte, el personal local es mayoritariamente residente en la zona de intervención lo que nos permite un buen conocimiento de la realidad, aspecto clave en los diferentes aspectos de la intervención, porque tenemos que adaptar las intervenciones a las condiciones culturales y antropológicas, sin renunciar al mismo tiempo a garantizar el enfoque de la salud sexual y reproductiva como un derecho.

Se trata de intervenciones probadas y eficaces para reducir la morbimortalidad materna e infantil en situaciones extremas. Todas las mujeres embarazadas corren riesgo de sufrir complicaciones durante el embarazo, el parto y el postparto. En la oportunidad y posibilidad de las mujeres embarazadas de acceder a tratamiento oportuno y eficaz está la clave que nos acercará al compromiso establecido en el ODM 5 –reducir en un 75% el índice de mortalidad materna–.



CAPÍTULO VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1. Si analizamos la situación de la salud mundial desde una perspectiva histórica, podemos asegurar que la salud en el mundo ha mejorado en las últimas décadas, teniendo en cuenta los indicadores más importantes del sector.

Sin embargo, pese a los avances, la situación no es homogénea. Los mayores problemas afectan a las personas y regiones más empobrecidas del planeta creándose una gran desigualdad. Así, por ejemplo, la esperanza de vida en algunos países –como Afganistán o Zimbabwe– es apenas la mitad que en Japón o España. También podemos destacar que las tasas de mortalidad de la niñez son casi 20 veces más altas en los países de ingresos bajos que en los de ingresos altos.

Esta situación es especialmente preocupante en el actual contexto de crisis económica. Una disminución de los recursos destinados a salud en los países que más lo necesitan puede tener un impacto muy negativo en la situación sanitaria de su población.

Es necesario que se mantenga un adecuado nivel de esfuerzo en financiación de la salud tanto en los presupuestos nacionales como en la cooperación internacional. En este sentido, hemos de insistir en la necesidad de aplicar las recomendaciones del informe elaborado en 2001 por la Comisión de Macroeconomía y Salud de la OMS y el Banco Mundial, según el cual es necesario que los países donantes destinen, al menos, el 0,1% de su PIB a ayuda oficial al desarrollo en salud. Por otro lado, los países socios deben, a su vez, aplicar y generalizar el compromiso adquirido en la Declaración de Abuja para los países de la región africana por el que se debería destinar, al menos, el 15% de los presupuestos generales del Estado a salud.

2. Cuando solamente queda el 30% del tiempo marcado para conseguir los ODM, aún no se ha logrado conseguir el 60% del conjunto de las metas comprometidas. Con respecto a los tres ODM relacionados directamente con la salud, el cumplimiento está muy condicionado a algunos factores –como el nivel económico– que provocan que sigan existiendo grandes diferencias entre áreas rurales y urbanas, o entre diferentes regiones. África subsahariana sigue siendo la región mundial con peores indicadores.

Respecto al objetivo de reducir la mortalidad infantil, hay que constatar que cada año mueren aún cerca de 9 millones de niños y niñas por causas fácilmente evitables,

la mitad de las cuales se produce en África subsahariana. Además, es importante señalar que, de los 67 países que hay en el mundo con más de 40 muertes por cada 1.000 niños/as, solamente 10 están en camino de cumplir dicho ODM en 2015.

En cuanto al objetivo de disminuir la mortalidad materna, la tasa de reducción es la mitad de lo que debería ser, e incluso en 23 países en lugar de darse una disminución ha habido un aumento. África subsahariana y Asia meridional, con el 87% del total de muertes maternas, son las regiones donde menos se ha avanzado.

En cuanto a la lucha contra la malaria, el VIH/sida y la tuberculosis, a pesar de que se están consiguiendo grandes avances en el acceso a tratamientos y disminuye la mortalidad, las estrategias que se están implementando suelen ser verticales y, por lo tanto, no aseguran su sostenibilidad futura ni fortalecen los sistemas públicos de salud.

Frente a esto, es necesaria una visión holística de los ODM para reducir costes y mejorar la eficacia de las acciones, priorizando las zonas con mayores carencias. En el caso concreto de la mortalidad materna, ya que el 53% de las muertes se deben exclusivamente a hemorragias puerperales graves e hipertensión, sería muy fácil que la comunidad internacional tomara medidas urgentes en los próximos cinco años para revertir la situación, priorizando la mejora y el acceso a los servicios de salud reproductiva.

3. El mundo necesita casi 2 millones y medio de profesionales sanitarios si queremos mejorar la salud de forma global. Esta situación se agrava en los países de menos recursos por la migración legítima de sus profesionales hacia los países desarrollados.

En África subsahariana, donde la población se enfrenta al 25% de la carga de enfermedad mundial, el déficit de personal es más importante, ya que solamente cuenta con el 3% de los trabajadores sanitarios del mundo que pueden disponer, escasamente, del 1% del gasto mundial en salud.

Los factores que determinan las carencias de personal sanitario son múltiples: los cambios en la concepción, evolución y distribución geográfica de las enfermedades que provoca nuevas necesidades de personal, los problemas de gestión del personal (distribución, salarios, carrera profesional...), la difícil situación personal y familiar de los profesionales –sobre todo en zonas rurales– en los países con menos ingresos...

Por estos motivos, una gran parte del personal sanitario migra hacia otros lugares o países con mejores condiciones: del área rural a la urbana, de los sistemas públicos a iniciativas internacionales, de los países más empobrecidos a los países desarrollados. La migración provoca que las zonas más aisladas y empobrecidas se queden sin acceso a un servicio de salud adecuado a sus necesidades. De media, uno de cada cuatro

médicos y un enfermero/enfermera de cada 20 formados en África está trabajando en un país de la OCDE.

Es necesario que los países del sur desarrollen planes estratégicos de gestión de recursos humanos y que los donantes, incluida España, apoyen estos planes asignando parte de la cooperación a los trabajadores de la salud y adopten e impulsen el “Código Voluntario para el Reclutamiento Internacional de Personal Sanitario”, aprobado en la Asamblea de la OMS en 2010.

4. El fortalecimiento de los sistemas de salud debe ser un elemento clave en la cooperación en salud en todos los países, especialmente en los de bajos ingresos, donde las necesidades de salud son mayores y el fortalecimiento de los sistemas de salud es fundamental para cumplir los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

Según la OMS, un sistema de salud comprende todas las organizaciones, instituciones, recursos y personas cuya finalidad primordial es mejorar la salud. Su objetivo debe ser buscar la asistencia universal de los servicios de salud de forma equitativa para toda la ciudadanía.

Aunque hay diferentes sistemas de salud, el modelo que ha demostrado el mejor cumplimiento del objetivo de asistencia universal y equitativa es aquel que se basa en un sistema nacional público financiado con impuestos.

Los sistemas de salud comprenden seis elementos básicos: provisión de servicios, dotación de personal sanitario, sistema de información, suministro de material médico, financiación y gobernanza. Cada uno de estos elementos debe ser contemplado cuando hablamos de fortalecer los sistemas de salud.

Es necesario que la cooperación en el sector de la salud tenga en cuenta los indicadores que la OMS ha propuesto para fortalecer los 6 elementos que componen el sistema de salud. Todos los actores implicados en la cooperación sanitaria deben asumir su responsabilidad en el fortalecimiento de los sistemas públicos de salud; en el caso de las ONG, puede concretarse a través de la asunción del “Código de Conducta de ONG para fortalecer los sistemas de salud”.

Para fortalecer los sistemas de salud los países donantes deben incrementar la cantidad y calidad de la AOD y ayudar a crear nuevos mecanismos de financiación; los gobiernos locales deberían destinar al menos el 15% de su presupuesto a salud y mejorar su capacidad de liderazgo en el sector.

5. La Comunicación en Salud Global, impulsada por España y aprobada durante la presidencia española de la UE, ha supuesto un avance cualitativo importante y puede ser un primer paso hacia una estrategia europea de coo-

peración en salud que se base en los derechos humanos y en los principios de equidad, multisectorialidad y acceso universal a los servicios de salud.

La presidencia española de la UE ha supuesto un impulso positivo al desarrollo del concepto amplio de la salud. Promueve la cobertura universal y equitativa de servicios sanitarios de calidad, desde un planteamiento multisectorial (especialmente con género, agua y saneamiento, seguridad alimentaria, educación y pobreza) con enfoque de derechos. Además busca la coherencia del resto de políticas con la salud.

Consideramos que la orientación de esta iniciativa es adecuada y esperamos que la cooperación española la siga impulsando en el seno de la Unión Europea a través de la elaboración y aplicación del plan de acción correspondiente al desarrollo de las conclusiones aprobadas por el Consejo durante el mes de junio de 2010, un plan que debe incluir prioridades, presupuesto y un calendario de acciones concreto.

También es destacable el proceso participativo que ha desarrollado la cooperación española para impulsar la comunicación en salud global, dando cabida a múltiples y diversos agentes sociales, que ha enriquecido el documento final. Este proceso participativo sigue estando activo y la cooperación española debería seguir impulsándolo para mantenerse como un referente europeo de la cooperación en salud.

6. La Unión Europea sigue siendo el primer donante mundial, pero debe mejorar la efectividad de su ayuda. En este sentido, la Comisión europea quiere impulsar el “Código de conducta sobre el división del trabajo en cooperación” que, aunque pueda tener aspectos positivos, contiene algunos retos que afrontar, aún no está desarrollado suficientemente y debe profundizar en el papel que juega la sociedad civil.

La fragmentación de la ayuda es un problema para la coordinación y la eficacia. Un estudio de la OCDE señala que existe una media de 17 donantes por cada país receptor, cada uno con un programa distinto, lo que sume a los países receptores en una auténtica espiral burocrática en la que se invierten muchos recursos. La Comisión propone el código para mejorar la distribución de las tareas entre los donantes de la Unión Europea en los países en desarrollo. El código se basa en once principios destinados a reducir los trámites administrativos, utilizar los fondos donde sean más necesarios, poner en común la ayuda y distribuir las tareas para proporcionar mayor ayuda, más rápida y más eficaz, dando la responsabilidad de la cooperación al país socio receptor de la ayuda.

Sin embargo, la división del trabajo tiene retos que superar antes de implementarse. Aún no hay acuerdo de cuáles son los criterios con los que la cooperación europea va a seleccionar los países y sectores receptores de la ayuda. Existe además el riesgo de que esta selección se rijan por aspectos políticos o comerciales y no por la efectividad de la

ayuda. De ser así, una de las consecuencias que podría producirse es llegar a una situación en la que, en términos absolutos, un país socio vea disminuida la ayuda al desarrollo en salud por la salida de países donantes que han decidido priorizar otros sectores, sin delegar la ayuda en salud en otros donantes líderes para dicho sector en el país.

Por otra parte, es necesario garantizar la participación de la sociedad civil y, como consecuencia, definir de qué forma se puede integrar en esta iniciativa, tanto en los países del norte como del sur.

7. En 2009 se ha producido una pequeña disminución de la AOD española. Es la primera en siete años y supone sólo el preludeo de la considerable reducción que, sin duda, se producirá en 2010 y en 2011.

En efecto, de acuerdo al Proyecto de Ley de Presupuestos Generales del Estado para 2011, en este año se producirá el mayor retroceso de la AOD en España, con una planificación casi un 20 % inferior a la de 2009 y 2010.

Las organizaciones responsables de este informe consideramos que, mientras se retoma la senda hacia el 0,7% que estaba comprometido para 2012 y ha sido pospuesto hasta 2015, el Gobierno debe esforzarse en mejorar la ejecución de la AOD, acercándose al 100% de lo planificado, y debe garantizar que las reducciones no van a afectar a los servicios sociales básicos, especialmente al sector salud, ni a los PMA, como se comprometieron oficial y solemnemente la totalidad de grupos políticos en la reunión de la Comisión de Seguimiento del Pacto de Estado, el mes de julio de 2010.

8. En 2009 la cooperación española destinó casi 500 millones de euros al sector salud, es decir, el 10,5% de toda la AOD, cifra y porcentaje similares a los de 2008.

Manteniendo la argumentación que ya explicitamos en el informe anterior, estimamos que la cooperación española debería dedicar a este sector, al menos, el 15% de la AOD si quiere mantener el liderazgo entre los donantes respecto al sector salud, tal y como se puso de manifiesto durante el semestre de presidencia española de la Unión Europea.

9. La AOD española en salud canalizada a través de organismos multilaterales (multilateral y multilateral) pasó del 20% en 2004 al 70% en 2009.

Este tipo de ayuda plantea a la cooperación española un doble desafío: por un lado, asegurarse que elige los socios estratégicos adecuados para que haya coherencia respecto a las grandes opciones estratégicas y, por otro, desarrollar capacidad de participación e influencia en los órganos de toma de decisión de los organismos y alianzas público-privadas.

La cooperación española en el sector salud debería revisar en profundidad, tal y como se recoge en el Plan Director, su colaboración con los organismos internacionales y en especial con el Fondo Global de lucha contra el sida, la malaria y la tuberculosis, que en los últimos cuatro años ha acaparado casi el 36% de toda la AOD en salud y que, sin embargo, en un análisis preliminar, parece presentar incoherencias sustanciales con las apuestas de la cooperación española por el fortalecimiento de los sistemas de salud y por la atención primaria de salud.

10. La composición de la AOD española en salud por canales (multilateral, multilateral y bilateral) y por subsectores aparece muy cambiante a lo largo de los últimos años.

La cooperación española debería estabilizar y hacer más predecible su ayuda en salud en cuanto a los subsectores que apoyar y en los canales para utilizar. En concreto, a partir de las opciones estratégicas orientadas a la atención primaria de salud y al fortalecimiento de sistemas públicos de salud, debería prestar más atención a algunos de los componentes que están bastante huérfanos de ayuda, como son la educación sanitaria (12261), la planificación familiar (13030) y la formación de personal en los diferentes ámbitos (12181, 12281 y 13081), que en conjunto apenas suman el 4% del total de la AOD en salud.

11. En cuanto a la asignación geográfica, más de la mitad de la AOD española en salud se destinó en 2009 al continente africano, consolidando una tendencia de mayor apoyo allí donde más falta hace.

Analizando el destino geográfico según los criterios de prioridad del III Plan Director, observamos que, mientras la ayuda bilateral respeta en gran medida las prioridades establecidas, la ayuda multilateral y multilateral no lo hace y provoca que, en el conjunto de la AOD en salud especificable geográficamente, más del 37% se dirija a países no prioritarios. En este capítulo destaca el GFATM, ya que, de los fondos aportados al mismo, 93 millones de euros, casi el 20% de toda la AOD en salud, se destinaron a países no prioritarios para la cooperación española.

Esto vuelve a evidenciar que es necesario que la cooperación española en el sector salud ponga mayor atención a la ayuda canalizada a través de OМУDES, seleccionando los socios más adecuados y que resulten más coherentes con sus prioridades.

12. Después de varios años de crecimiento, el monto de la AOD proveniente de la cooperación descentralizada ha sufrido una disminución significativa en 2009.

Se han destinado 593.220.759 euros, cantidad que supone 20.263.900 euros menos que en 2008. La cooperación sanitaria autonómica disminuyó en cifras absolutas y, con 48.629.706 euros, se colocó prácticamente en los niveles de 2007.

La cooperación descentralizada –de comunidades autónomas y entidades locales– es un elemento importante dentro de la cooperación sanitaria, supone el 36% del total de la AOD sanitaria, y es un elemento diferenciador con el resto de donantes.

La cooperación descentralizada, sobre todo la autonómica, ha ido creciendo en los últimos años, pero en 2009 cambia esta tendencia y disminuye casi el 3,4%. De igual forma disminuyen las cifras de la cooperación sanitaria autonómica y su peso respecto del conjunto de la AOD autonómica (10,9% frente a 11,7% en 2008), alejándose más del objetivo de destinar el 15% de la AOD a salud. Esta disminución no es homogénea: 9 comunidades autónomas disminuyen la AOD en salud y 8 la incrementan.

La AOD descentralizada no solo debe mantenerse sino incrementarse y la cooperación en salud debería alcanzar el 15% del total.

13. En 2009, 131 entidades locales han destinado recursos de su AOD al sector de la salud, lo que ha supuesto menos del 8,5% del conjunto de la AOD de dichas entidades.

Estos porcentajes disminuirán de forma importante en 2010, ya que el Ayuntamiento de Madrid, que en 2009 aportó el 18% de toda la AOD sanitaria de las entidades locales, ha decidido no aportar fondos para cooperación ni en 2010 ni en 2011.

La ayuda descentralizada suele estar definida en gran medida por la sociedad civil, lo que implica una mayor y mejor orientación hacia las poblaciones más vulnerables u olvidadas, por lo que tiene un valor añadido que no se puede perder. La cooperación no es una herramienta de caridad sino un instrumento para lograr un mundo más equitativo y para que los derechos humanos, en este caso el derecho a la salud y el acceso a los servicios sanitarios, no sean un privilegio de una minoría sino que todas las personas los vean reconocidos. Las asignaciones a cooperación no deberían ser una partida más en los presupuestos de las instituciones, sino una prioridad.

14. Para aumentar la eficacia e impacto de la ayuda autonómica en salud proponemos a las comunidades autónomas un “Decálogo de trabajo en cooperación sanitaria”.

La falta de concreción y planificación sobre cuáles son las prioridades del trabajo en el sector sanitario autonómico y local hace que, a veces, las acciones tengan menor eficacia e impacto de lo esperado y no permita a los receptores establecer planes a medio plazo para, previendo los recursos de los que van a disponer, mejorar la salud de las poblaciones.

Las organizaciones firmantes hemos desarrollado un “Decálogo básico de cooperación en salud” para ayudar a las comunidades autónomas en la tarea de mejorar su capacidad de impacto y eficacia de las acciones en el sector de la salud, tanto individual como colectivamente, al homogeneizar ciertos criterios básicos de trabajo en el sector.

15. Los fondos internacionales destinados a la ayuda humanitaria descendieron el 7,7% en 2009, a pesar de mantenerse activos 30 conflictos armados, que provocan grandes desplazamientos de población, y haberse contabilizado más de 300 catástrofes naturales, que causan gran sufrimiento añadido a los habitantes de regiones de bajo desarrollo.

Se deben mantener los niveles alcanzados de ayuda humanitaria. Los recortes en la financiación argumentando la actual crisis económica afecta directamente a la supervivencia de las poblaciones damnificadas y desplazadas como consecuencia de catástrofes y conflictos armados. La contribución de los países de la OCDE a los fondos destinados a ayuda humanitaria, a través del CAD, pasaron de 11.700 millones de dólares en 2008 a 10.800 millones en 2009.

16. La cooperación española incrementó un 9,9% la financiación de la acción humanitaria en 2009 y con 465 millones de euros ocupa un lugar destacado entre los países de mayor aportación a la acción humanitaria internacional. Junto al incremento financiero, el desarrollo organizativo de la oficina de planificación (DGPOLDE) y de gestión (Oficina de Acción Humanitaria de la AECID) supone una apuesta estratégica que debe redundar en más y mejor acción humanitaria.

No obstante, todo el optimismo plasmado en esta apuesta estratégica no debería verse empañado por los retrasos que se vienen acumulando en la aplicación operativa de la *Good Humanitarian Donorship* ni en la aplicación del Consenso Europeo de Acción Humanitaria, ambos aspectos clave para garantizar coherencia de políticas en cuanto a respuesta en función de necesidades y mejora de la calidad de la ayuda.

Así mismo, consideramos necesario que la cooperación española incremente las aportaciones a los CERF, para garantizar una respuesta colectiva rápida a las situaciones de emergencia sobrevenidas, y a la prevención de riesgos por desastres naturales o conflictos armados, tal y como se acordó en el protocolo de Yogos en 2005.

En cuanto a la estrategia de intervención, consideramos que la AECID debería fortalecer su liderazgo en tareas de coordinación de agentes y participación en organismos de planificación de ayuda humanitaria internacional, en consonancia con el grueso de las agencias de cooperación de los países de la OCDE.

17. La respuesta internacional al terremoto que asoló Haití en enero de 2010 fue rápida, masiva y dotada de grandes medios; sin embargo, transcurrido un año, la población afectada continúa en situación crítica.

Diez meses después de la emergencia, la situación en las zonas afectadas continúa siendo extremadamente precaria. De hecho, sigue la fase de post-emergencia. El 95% de los campamentos iniciales continúan activos y en torno a 1,3 millones de personas permanecen en ellos. De los 135.000 alojamientos previstos hasta agosto de 2011, únicamente se han construido 17.000.

18. Junto al gobierno haitiano, las agencias de ayuda internacional y las ONG tienen que garantizar la atención sanitaria de la población alojada en los campamentos, mediante un modelo de refuerzo institucional del sistema de salud nacional y local. Se deben evitar, en la medida de lo posible, intervenciones directas al margen de la red institucional de salud que, si bien generan resultados a corto plazo, dan lugar a sistemas insostenibles sin la ayuda exterior.

La precariedad de los campamentos, con fuertes carencias en el abastecimiento de agua potable (purificación y cloración del agua para abastecimiento público), la recogida de residuos orgánicos, la eliminación sanitaria de las heces humanas, el consumo y la protección de los alimentos y condiciones adecuadas para la higiene personal, facilita la propagación de epidemias y dificulta su control. De ahí la necesidad de superar, lo antes posible, la precariedad en la que se encuentra la población haitiana en los campamentos.

19. Dentro del déficit de salud provocado por conflictos o catástrofes, la salud sexual y reproductiva y la salud infantil son prioritarias por las elevadas tasas de mortalidad y morbilidad que conllevan, en gran medida consecuencia de las dificultades de provisión y acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva y salud infantil.

La intervención de los diferentes actores en la fase de emergencia debe enfocarse a mejorar el desempeño de servicios de salud sexual y reproductiva y salud infantil que durante la fase más crítica de la emergencia cuesta mucho garantizar debido a la parálisis institucional y del sistema sanitario del país afectado. La intervención debe lograr una mejora de la salud y calidad de vida de las gestantes y de la población infantil, en un contexto afectado gravemente por el conflicto o la catástrofe.

ACRÓNIMOS

AAA	Agenda de Acción de Accra	IPPF	Federación Internacional de Planificación Familiar
ACNUR	Agencia de las Naciones Unidas para los Refugiados	MAEC	Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación
AECID	Agencia Española de Cooperación Internacional y para el Desarrollo	MASCE	Mesa de Armonización de Salud de la Cooperación Española
AGCS	Acuerdo General sobre Comercio de Servicios	MCINN	Ministerio de Ciencia e Innovación
AGE	Administración General del Estado	MEH	Ministerio de Economía y Hacienda
AIM	Alianza Internacional de Microbicidas	MINUSTAH	Misión de Estabilización de las Naciones Unidas en Haití
AOD	Ayuda oficial al desarrollo	MITC	Ministerio de Industria, Turismo y Comercio
APS	Atención primaria de salud	MMV	Medicines for Malaria Venture
ATTAC	Asociación por la Tasación de las Transacciones y por la Ayuda a los Ciudadanos	MSPS	Ministerio de Sanidad y Políticas Sociales
BAfD	Banco Africano de Desarrollo	NNUU	Naciones Unidas
BAsD	Banco Asiático de Desarrollo	OAH	Oficina de Ayuda Humanitaria (AECID)
BDR	Bancos regionales de desarrollo	OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico
BM	Banco Mundial	OCHA (OCAH)	Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios / Office for the Coordination of Humanitarian Affairs
BM AIF	Asociación Internacional de Fomento Banco Mundial	ODM	Objetivo de Desarrollo del Milenio
CAD	Comité de Ayuda al Desarrollo	OEA	Organización de Estados Americanos
CAP	Procedimiento de llamamientos unificados / Consolidated Appeals Process	OEI	Organización de Estados Iberoamericanos
CCAA	Comunidades autónomas	OIEA	Organismo Internacional de Energía Atómica
CEDEAO	Comunidad Económica de Estados del África Occidental	OIM	Organización Internacional de las Migraciones
CERF	Fondo de Emergencia Central de Respuesta / Central Emergency Response Fund	OMC	Organización Mundial del Comercio
CHF	Fondos comunes para emergencias	OMS (WHO)	Organización Mundial de la Salud / World Health Organization)
CODC	Catálogo de ocupaciones de difícil cobertura	OMUDES	Organismos multilaterales de desarrollo
CRS	Sistema Acreedor de Información / Creditor Reporting System	ONDUC	Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito
CTL	Transacciones de divisas / Currency Transaction Levy	ONGD	Organización no gubernamental de desarrollo
DDHH	Derechos humanos	ONUSIDA	Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el sida
DES	Documento estratégico salud	OPS	Organización Panamericana de Salud
DGPOLDE	Dirección General de Planificación y Evaluación de Políticas de Desarrollo	OTC	Oficina técnica de cooperación
DNDC	Iniciativa Medicamentos para Enfermedades Olvidadas / Drugs for Neglected Diseases Initiative	PACI	Planes anuales de cooperación internacional
ECHO	Oficina de Ayuda Humanitaria de la Unión Europea	PEPFAR	Plan presidencial de respuesta contra el sida
EELL	Entidades locales	PIB	Producto interior bruto
ERC	Emergency Relief Coordinator	PMA (WFP)	Programa Mundial de Alimentos / World Food Programme
ETS	Enfermedades de transmisión sexual	PMA	Países menos adelantados
FAD	Fondo de Ayuda al Desarrollo	PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
FAO	Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura / Food and Agriculture Organization of the United Nations	PRB	Países de renta baja
FED	Fondo Europeo de Desarrollo	PRM	Países de renta media
FG	Fondos globales	PRMA	Países de renta media alta
FIDA	Fondo Internacional para el Desarrollo Agrícola	PRMB	Países de renta media baja
FIEM	Fondo para la Internacionalización de la Empresa	RANSA	Reunión de Alto Nivel sobre Seguridad Alimentaria y Nutricional
FNUAP	Fondo de Población de las Naciones Unidas	RTVE	Radio Televisión Española
FONPRODE	Fondo de Promoción para el Desarrollo	SECI	Secretaría de Estado de Cooperación Internacional
FTS	Financial Tracking Service	SEMEX	Sociedad Española de Médicos Extranjeros
FTT	Financial Transaction Tax	SWAP	Sector Wide Approach
GAVI	Alianza Global para las Vacunaciones e Inmunizaciones	UE	Unión Europea
GFATM	Fondo Global contra el sida, la malaria y la tuberculosis / The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria	UN HABITAT	Programa de las Naciones Unidas para los Asentamientos Humanos
IAVI	Iniciativa Internacional para la vacuna del sida / Internacional AIDS Vaccine Initiative	UNDG	Grupos de desarrollo de las Naciones Unidas
IFFIm	Facilidad financiera internacional para la inmunización	UNESCO	Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura
IHP	International Health Partnership	UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
IOM	Organización Internacional para la Migraciones	UNIFEM	Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer
		UNITAID	Facilidad internacional de compra de medicamentos
		UNOPS	Oficina de las Naciones Unidas de Servicios para Proyectos
		UNRWA	United Nations Relief and Works Agency for Palestine Refugees in the Near East
		VIH/sida	Virus de la inmunodeficiencia humana