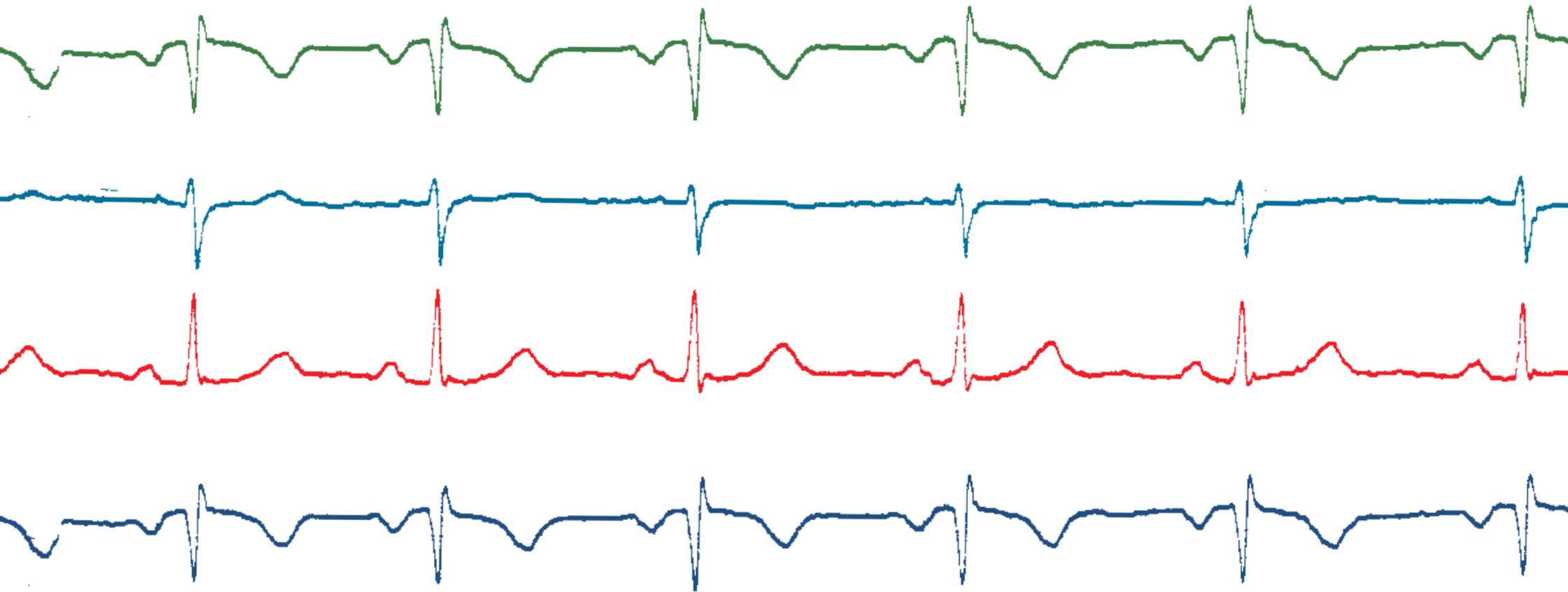


# La salud en la cooperación al desarrollo y la acción humanitaria

Informe 2003



**Prosalus** 915 533 591 [prosalus@prosalus.es](mailto:prosalus@prosalus.es) [www.prosalus.es](http://www.prosalus.es)

**Medicus Mundi** 902 101 065 [federacion@medicusmundi.es](mailto:federacion@medicusmundi.es) [www.medicusmundi.es](http://www.medicusmundi.es)

**Médicos Sin Fronteras** 902 250 902 [oficina@barcelona.msf.org](mailto:oficina@barcelona.msf.org) [www.msf.es](http://www.msf.es)

**Médicos del Mundo** 915 436 033 [comunicacion@medicosdelmundo.org](mailto:comunicacion@medicosdelmundo.org) [www.medicosdelmundo.org](http://www.medicosdelmundo.org)



**Investigadores principales:** Julia Espinosa Fajardo y Fco. Javier Maroto Ramos (Observatorio de políticas de la globalización y movimientos sociales de la Universidad Complutense de Madrid)

**Equipo técnico:**

Medicus Mundi: Carlos Mediano y Félix Fuentenebro.

Prosalus: Carlota Merchán y José M<sup>a</sup> Medina.

Médicos Sin Fronteras: María del Pozo y Oscar Bernal.

Médicos del Mundo: Fernando Valdés y Donato Capozzi.

**Diseño de portada:** Sònia Cabré

# **La salud en la cooperación al desarrollo y la acción humanitaria**

## **Informe 2003**

Medicus Mundi

Prosalus

Médicos Sin Fronteras

Médicos del Mundo

# Índice

## **Introducción 9**

1. Presentación 9
2. Consideraciones metodológicas 10
3. Fuentes de información 11

## **La salud en el contexto internacional 15**

1. La salud en el mundo 15
  - 1.1. Sida, tuberculosis y malaria 23
  - 1.2. Enfermedades olvidadas 27
2. Los compromisos internacionales 29
  - 2.1. Cumbre de Johannesburgo 31
  - 2.2. Nuevos Compromisos de la Unión Europea 32
    - 2.2.1. Salud y reducción de la pobreza en los países en desarrollo 32
    - 2.2.2. Salud sexual y reproductiva en los países en desarrollo 33
    - 2.2.3. Sida, tuberculosis y malaria. El Programa EDCTP 34
  - 2.3. El Comité de Ayuda al Desarrollo, Pobreza y salud 35
  - 2.4. El NEPAD. Nuevo partenariado para el desarrollo de África 37
3. El contexto internacional. Políticas neoliberales y descentralización 37
4. La implicación del sector privado en la salud 42
  - 4.1. Fondo Global contra el sida, tuberculosis y malaria 45
  - 4.2. Pacto Global 46
  - 4.3. Iniciativa Global por la Salud 47
  - 4.4. Iniciativa sobre medicamentos para enfermedades olvidadas 47
  - 4.5. Las fundaciones privadas 48
  - 4.6. Objetivos de la implicación del sector privado en la salud 48

## **La salud en la cooperación al desarrollo español 53**

- Introducción 53
1. La Estrategia de Cooperación Española en Salud 53
  - 1.1. Consideraciones generales 55
  - 1.2. Líneas estratégicas de la cooperación española en salud 57
  - 1.3. La coordinación de los actores de la cooperación española 61
2. Composición de la Ayuda Oficial al Desarrollo 62
  - 2.1. La ayuda bilateral 66
    - 2.1.1. La ayuda bilateral no reembolsable 67
    - 2.1.2. La ayuda bilateral reembolsable 69
  - 2.2. La ayuda multilateral 73
3. Distribución sectorial de la ayuda 76
4. Distribución geográfica de la ayuda 78

5. Acción humanitaria 80
- 5.1. Evolución de la acción humanitaria española 81
- 5.2. Un marco jurídico de actuación reduccionista 82
- 5.3. Ausencia de criterios de intervención 83
- 5.4. Procedimientos operacionales y protocolos de actuación 85
- 5.5. Deficiencias en la gestión de la acción humanitaria 88
- 5.6. Insuficientes recursos económicos 89

## **La ayuda descentralizada en la salud: Las comunidades autónomas 93**

1. Marco regulador 93
- 1.1. Las leyes autonómicas de cooperación al desarrollo 93
- 1.2. Marco institucional 94
- 1.3. La salud en la legislación de las comunidades autónomas 94
2. La AOD de las comunidades autónomas 97
3. La cooperación sanitaria 100
- 3.1. Distribución sectorial 101
- 3.2. Distribución geográfica 104
4. Los fondos de cooperación 106
5. La acción humanitaria autonómica 107

## **Conclusiones y recomendaciones 111**

### **Anexos 119**

- Anexo I Compromisos de la comunidad internacional. Cumbres y conferencias internacionales. 119
- Anexo II La política de cooperación sanitaria de los principales donantes y de los organismos de las Naciones Unidas. 120
- Anexo III Los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Objetivos, metas e indicadores relacionados con el sector salud. 121
- Anexo IV Líneas estratégicas de la cooperación española en salud. 122
- Anexo V Descripción de los sectores CAD y los subsectores CRS. 124
- Anexo VI Ayuda sanitaria canalizada vía ONG y otras entidades sin ánimo de lucro a través de la unidad de ongd de la AECI, 2002. 126
- Anexo VII Organigrama de la Agencia Española de Cooperación Internacional (AECI). 127

## **Siglas y acrónimos 129**

## **Bibliografía 131**

## **Referencias de internet 135**



**Medicus Mundi** es una organización no gubernamental para el desarrollo (ONGD), sin ánimo de lucro e independiente, tanto confesional como políticamente, que se dedica a la cooperación con el Sur y a contribuir a generar cambios en la sociedad que hagan posible la erradicación de la pobreza y permitan que la salud sea un derecho al alcance de todas las personas. Excepcionalmente, realiza acciones de emergencia en países donde mantiene proyectos. Fundada en 1962, es Organismo Consultor de la Organización Mundial de la Salud (OMS) desde 1974 y en 1991 recibió el Premio Príncipe de Asturias de la Concordia. Es miembro fundador de la Coordinadora de Organizaciones No Gubernamentales de Cooperación para el Desarrollo-España.

**Prosalus** es una organización no gubernamental de cooperación al desarrollo (ONGD) que trabaja desde 1985 para contribuir a hacer real y efectivo el derecho a la salud en países empobrecidos de África y América Latina, en colaboración con otras organizaciones de la sociedad civil tanto del Norte como del Sur, a través del apoyo a proyectos de desarrollo a medio y largo plazo y de acciones de sensibilización de la población española.

**Médicos Sin Fronteras (MSF)**, premio Nobel de la Paz en 1999, es una organización médica internacional de acción humanitaria que aporta su ayuda a las víctimas de catástrofes de origen natural o humano y de conflictos armados, sin ninguna discriminación de raza, sexo, religión, filosofía o política. MSF se creó en 1971 y está presente en más de 80 países. Actúa en guerras, campos de refugiados y desplazados, epidemias, hambrunas, crisis olvidadas, situaciones de exclusión, pandemias como la del SIDA, en acceso al tratamiento de enfermedades olvidadas como Leishmaniasis y enfermedad del sueño. También realiza campañas de sensibilización tales como la de "acceso a los medicamentos esenciales", participa de la iniciativa de Investigación en Medicamentos para Enfermedades Olvidadas (DNDI). Como parte indisoluble de la asistencia realiza testimonio sobre la situación de las poblaciones con las que trabaja directamente.

**Médicos del Mundo** es una organización internacional de acción humanitaria, independiente y carente de toda filiación política o religiosa, que reivindica el derecho fundamental a la salud y a una vida digna para cualquier persona. Desde 1980 presta asistencia a víctimas de catástrofes naturales, conflictos armados, minorías en peligro, refugiados y otras poblaciones vulnerables en países del Tercer Mundo, así como a las personas excluidas de nuestro entorno social –usuarios de drogas, personas que ejercen la prostitución, inmigrantes y minorías étnicas–. La Red Internacional de Médicos del Mundo desarrolla 497 proyectos de Tercer y Cuarto Mundo en 85 países, teniendo siempre muy presente la sensibilización y la denuncia de las violaciones de los derechos humanos.



# Introducción

## 1. Presentación

*"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 ..."* Artículo 25, párrafo 1 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos.

El paradigma económico y social de los últimos años, al cual se acogen las grandes agencias de cooperación internacional, establece que la salud es un factor determinante del desarrollo y del crecimiento económico de las comunidades. No obstante, año tras año contrastamos que aumenta la brecha, tanto en esperanza de vida como en la calidad de la misma, entre los ciudadanos ricos y los ciudadanos pobres, lo que está suponiendo un retroceso alarmante en el estado de la salud en el mundo. Los países en desarrollo soportan una enorme carga de enfermedad que, en muchos casos, podría evitarse con un mayor y más eficaz compromiso e inversión en salud por parte de la comunidad internacional.

La rápida y contundente respuesta que se ha producido este año ante la aparición del SRAS (Síndrome Respiratorio Agudo Severo) constata un hecho que las ONG llevamos denunciando desde hace mucho tiempo: la comunidad internacional tiene la capacidad y los medios necesarios para reaccionar ante situaciones que comprometen la salud en el mundo, pero estos recursos únicamente son utilizados al máximo cuando hay algún otro tipo de intereses en juego.

Para intentar combatir la precaria situación de la salud mundial, la comunidad internacional presentó en 2000 los Objetivos de Desarrollo del Milenio como la oportunidad de coordinar las acciones y las políticas de salud de los Estados y sus sociedades. El reto es importante si queremos evitar un mayor declive de la salud de millones de personas que, por razones de azar, habitan en países del Sur.

Esta importancia que tiene la salud para el desarrollo de los pueblos explica la motivación principal del trabajo de las cuatro organizaciones especializadas en el sector de la salud en la cooperación al desarrollo y la acción humanitaria, *Medicus Mundi*, *Prosalus*, *Médicos Sin Fronteras* y *Médicos del Mundo*, que han elaborado este segundo informe sobre "La salud en la cooperación al desarrollo y la acción humanitaria". Los principales objetivos de este informe son conocer la realidad del sector y definir los elementos clave que permitan a todos los actores implicados desarrollar un trabajo más eficaz y eficiente para contribuir a la mejora del estado de salud de la población mundial.

En este documento se describe y analiza el papel que está jugando la salud dentro de la ayuda oficial al desarrollo en España. El primer informe se editó en 2002 y nuestra intención es continuar publicando este estudio anual, manteniendo un cuerpo central común de análisis de la AOD en salud que se realiza desde el Estado español, añadiendo cada año capítulos monográficos sobre temas relevantes para observar la evolución y los cambios que acontecen dentro de las políticas de cooperación en salud y de acción humanitaria en España, y sentar las bases para poder analizar las tendencias en las que se trabaja a medio y largo plazo.

Este año dentro del cuerpo común de análisis de la AOD en salud se incluye la “Estrategia de la cooperación española en salud” que constituye la mayor novedad en lo que respecta al sector y a su marco regulador. Como tema relevante se incluye este año la cooperación descentralizada, por ser una de las principales fuentes de recursos para la AOD en salud tal y como se pudo ver en el informe 2002.

El informe se cierra con unas conclusiones y recomendaciones que esperamos contribuyan a mejorar el trabajo de la cooperación sanitaria y la acción humanitaria española. Además, creemos necesaria una profunda reflexión sobre el papel y la responsabilidad de todos los actores en la mejora de las condiciones de salud existentes que hoy son críticas para muchas personas.

## **1. Consideraciones metodológicas**

El presente informe recoge un análisis de la AOD española en el sector salud, analizando tanto la AOD destinada a programas de desarrollo como la dirigida a acción humanitaria. Asimismo, se realiza una aproximación a la cooperación descentralizada en este sector salud. Dado que el objetivo de este informe es realizar un análisis de los flujos públicos de la ayuda no se hace referencia a aquellas acciones que se han llevado a cabo con aportaciones del sector privado.

Los períodos de tiempo tomados en cuenta varían dependiendo del elemento de estudio y de la existencia de datos elaborados<sup>1</sup>. En general, el informe se centra en el año 2002 para un análisis concreto del sector salud en la cooperación española en ese año.

Para algunos apartados los años de referencia son 2001 y/o 2002, en función de los periodos trabajados en el informe 2002. El examen de la acción humanitaria española, por su parte, se remonta al año 1996 para mostrar tendencias en este campo.

1. La base de datos del Comité de Ayuda al Desarrollo (CAD), el sistema de información estadístico Creditor Reporting System (CRS) y el World Health Report publicado por la OMS sólo presentan datos hasta 2001, mientras que los datos procedentes de la Oficina de Planificación y Evaluación (OPE) llegan hasta el año 2002.

2. Estos sectores y subsectores aparecen en el Anexo V. Descripción de los sectores CAD y subsectores CRS.

En el análisis del sector salud en la cooperación descentralizada, dada su especificidad y la inexistencia de datos elaborados, se ha optado por trabajar el año 2002. No obstante, se trabajan los años 2001 y 2002 en el estudio general de la ayuda destinada al sector salud por comunidades autónomas y el período 2000-2002 en la presentación general de la ayuda descentralizada.

Los datos presentados recogen el sector salud tal y como se presenta en los sectores que determina el CAD y los subsectores en que desagrega el *Creditor Reporting System*<sup>2</sup>, excluyendo el componente de agua y saneamiento.

Salvo los datos obtenidos de los PACI-Seguimiento o de la OPE las cifras hacen referencia a compromisos presupuestarios y no a los desembolsos efectuados.

Aunque no se refleja el gasto definitivo, las cantidades comprometidas resultan significativas pues reflejan la importancia que se da a los sectores a los que se destina esa ayuda.

Los datos de la ayuda bilateral reembolsable hacen referencia a cantidades totales de ayuda comprometida, sin que se hayan descontado los reembolsos de los créditos de años anteriores.

La ayuda multilateral se contabiliza, tal y como hace la OPE, dentro de la Ayuda Bilateral No Reembolsable y, por tanto, no se considera como Ayuda Multilateral como en el informe del año pasado.

Por último, como es habitual en el tratamiento de datos, tanto las posibles diferencias en las cifras absolutas presentadas en miles o millones y en las cifras relativas se deben a la operación del redondeo.

## **2. Fuentes de información**

La información respecto a la salud en el mundo y el contexto internacional se ha obtenido del *Informe Mundial de la Salud* que anualmente publica la Organización Mundial de la Salud. Para los datos aportados sobre el estado de la cuestión en países concretos se ha recurrido entre otros al informe anual del PNUD.

Para la elaboración del capítulo sobre la implicación del sector privado en el sector salud ha resultado fundamental la información disponible en las diferentes páginas web consultadas.

El análisis de los diferentes flujos de ayuda oficial ha resultado difícil y complejo debido a que la mayor parte de la información no se encuentra sistematizada ni desagregada por sectores, lo que ha obligado a recurrir a diferentes fuentes para recopilar los datos necesarios.

Respecto a la ayuda bilateral no reembolsable, la ayuda multilateral, la ayuda descentralizada y la ayuda humanitaria la información se ha obtenido de los Planes Anuales del Cooperación (PACI), los PACI-Seguimiento y la base de datos de la OPE. El trabajo con esta base de datos ha permitido elaborar los datos concretos que se precisaban tanto para el examen de la AOD en 2002 como de la AOD descentralizada y la acción humanitaria.<sup>3</sup>

Al igual que en el informe publicado el año pasado, para analizar la AOD bilateral reembolsable y realizar el estudio geográfico y sectorial, se ha recurrido a las bases de datos del Comité de Ayuda al Desarrollo (CAD) y al *Creditor Reporting System* (CRS), de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico.

La base de datos del CAD presenta cifras de AOD neta por sectores y sub-sectores y se elabora a partir de los datos originales enviados por las distintas agencias donantes de los países miembros. La base de datos del CRS, por su parte, maneja cifras de AOD bruta y se basa en datos de los miembros del CAD y del Banco Mundial, de los bancos regionales de desarrollo y del Fondo Internacional para el Desarrollo Agrícola.

La investigación se completó con entrevistas y consultas a expertos en la materia y con experiencia en investigación y trabajo de campo en cooperación al desarrollo así como a responsables de la OPE y de la Unidad de Ayuda Humanitaria y de Emergencia de la Agencia Española de Cooperación Internacional (AECI). Sus orientaciones y observaciones nos sirvieron de gran ayuda para completar nuestro informe. Agradecemos la participación y las aportaciones que han hecho a este trabajo José Antonio Sanahuja y Rafael Díaz-Salazar, de la Universidad Complutense de Madrid; José Antonio Alonso y Gloria Angulo, del Instituto Complutense de Estudios Internacionales; Karlos Pérez de Armiño de la Universidad del País Vasco; Montserrat García Villanueva, Fernando Soto y Míriam Císcar de la OPE; Juan Ángel Bartolomé de la AECI; Valérie Gaveau y Aimeé Nichols de la oficina de información de la OCDE; Noelia Verona y Belén Sotillos.

3. [www.oecd.org/dac/stats](http://www.oecd.org/dac/stats)





# La salud en el contexto internacional

## 1. La salud en el mundo

Desde la segunda mitad del siglo XX, la salud se reconoce como uno de los derechos fundamentales del ser humano y condición clave para una vida digna tanto en la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948) como en el Pacto Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1976).

La salud es un componente clave en el desarrollo de una sociedad. Como señala la Organización Mundial de la Salud: “más allá del valor intrínseco para el individuo, la salud es también fundamental para el desarrollo humano global y para la reducción de la pobreza” (Constitución de la OMS, 1948)

Al tiempo, el desarrollo social es un elemento básico para la salud. “La privación de libertad está estrechamente relacionada con la falta de servicios y atención social públicos, con la ausencia de programas epidemiológicos o de sistemas organizados de asistencia sanitaria o de educación o de instituciones eficaces para el mantenimiento de la paz y el orden locales. A veces la falta de libertades fundamentales está relacionada directamente con la pobreza económica, que priva a los individuos de la libertad necesaria para satisfacer el hambre, para conseguir un nivel de nutrición suficiente, para poner remedio a enfermedades tratables, para vestir dignamente o tener una vivienda aceptable o para disponer de agua limpia o de servicios de saneamiento.” (Sen, A.K: 2000)

La salud, causa y consecuencia del desarrollo, ha experimentado a lo largo del siglo XX innumerables mejoras. Sin embargo, estos avances han ido acompañados de un aumento del desequilibrio entre países ricos y pobres. Mientras que en países ricos se presenta la medicina a la carta como la opción del futuro, las poblaciones más desfavorecidas del planeta siguen siendo víctimas de la malnutrición y de un gran número de enfermedades infecciosas en un momento en el que, además, se conocen los métodos de control o tratamiento y son de fácil aplicación. Éstas son las contradicciones de un mundo donde cada vez se hace mayor la brecha entre un Norte rico y un Sur pobre, donde aproximadamente una quinta parte de la población mundial vive con menos de un dólar al día y cerca de la mitad con menos de dos dólares al día.

En lo que se refiere a la **población adulta**, en los países ricos las causas de morbilidad y mortalidad se concentran en las enfermedades no transmisibles. El avance de la medicina ha impulsado el control de las enfermedades transmisibles en el Norte donde las enfermedades cardiovasculares y el cáncer se encuentran entre las principales causas de muerte.

Sin embargo, en el Sur las enfermedades transmisibles como el VIH/SIDA, la tuberculosis, las enfermedades endémicas como la malaria y los episodios epidémicos ligados son los principales motivos de morbilidad y mortalidad junto al impacto cada vez mayor de enfermedades no transmisibles (cardiovasculares, neoplasias y otras relacionadas con accidentes y actos de violencia) asociadas con hábitos de vida no saludables y situaciones de violencia.

Las diferencias entre el Norte y el Sur también salen a la luz cuando nos centramos en un análisis de los perfiles de salud de **hombres y mujeres**. Las diferencias biológicas unidas a los factores socioculturales hacen que las problemáticas de salud sean distintas entre hombres y mujeres. La salud sexual y reproductiva, la violencia de género y la mutilación genital femenina son puntos clave en la salud de las mujeres del Sur. En el Norte la violencia de género también se presenta como un elemento fundamental al hablar de salud femenina mientras que la salud sexual y reproductiva pierde importancia.

En relación con la **salud sexual y reproductiva**, resalta la alta mortalidad materna. Según el PNUD, cada año mueren más de medio millón de mujeres por razones asociadas al embarazo y el parto. En África Subsahariana, donde encontramos los peores datos, 1 mujer de cada 13 muere durante este proceso.

La elevada mortalidad materna se relaciona con la falta de asistencia especializada durante el embarazo y el parto. En Asia Meridional sólo el 28% de los partos están supervisados por especialistas y en África Subsahariana únicamente el 37%. (PNUD, 2002)

La escasa atención e información en el ámbito de la salud sexual y reproductiva se plasma también en los altos índices de contagio del VIH por vía sexual, de enfermedades de transmisión sexual, de embarazos no queridos y de violencia sexual. Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el 99% de los infectados de VIH en el 2001 en África y el 94% en América Central se debía a prácticas sexuales de riesgo.

Por otra parte, la **violencia de género** se manifiesta tanto en agresiones físicas como psicológicas y marca la salud de las mujeres.

Uno de los exponentes de la violencia de género es la **mutilación genital femenina (MGF)**. La extirpación parcial o total de los órganos genitales femeninos es posiblemente una de las violaciones sistemáticas más extendidas de los derechos humanos de mujeres y niñas. En el mundo, entre 100 y 140 millones de niñas y mujeres han sido mutiladas genitalmente y dos millones más se añaden a esta cifra cada año (OMS, 2000). Practicada de forma generalizada en más de 28 países africanos y en algunos de Oriente Próximo, la mutilación genital ha comenzado a producirse en comunidades de inmigrantes en países industrializados así como en Asia y Latinoamérica.

La costumbre y la tradición son las razones más invocadas para justificar esta práctica. A éstas se añaden el control de la sexualidad femenina, la higiene y, en los países musulmanes en los que se realiza, la religión. La MGF es una forma de tortura que viola los derechos humanos universalmente reconocidos de las mujeres y las niñas.

Entre las consecuencias a corto plazo destacan la hemorragia e infección después de la operación, que pueden causar la muerte, la retención urinaria y el posible contagio del virus de inmunodeficiencia adquirida por el uso del mismo instrumento<sup>4</sup> en varias operaciones. A largo plazo, las consecuencias se relacionan con dificultades en el parto, disfunciones sexuales, incontinencia urinaria, depresión y ansiedad.

Otros tipos de violencia de género también relacionados con la tradición los encontramos en las agresiones físicas y asesinatos por motivos de honor, relacionados principalmente con supuestas relaciones sexuales fuera del matrimonio, así como en el infanticidio femenino.

En el ámbito de los organismos internacionales, la lucha contra la violencia hacia la mujer ha estado presente desde la "Convención de Naciones Unidas para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer" (1979). Específicamente, en la Cuarta Conferencia Mundial de Naciones Unidas sobre la Mujer (Beijing, 1995) se subrayó como medidas a adoptar por los gobiernos: "(i) Aprobar y aplicar leyes contra los responsables de prácticas y actos de violencia contra la mujer, como la mutilación genital femenina, el feticidio femenino, la selección prenatal del sexo y la violencia relacionada con la dote, y respaldar con determinación los esfuerzos de las organizaciones no gubernamentales y locales por eliminar estas prácticas" (Plataforma de Acción de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, Beijing, 1995, párrafo 12.4).

A grandes líneas, para frenar la alta mortalidad materna, el contagio de VIH/SIDA y de enfermedades de transmisión sexual y la violencia de género es preciso comprender la salud sexual y reproductiva como parte de la atención primaria en salud y fortalecerla al tiempo que aumentar el acceso de las mujeres a los sistemas de salud y a la información sobre salud sexual y reproductiva.

4. Este instrumento suele ser en muchas ocasiones una cuchilla de afeitar, el filo de una lata de conserva o un cuchillo.

Las demandas en este campo son múltiples y van desde estrategias relacionadas con la educación sexual y el "empowerment" a otras relacionadas con el "mainstreaming de género"<sup>5</sup>. A éstas hay que unir las reclamaciones de presencia de mujeres en los niveles decisivos de las estructuras sanitarias; planificación familiar; mejor servicio de atención a la mujer embarazada y en el parto; y derecho a la atención sanitaria en caso de interrupción voluntaria del embarazo. Demandas y reclamaciones que persiguen situar a la mujer en unas condiciones de igualdad respecto al hombre y acabar con la discriminación cultural que sufren gran número de mujeres en el mundo.

En cuanto a la **población infantil**, según la OMS once millones de niños y niñas mueren cada año por causas que se podrían prevenir y sólo el bajo peso explica alrededor de tres millones de muertes de niños al año en países en vías de desarrollo (OMS, 2002).

En el Norte, los problemas de salud de los niños y las niñas se explican por la obesidad infantil y otras enfermedades asociadas a pautas de vida sedentarias. En cambio, en el Sur los principales problemas de salud en la población infantil se relacionan con infecciones respiratorias agudas, enfermedades diarreicas y unos niveles de malnutrición en edades tempranas que tienen un gran impacto en el desarrollo físico y cognitivo del individuo. Estos problemas de salud, junto con el sarampión y la malaria entre otras enfermedades, son exponentes de las condiciones de pobreza en las que viven.

Por otra parte, mientras que en los países del Norte la mortalidad infantil ha logrado reducirse de manera sostenida en los últimos 20 años, en los países más empobrecidos las malas condiciones en el parto y postparto explican gran parte de una mortalidad infantil que continua siendo muy elevada.

Si realizamos un análisis específico por **regiones**, aparte de las diferencias Norte-Sur, observamos ciertos rasgos característicos de cada zona.

En los **países del Norte** se ha alcanzado la esperanza de vida más alta de la historia, 78,2 años, y sus principales problemas de salud se relacionan con enfermedades no infecciosas de tipo cardiovascular, con la hipercolesterolemia y la obesidad. Estos responden a determinadas pautas de consumo más que a carencias en el sistema sanitario o a situaciones de pobreza.

5. Tanto "empowerment" como "mainstreaming de género" fueron dos estrategias elaboradas en la Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer de Naciones Unidas (Beijing). Por "empowerment" se entiende "la toma de conciencia sobre cómo las relaciones de poder operan en las vidas de las mujeres con la finalidad de cambiar las desigualdades de género en todos los niveles" y por "mainstreaming" "una estrategia que sitúa las cuestiones de igualdad entre los géneros en el centro de las decisiones políticas más importantes". (López Méndez y Sierra Leguina, 2001)

En **Europa del Este y la Comunidad de Estados Independientes (CEI)** los indicadores de salud han empeorado desde la caída de la URSS. La transición a la economía de mercado supone grandes transformaciones sociopolíticas y económicas que están teniendo un alto coste social. Preocupa su retroceso en casi todos los indicadores sociales, entre otros, en su esperanza de vida que es superior sólo en 1,6 años a la de hace 43 años, 68,6 años en la actualidad en comparación con 67 en 1960 (PNUD, 1998). Estos datos reflejan la alta conflictividad y desestructuración social que se vive en estos países desde 1989. Paralelamente, la tasa de mortalidad infantil está aumentando y el crecimiento de infectados de VIH/SIDA y tuberculosis es alarmante.

En los países de **África del Norte y Oriente Medio** los indicadores de salud han mejorado en las últimas décadas. Presentan una esperanza de vida al nacer de 66,8 años, superior a la de 1970 de 59 años<sup>6</sup>, y la mortalidad de niños menores de 5 años, estrechamente ligada con la esperanza de vida, se ha reducido de un 20% en 1970 a un 6% en el 2001 según datos del PNUD (PNUD, 2002).

**África Subsahariana**, la región más empobrecida del planeta, es también la que presenta peores datos en salud. La esperanza de vida al nacer ha descendido a 48,7 años (sólo 4,7 años más que la esperanza de vida en 1970 cuando ésta era de 44 años) por el impacto del sida y el gran número de conflictos armados. Se estima que, sin la existencia de la pandemia del sida, la esperanza de vida sería de 62 años. Esta estimación no es de extrañar puesto que de los 40 millones de infectados de VIH/SIDA en el mundo, 28 millones se encuentran en el continente africano, cerca del 70%.

Esta región africana presenta también las peores cifras en mortalidad materna e infantil. El porcentaje de niños vacunados ha descendido en los últimos años y hoy es menor al 50%. La malaria, la tuberculosis y las enfermedades infecciosas son también un inconveniente para el desarrollo de esta zona donde se percibe que la pobreza es uno de los peores enemigos de la salud.

6. Los datos sobre esperanza de vida en 1970 para todas las regiones han sido obtenidos de <http://www.worldbank.org/poverty/data/trends/mort.htm#table8>. Hasta 1970 no se han encontrado datos elaborados de esperanza de vida por la clasificación de regiones utilizada, sólo el dato de 1960 para Europa del Este y la Comunidad de Estados Independientes (CEI) señalado en el Informe de Desarrollo Humano (PNUD, 1998). Hasta 1997 no se tienen datos de Asia Meridional puesto que las clasificaciones utilizadas no la reconocen como región específica.

No obstante, no todos los países del África Subsahariana presentan las mismas problemáticas de salud y pobreza. Como ejemplo valgan Sudáfrica y Burundi. Ambos países presentan dos perfiles sociales totalmente distintos que se reflejan en su Índice de Desarrollo Humano (IDH)<sup>7</sup>. Así, el IDH de Sudáfrica es 0,70 y el de Burundi 0,31. Este grado de desarrollo se refleja en sus diferentes esperanzas de vida al nacer: 56,7 años en Sudáfrica y 44 años en Burundi.

Con respecto a **Asia**, sus problemas de salud más importantes se relacionan con la tuberculosis y con la inminente epidemia de sida. **Asia Meridional**, es la región del continente asiático que presenta los mayores índices de pobreza. Su esperanza de vida es de 62,9<sup>8</sup> años y prácticamente la mitad de los niños menores de cinco años sufren desnutrición.

En **Asia Oriental y el Pacífico**, a pesar de su gran crecimiento económico en las últimas décadas, las crisis financieras de 1997 y 1998 hicieron doblar los índices de pobreza. Su esperanza de vida actual es de 69,5 años, diez años más que en 1970 cuando ésta giraba en torno a los 59 años. No obstante, en algunos países, como China y Camboya, la tasa de mortalidad infantil entre menores de 5 años está aumentando y esto puede repercutir en sus respectivas esperanzas de vida.

En Asia también observamos diferencias intrarregionales en los niveles de desarrollo social y en los indicadores de salud. Singapur e India, en este caso, sirven como exponentes de estas diferencias. Si observamos el IDH de estos dos países, el de Singapur es 0,88 y el de India 0,58. Este nivel de desarrollo se refleja, de nuevo, en la esperanza de vida al nacer: 77,6 años en Singapur y 50,3 en India.

7. El Índice de Desarrollo Humano (IDH) es un índice elaborado por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo que recoge la esperanza de vida al nacer, la alfabetización de adultos, las tasas brutas de matriculación primaria, secundaria y terciaria combinadas y el PIB per cápita. Su valor se mueve entre 0 y 1 siendo el mínimo de desarrollo el 0 y el máximo el 1. Con este índice se concentra la medición del desarrollo en un único dato y se permite establecer comparaciones entre países.

8. El dato más antiguo sobre esperanza de vida en Asia Meridional se remite a 1997 y es de 62,7 años. Como indicamos, no es reconocida hasta entonces como región específica de estudio y aparece por primera vez en el *Informe de Desarrollo Humano* (PNUD, 1999).

## La rápida respuesta a la neumonía atípica

Desde la provincia china de Guangdong, el virus del síndrome respiratorio agudo severo (SRAS) o neumonía atípica se ha expandido a 30 países desde que se observó en humanos a mediados de noviembre de 2002. El impacto se ha dado de manera más fuerte en seis países y el modo de transmisión más importante ha sido vía hospitalaria. Se calcula que de todos los afectados, un 20% de los casos se corresponden con personal sanitario.

El virus ha marcado la agenda sanitaria asiática y mundial en los últimos meses. La neumonía atípica es la primera enfermedad transmisible severa en el siglo XXI y forma parte de las nuevas enfermedades emergentes que constituyen importantes amenazas para la salud. Hasta principios de julio el virus ha afectado a 8.439 personas y ha producido la muerte a 812.

Los esfuerzos tanto de la Organización Mundial de la Salud (OMS) como de los gobiernos nacionales han sido enormes y medio año después de que la neumonía atípica comenzara su expansión alrededor del mundo, a julio del 2003, ésta parece estar controlada en seres humanos. No obstante, la OMS considera crucial su vigilancia global para evitar posibles rebrotes en el futuro.

Con la experiencia del SRAS se ha demostrado que aún desconociendo el origen de la enfermedad es posible dar una respuesta rápida y efectiva. La suma de las características siguientes podría explicar la atención mediática y política que ha tenido la enfermedad: se trata de un agente desconocido, de rápida diseminación internacional; que cursa una infección aguda con una mortalidad alta; que ha afectado a un número alto del personal sanitario con el consiguiente riesgo de impacto en los sistemas sanitarios y una infección con consecuencias económicas considerables.

En cuanto a las claves de la respuesta dada, se podría destacar el papel de Internet (tanto en la detección del primer caso y seguimiento), el trabajo en red de los laboratorios (en el progreso de la identificación del agente), la determinación de la Organización Mundial de la Salud (trabajo en coordinación) y la voluntad política y compromiso de los gobiernos de los países afectados.

Como señaló Brundtland, directora general de la OMS, "la neumonía atípica nos está enseñando muchas lecciones. Debemos traducir esas lecciones a la acción." (OMS, 2003b)

Fuente: OMS (2003a) y OMS (2003b)

**América Latina y el Caribe**, con una esperanza de vida de 70 años, presenta el mejor dato de esperanza de vida dentro de las regiones del Sur con un incremento continuado en las últimas décadas y nueve años más que en 1970. Ha experimentado un aumento global de ingresos, pero las grandes desigualdades sociales explican que este incremento de la riqueza no se traduzca en una mejora proporcional de los indicadores de salud. Las enfermedades respiratorias agudas junto con las diarreicas y la desnutrición son clave para comprender la mortalidad infantil en esta zona.

El sida aumenta. Especialmente importante es su presencia en el Caribe que ocupa el segundo lugar de infectados de VIH/SIDA, después de África Subsahariana. Junto al sida, el cólera, el dengue y la malaria son tres enfermedades a considerar por su resurgimiento e incremento junto a la enfermedad de Chagas por su relevancia y gran letalidad.

Por otra parte, también en América Latina y el Caribe, al igual que en otras regiones, observamos que el nivel de desarrollo y los indicadores de salud difieren mucho si se centra el análisis en un país o en otro. Mientras Chile presenta un IDH de 0,83, el de Bolivia es 0,65. Esto se refleja en distinta esperanza de vida al nacer: 63,4 años en Chile y 46,7 en Bolivia.

A grandes rasgos, los problemas de salud difieren **en países desarrollados y en desarrollo**. En países en desarrollo, la pobreza absoluta, la falta de infraestructuras, el aumento de la inequidad y la carencia de políticas públicas en salud favorecen unos indicadores de salud catastróficos como el alto índice de mortalidad materna, el incremento del sida y la malaria resistente. En los países desarrollados los principales problemas de salud, como se ha indicado, se relacionan fuertemente con pautas de vida vinculadas con el consumo que poco a poco se han ido trasladando a algunos sectores de los países en desarrollo. No obstante, es de mencionar el aumento de grupos excluidos en países desarrollados que tiene dificultad de acceso a los servicios básicos de salud.

Muchas de las diferencias entre los perfiles de salud del Norte y del Sur se explican en parte por la falta de **acceso a agua potable y saneamiento** adecuado por parte de la población de los países del Sur. Según Naciones Unidas, 2.000 millones de personas, un tercio de la población mundial, carecen de agua potable (PNUD, 2002). La falta de acceso a agua potable y saneamiento adecuado provoca alrededor de 1,7 millones de muertes al año, derivadas principalmente de infecciones diarreicas, y 54,2 millones de enfermos (OMS, 2002).

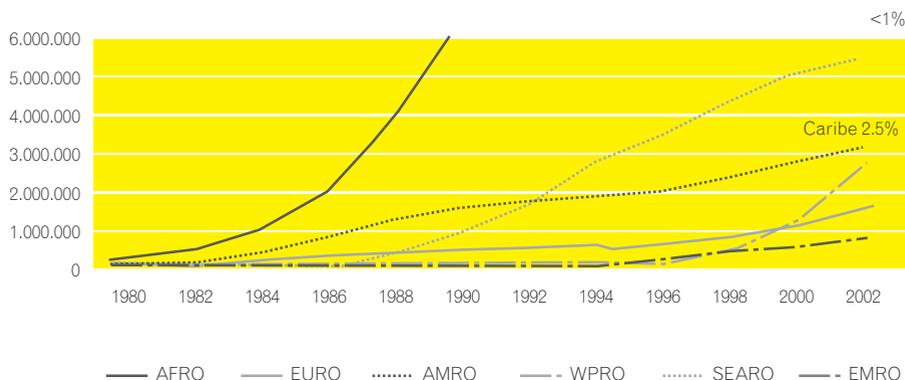
Los **principales riesgos para la salud** en el Sur, tal y como expone la Organización Mundial de la Salud, pueden controlarse con políticas públicas de prevención, mejorando el acceso a los servicios de salud, reduciendo la inequidad, logrando un mayor compromiso de los gobiernos en el tema de salud, priorizando el

desarrollo efectivo e impulsando la colaboración intersectorial e internacional. (OMS, 2002)

### 1.1. VIH/SIDA, malaria y tuberculosis

La pandemia del sida continúa expandiéndose en todo el mundo, fundamentalmente en los países pobres donde se concentra el 95% de los casos. En la actualidad el número alarmante de personas que vive con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) se eleva a más de 42 millones. Tan solo en África Subsahariana se estima que durante el año 2002 cinco millones de personas contrajeron la infección y países como Botswana muestran ya tasas de prevalencia de hasta el 38%. Por otro lado, se está propagando también rápidamente por los Estados Bálticos, la Federación de Rusia y diversas repúblicas de Asia Central (ONUSIDA, 2002).

**Gráfico 1. Tendencias en el número de personas viviendo con VIH/SIDA 1980-2002**



Fuente: OMS 2002

Desde la introducción de la terapia antirretrovírica en 1996 tanto la incidencia como la mortalidad relacionada con el VIH/SIDA han disminuido sustancialmente. En los países de ingresos elevados se estima que fallecieron 23.000 personas a causa del sida en 2002, contrastando con el total de 3,1 millones de muertes producidas mayoritariamente a expensas de los países con recursos limitados. En África Subsahariana, donde menos del 2% de la población tiene acceso al tratamiento, el sida continua siendo la primera causa de muerte (2,4 M. muertes 2002). Estudios realizados en diversos países llegaron a mostrar cómo la mortalidad en menores de 5 años aumenta en relación a la tasa de prevalencia de la infección por el VIH.

La epidemia de VIH/SIDA constituye un problema de salud pública de primera magnitud, con repercusiones irrefutables tanto en el ámbito demográfico y social como económico. No hay que olvidar que afecta fundamentalmente a la población joven productiva y que hasta la fecha se cuenta ya con más de 14 millones de huérfanos consecuencia del sida en todo el mundo. En 2002, un estudio de campo realizado en Malawi por la FAO (Fondo de Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación) y el Programa Mundial de Alimentos identificó una serie de vínculos entre la epidemia y el inicio de la inseguridad alimentaria en los hogares como la pérdida de mano de obra capacitada, la carga adicional del cuidado de los huérfanos y mayores gastos en servicios sanitarios y funerarios.

Es preciso que existan programas nacionales eficaces y un apoyo internacional coordinado para poder poner freno a esta pandemia. De no ser así, las crisis económicas y sociales se irán sucediendo en unos países donde la pirámide poblacional ya se empieza a ver disminuida en las edades adultas.

El conocimiento adquirido en los últimos años en relación al VIH/SIDA, tanto en la dimensión del problema como en los factores económicos, políticos, sociales y culturales y en la investigación y desarrollo de nuevos medicamentos, es enorme. La dimensión del problema y la necesidad de tratamiento y atención para las personas que viven con el VIH/SIDA, incluido el acceso a los fármacos antirretrovirales, han sido reconocidas por todos los gobiernos del mundo (Declaración de compromiso del periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de la Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, UNGASS, junio de 2001. Nueva York).

Respecto a la **tuberculosis (TB)**, en el mundo industrializado erróneamente se piensa que es una enfermedad erradicada. La tuberculosis es, sin embargo, la primera causa de muerte en adultos contagiados de un solo agente infeccioso y se cobra la vida de dos millones de personas al año. La tuberculosis vuelve a emerger en los países en vías de desarrollo junto a la epidemia de sida. Se trata de una enfermedad oportunista que se ceba en las personas infectadas de VIH cuyo sistema inmunológico se encuentra muy debilitado. En los países pobres, la convergencia de

las dos enfermedades está desestabilizando los sistemas de salud, que ya han empezado a fallar. Además, la tuberculosis está resurgiendo en una forma que es resistente a los medicamentos del arsenal terapéutico clásico: tuberculosis multi-resistente (TB-MR).

Cada año 2 millones de personas mueren de tuberculosis. Un 95% de los casos y 98% de muertes por esta enfermedad se producen en países pobres. Específicamente, en el África Subsahariana cada año más de 1,5 millones de personas contraen tuberculosis y esta cifra va en aumento debido fundamentalmente a la epidemia del VIH/SIDA. Además, cerca de la mitad de las personas que padecen TB y no reciben un tratamiento corren el riesgo de morir en un periodo entre 2 y 5 años después de haber contraído dicha enfermedad.

El **protocolo más eficaz actualmente disponible** para el tratamiento de la tuberculosis por su relación coste/beneficio es el DOTS (Directly Observed Treatment Short Course / tratamiento corto directamente observado). El protocolo DOTS, promovido por OMS, implica el aislamiento de los pacientes y que un sanitario supervise directamente la toma de cuatro medicamentos diferentes durante un periodo que oscila entre los 6 y los 8 meses. Este procedimiento es necesario para tener la constancia de que el paciente cumple regularmente con el tratamiento y de esa manera se reduce el riesgo de sufrir tuberculosis multirresistente a fármacos. Es barato (entre 15-40 USD / tratamiento) y efectivo, pero no tiene en cuenta las dificultades (fundamentalmente económicas) que encierra para un paciente del tercer mundo estar alejado de su casa durante tanto tiempo. La tuberculosis requiere un compromiso enorme de los pacientes que no pueden trabajar durante el tiempo que dura el tratamiento. Utiliza además fármacos de primera línea, por lo tanto no es válido para la TB-MR.

A corto plazo, es necesario usar combinaciones de fármacos fijas, en una misma cápsula. Esto ayudaría a mejorar el tratamiento tanto para los pacientes como para los sanitarios. También es necesario test diagnósticos accesibles y fáciles de usar. Estas dos medidas simplificarían el DOTS.

A medio y largo plazo, es necesario desarrollar nuevos medicamentos que sean accesibles, que simplifiquen el tratamiento de primera línea y que atajen el problema de la TB-MR. Actualmente los sanitarios están utilizando medicamentos descubiertos hace más de 30 años. Prácticamente no hay investigación para el tratamiento de la TB desde los años 60. La vacuna que se usa en la actualidad fue desarrollada en 1923 y su eficacia es considerada sub-estándar.

La **malaria** o paludismo es la infección parasitaria más importante en el mundo y representa uno de los mayores retos de salud y desarrollo con los que se enfrentan muchos países, entre los que se encuentran los más pobres.

La **malaria** es endémica en 91 países. Según la OMS, el 36% de la población mundial vive en áreas donde existe el riesgo de transmisión. Se estima que hay entre 300 y 500 millones de casos clínicos cada año y la mortalidad anual por malaria está entre 1,5 y 2,7 millones de personas, de los cuales el 90% se atribuye a niños en África Subsahariana.

La malaria en humanos está causada por 4 especies de parásitos, todos ellos pertenecientes al género Plasmodium: P. falciparum, P. vivax, P. ovale y P. malariae. Los dos primeros causan la mayor parte de las infecciones. El P. falciparum se distribuye por todo el mundo pero está especialmente presente en África. Es la especie más agresiva y la que causa prácticamente todas las muertes atribuibles a malaria.

La malaria está apareciendo de nuevo en áreas donde había sido erradicada y extendiéndose a nuevas áreas como Asia Central o Europa del Este. Si observamos la evolución de la malaria, la carga por malaria en los países del Mediterráneo del Este, de Asia Oriental y el Pacífico y de Asia Meridional ha aumentado en los últimos años.

**Cuadro 1. Años de vida ajustados por malaria (AVAD)<sup>9</sup> (expresados en miles)**

	1998	1999	2000	2001
Europa	0	2	21	20
Mediterráneo del Este	1854	2774	1944	2050
África	34506	36839	35747	36012
Asia oriental y del Pacífico	2185	3072	1874	3680
Asia Meridional	591	2235	516	409
Países Americanos	130	76	111	108
Total	39267	44998	40213	42280

Fuente: Elaboración propia a partir de *Informe Mundial de la Salud* (OMS, 1999, 2000, 2001)

9. AVAD es un índice que muestra el número de años perdidos de vida saludable a causa de una determinada enfermedad al recoger en su formulación tanto indicadores de mortalidad como de morbilidad (la edad a la que sobreviene la enfermedad o la muerte por ésta y su duración e intensidad). Puede entenderse como la carga o peso de una determinada enfermedad sobre una población en concreto.

Existe una estrategia global contra la malaria cuyo objetivo es prevenir la mortalidad por malaria, reducir la morbilidad y disminuir la pérdida económica y social asociada a esta enfermedad.

En la actualidad, el desarrollo y la diseminación de las cepas resistentes a los medicamentos se ha identificado como uno de los factores que están contribuyendo al aumento de los casos y es uno de los retos más importantes para el control de la malaria. Hay resistencias altas y documentadas del plasmodium a los fármacos más baratos y eficacia probada a los fármacos más caros, lo que coloca en una difícil situación a los países más pobres.

A corto plazo, tal y como recomienda la OMS, se impone la revisión de las políticas de medicamentos contra la malaria que apueste por el uso generalizado de terapias combinadas para evitar, o al menos retrasar significativamente, un desarrollo mayor de la resistencia a los medicamentos. En este sentido la OMS ha definido la metodología para evaluar el nivel de resistencias y de la eficacia de las distintas opciones terapéuticas de manera regular como parte integrante de los programas de control de malaria. Los resultados de eficacia conjuntamente con el coste y los factores operacionales deberían ser utilizados para actualizar los protocolos de tratamiento como parte de las políticas nacionales. En este momento, existen países que por cuestiones financieras se encuentran imposibilitados de tomar las opciones médicas recomendadas.

No obstante, si el objetivo es alcanzar un control sostenible de la malaria, la búsqueda de nuevos medicamentos debería iniciarse inmediatamente así como la búsqueda de métodos diagnósticos precisos y asequibles.

## 1.2. Enfermedades olvidadas

Junto a estas tres grandes enfermedades, tenemos que resaltar otras transmisibles como el cólera, el dengue, la leishmaniasis, la tripanosomiasis humana africana y la enfermedad de Chagas. Muchas de ellas son enfermedades olvidadas pero afectan a muchos millones de personas en África, Asia y América Latina.

Por enfermedad olvidada se entiende una enfermedad mortal o muy discapacitante que no cuenta con tratamiento o bien éste es inadecuado a pesar del formidable avance científico-tecnológico de los últimos años. Las enfermedades tropicales son buen ejemplo de enfermedades olvidadas: de un total de 1.393 nuevos medicamentos aprobados entre 1975 y 1999, sólo un 1% (es decir, 13 medicamentos) estaban indicados para enfermedades tropicales.<sup>10</sup>

10. Patrice Trouiller, et.al. Drug development for neglected diseases: a deficient market and a public-health policy failure. The Lancet 2002;359:2188-94

Fundamentalmente son enfermedades endémicas de países pobres que a priori no suponen una amenaza para la población que vive en los países ricos. No por ello son inexistentes. Se estima que 60 millones de personas viven en África bajo la amenaza de la enfermedad del sueño, 100 millones las que en el continente latinoamericano viven bajo la amenaza de la enfermedad de Chagas y 200 millones de personas bajo la amenaza de la leishmaniasis visceral. Estas personas no suponen una prioridad para los gobiernos ni un mercado rentable, por lo que quedan excluidas de cualquier objetivo de la investigación y desarrollo de nuevos medicamentos.

### **La enfermedad de Chagas, una enfermedad olvidada**

La tripanosomiasis humana americana o enfermedad de Chagas está causada por un protozoo, el *trypanosoma cruzi*, y se transmite a los seres humanos fundamentalmente a través de la picadura de triatomos (chinchas) infestados, de transfusiones de sangre infectada o a través de la madre infectada al hijo.

El área endémica abarca desde el sur de los Estados Unidos de Norteamérica hasta Argentina y Chile. Su distribución geográfica tradicionalmente se ha concentrado sobre todo en áreas rurales aunque, debido a la migración rural hacia áreas urbanas en las últimas décadas, están cambiando los patrones epidemiológicos y ahora puede encontrarse Chagas también en áreas urbanas así como en Estados Unidos (debido a la migración desde Méjico y Centroamérica).

La enfermedad de Chagas se encuentra entre las principales enfermedades parasitarias que amenazan la salud pública, junto con la malaria, la tripanosomiasis africana o la leishmaniasis visceral (Colley, 2000: 79-87).

En 1999, Schofield y Dias publicaron un artículo que recogía el impacto socio-sanitario de la enfermedad de Chagas, asegurando que en 1993 el Banco Mundial calculó la pérdida anual debido a la enfermedad de Chagas en 2.740.000 AVAD (años de vida ajustados por discapacidad), lo que representa una pérdida económica para los países endémicos de América Latina equivalente a más de 6.500 millones de USD al año (Schofield y Dias, 1999: 1-25).

En 2002, la OMS cita textualmente: "Según el Informe sobre el Desarrollo Humano del PNUD, la media estimada anual *per cápita* del producto interior bruto para Latinoamérica es de 2.966 USD. La pérdida económica para el continente debido a la mortalidad precoz y morbilidad por esta enfermedad entre la población joven en años productivos es de 8.156 millones de USD, lo que equivale al 2.5% de la deuda externa del continente en 1995".<sup>11</sup>

La enfermedad de Chagas es una enfermedad socioeconómica típica, inseparable de la pobreza y supone un problema social y sanitario importante en muchos países de Latinoamérica.

Fuente: Médicos Sin Fronteras

## 2. Los compromisos internacionales

“La salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos. Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente”. Observación general n° 14 del Comité Económico y Social.

“Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios”. Artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos.

Desde mediados del siglo XX se empieza a hablar de la salud como un derecho, pero es a finales de los años 70 cuando la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) organizan la primera conferencia sobre salud en **Alma Ata** (1978). En ésta se profundiza sobre la necesidad de trabajar salud y desarrollo y se propone “Salud para todos en el año 2000” bajo el planteamiento integral de Atención Primaria de Salud (APS).

Más de una década después, en los años 90, los diferentes organismos internacionales empiezan a celebrar cumbres y conferencias con mayor asiduidad<sup>12</sup>. La Cumbre de Desarrollo Social de Copenhague en 1995 y la Cumbre del Milenio, ya en el año 2000, sientan las bases para el establecimiento de metas e indicadores comunes en la agenda internacional.

La **Cumbre de Copenhague** vuelve a situar los servicios sociales básicos en primera línea de actuación con la elaboración del “*compromiso 20/20*”<sup>13</sup>. Además, establece la “erradicación de la pobreza” como objetivo estratégico de la acción internacional. Dicho objetivo es recogido en 1996 por el **Comité de Ayuda al Desarrollo** (CAD) en su documento “El papel de la cooperación para el desarrollo en los albores del siglo XXI”.

Por otra parte, los compromisos de Copenhague y del resto de las cumbres de los años 90 dan lugar a los “*Objetivos Internacionales de Desarrollo*” cuya revisión, en la **Cumbre del Milenio** (2000), conformará los “*Objetivos de Desarrollo del Milenio*” que dibujan la estrategia de acción global para el desarrollo.<sup>14</sup>

11. <http://www.who.int/ctd/chagas/disease.html>

12. Para mayor información sobre las cumbres y conferencias internacionales ir al Anexo I. Compromisos de la comunidad internacional y consultar *La salud en la cooperación al desarrollo española. Informe 2002*.

13. Un mayor estudio sobre el “compromiso 20/20” se encuentra en *La salud en la cooperación al desarrollo española. Informe 2002*.

14. Los “*Objetivos de Desarrollo del Milenio*” aparecen recogidos en el Anexo III.

En 2001 los Estados reunidos en la Conferencia Ministerial de la Organización Mundial del Comercio en Qatar, Doha, adoptaron la revolucionaria "Declaración sobre el Acuerdo ADPIC y la Salud Pública" que claramente reconocía la primacía de la salud pública sobre los intereses comerciales (WT/MIN (01)/DEC/2)<sup>15</sup>. Desde entonces se han dado pasos hacia delante y hacia atrás en la implementación de dicha Declaración<sup>16</sup>. En la Cumbre del G-8 celebrada en Evian en junio de 2003 se aprobó un Plan de Acción en Salud que no propone soluciones estructurales ni sostenibles para hacer posible el acceso a los medicamentos a los países más pobres.

El 30 de agosto de 2003, la OMC llegó a un acuerdo para dar solución a los países cuya capacidad en el sector farmacéutico es insuficiente o nula. Después de dos años de negociaciones durante las cuales han existido reiterados intentos de limitar la solución a una lista de enfermedades, a un número concreto de países y a situaciones de emergencia, se ha alcanzado un acuerdo que pretende solucionar este problema. Si bien es verdad que las limitaciones señaladas no han sido aceptadas, las ONG consideran que el acuerdo es ambiguo, largo en procedimiento, plantea una solución económicamente inviable y sensible a presiones políticas.

La Unión Europea proclamó en junio de 2003 que, los miembros de la OMC y organizaciones internacionales cualificadas deberían proporcionar una asistencia técnica para la implementación de Doha en los países en desarrollo que sea "equilibrada, transparente y objetiva" (IP/C/W/402). El reto ahora está en la implementación de la solución propuesta desde la OMC y de la declaración de Doha de manera que "se promueva el acceso a medicamentos esenciales para todos".

En líneas generales, hoy por hoy la agenda sanitaria de los **grandes organismos internacionales**<sup>17</sup> se centra en la necesidad de mejorar la salud de la población más empobrecida con el fin de impulsar su desarrollo. Para estos organismos no es posible el desarrollo sin unos buenos indicadores de salud. De este modo, desde la Cumbre de Johannesburgo (2002) se impulsa el fortalecimiento de los servicios básicos de salud y la seguridad alimentaria y desde la Unión Europea (UE) y el Comité de Ayuda al Desarrollo (CAD), en 2003, una política de cooperación sanitaria enfocada a los más pobres. Sus estrategias, al igual que la iniciativa africana del NEPAD (Nuevo Partenariado para el Desarrollo de África), se centran en la erra-

15. El párrafo 4 de la Declaración de Doha dice textualmente: "[ ] el Acuerdo sobre los ADPIC, puede y deberá ser interpretado y aplicado de una manera que apoye el derecho de los Miembros de la OMC de proteger la salud pública y, en particular, de promover el acceso a los medicamentos para todos".

16. Para más información ver: "El Descarrilamiento de Doha". Informe de MSF para la V Conferencia Ministerial de la OMC, Cancún 2003. [www.msf.es/def/docs/msf\\_cancun\\_spanish.pdf](http://www.msf.es/def/docs/msf_cancun_spanish.pdf)

17. En el Anexo II. La política de cooperación sanitaria de los principales donantes y de los organismos internacionales de la ONU, se recogen las líneas fundamentales en materia de salud de estos organismos.

dicación de la pobreza, como vimos, objetivo estratégico internacional desde la Cumbre de Copenhague.

Antes de profundizar en las propuestas de algunas de estas cumbres y organismos, debemos decir que, en general, mientras la salud está reconocida como un derecho humano y en todas o casi todas las cumbres y conferencias internacionales, sean éstas de contenido sanitario, económico o social, se habla de la necesidad de garantizar la salud básica, en la práctica se tiende a implantar políticas de privatización que no se corresponden con el concepto de servicio público y derecho humano, y que no garantizan el acceso a la salud por parte de toda la población y mucho menos de la más pobre.

## **2.1. Cumbre de Johannesburgo**

La Cumbre Mundial sobre Desarrollo Sostenible, realizada entre el 26 de agosto y 4 de septiembre de 2002 en Johannesburgo (Sudáfrica) y con la presencia de 191 Estados, planteó bajo el lema "Planeta, Personas y Prosperidad" un programa de trabajo para obtener una agenda concreta de lucha contra la pobreza, con un contenido netamente medioambiental. Se propuso abordar cinco ámbitos o sectores claves para favorecer una política de desarrollo sostenible: salud, agua y saneamiento, biodiversidad y gestión del ecosistema, energía y, por último, agricultura.

Se generaron dos documentos: una declaración política y un plan de acción. En la declaración final de la Cumbre, por parte de los gobiernos, se destacó la importancia del desarrollo económico, social y la protección ambiental como los pilares del desarrollo sostenible. Específicamente dentro del sector de la salud, se aprobó una conclusión en la declaración final sobre la necesidad de conseguir un aumento del acceso a los servicios básicos como el suministro de agua potable, el saneamiento, la atención a la salud o la seguridad alimentaria.

En el plan de acción se acordaron varios compromisos, como reducir a la mitad en el año 2015 el número de personas afectadas por la falta de agua potable y saneamiento (2.400 millones en la actualidad). En cuanto a los productos químicos, existe en las conclusiones de la Cumbre un compromiso para reducir el uso de determinadas sustancias químicas, de forma que en el año 2020 no generen riesgos para la salud de las personas ni para el medio ambiente.

A pesar de estar de acuerdo con las afirmaciones de estos documentos, diversos sectores de la sociedad civil, representados por el Foro Social Global, realizaron una declaración crítica con los resultados de la cumbre, ya que, a pesar de sus aspectos positivos, se consideraba que, en general, faltaban compromisos concretos que implicasen unos recursos suficientes y unos planes de acción bien definidos con los que se consiguiese realmente alcanzar los objetivos y metas propuestos.

De la Cumbre de Johannesburgo cabe destacar, entre lo positivo, la vinculación que se explicita entre salud, medio ambiente y pobreza, y entre lo negativo, la falta de mención explícita al papel y responsabilidad del Estado en la garantía de la salud, la falta de establecimiento claro de objetivos, de sistemas de seguimiento y de líneas presupuestarias concretas. En el caso del agua, estos programas deberían tener un fuerte componente político por ser precisamente causas políticas y económicas las que subyacen en la mayor parte de las ocasiones al problema de la falta de acceso a agua potable.

## **2.2. Nuevos compromisos de la Unión Europea**

En líneas generales, la política de desarrollo de la Unión Europea persigue reducir la pobreza a través de un desarrollo sostenible económico, social y medioambiental y a través de la integración de los países en vías de desarrollo en la economía mundial.

Los principios clave de su política de desarrollo se pueden resumir en el aumento de la participación de los países en vías de desarrollo en las políticas de ayuda; el incremento de la coordinación de los donantes; el diseño de las políticas con todos los implicados; y la descentralización.

Desde 1994 la Unión Europea trabaja el sector salud en la cooperación al desarrollo bajo el nombre de *salud, sida y población*. A lo largo de estos años ha pasado de centrarse en las infraestructuras a hacerlo en servicios básicos de salud, fortalecimiento institucional y desarrollo de recursos humanos. Así se pone de manifiesto en los documentos sobre “salud y pobreza”, “salud sexual y reproductiva” y “VIH/SIDA, tuberculosis y malaria” que a continuación presentamos y en los cuales también se reflejan los principios clave que estructuran la política europea de cooperación al desarrollo.

### **2.2.1. Salud y reducción de la pobreza en los países en desarrollo**

La Comisión Europea en “Comunicación de la Comisión del Consejo y el Parlamento Europeo. Salud y reducción de la pobreza en países en desarrollo” (2002) plantea la reducción de la pobreza, ligada a la mejora en los indicadores de salud, como objetivo central en su cooperación para el desarrollo.

Estos indicadores en salud son vistos por la Comisión Europea como causa y efecto de la pobreza. Los niveles de salud en los países más empobrecidos suponen una pérdida importante de capital humano con los efectos que ésta tiene sobre el crecimiento económico y el desarrollo social. Al tiempo que la pobreza dificulta una buena salud, la carga económica de enfermedades, muchas de ellas prevenibles, supone un alto peaje para los países más empobrecidos. Por ello, para la

Comisión mejorar la salud de los más pobres es una contribución esencial en sus esfuerzos por reducir la pobreza.

Así se observa en los cuatro objetivos fundamentales que plantea este documento, único marco político de la Comisión para guiar las inversiones en salud, sida y población dentro de la cooperación al desarrollo. Éstos son los cuatro objetivos:

**a.** Mejorar los resultados en materia de salud, sida y población, especialmente entre la población más pobre.

**b.** Maximizar los beneficios en salud y minimizar los posibles efectos negativos de otros sectores sobre la salud.

**c.** Proteger a la población más vulnerable con el apoyo a mecanismos de financiación de la salud justos y equitativos.

**d.** Invertir en el desarrollo de bienes públicos específicos globales.

Igualmente se insiste en la relación entre pobreza y salud en los retos particulares que se plantea la Comisión Europea en esta materia. Entre estos retos se encuentran implementar políticas de salud pro-pobre, hacer los sistemas de salud más equitativos, asegurar un medio ambiente adecuado para un alto nivel de salud, expandir la protección social, hacer operativa una nueva relación entre el sector privado y el sector público en el campo de la salud y evaluar los resultados y cambios.

La lucha contra la pobreza requiere de medidas integradas e integrales. Para alcanzar los objetivos contemplados es necesario que todos los Estados miembros los asuman y el resto de políticas comunitarias sean coherentes con dichos objetivos, no interfiriendo en su consecución.

### **2.2.2. Salud sexual y reproductiva en los países en desarrollo**

En el campo de la salud sexual y reproductiva, la Comunidad Europea recoge su línea de trabajo en la "Propuesta de reglamento del Parlamento Europeo y el Consejo relativo a la ayuda para política y acciones relativas a la salud y a los derechos en materia de reproducción y sexualidad en los países en desarrollo" (2002) que forma parte de sus políticas globales en materia de salud y pobreza.

Dicho reglamento recoge el Plan de Acción elaborado en la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD) de El Cairo<sup>18</sup> en 1994 y persigue dar "a todas las parejas e individuos el derecho fundamental y la oportunidad de proteger totalmente su salud reproductiva y sexual, en general contra el aborto de riesgo y otras prácticas nocivas" (Comisión Europea b., 2002: 2) Toda persona, según la

18. Para mayor conocimiento sobre la Conferencia de El Cairo consultar *La salud en la cooperación al desarrollo española. Informe 2002* o bien consultar el Anexo I. Compromisos de la comunidad internacional.

Comisión, tiene derecho a decidir el número de hijos y la distancia entre los mismos así como a tener una información y unos medios para poder llevar a cabo esta decisión.

Desde la Comisión Europea se busca proporcionar el acceso universal a la atención, los servicios y los productos médicos y reducir los índices de morbilidad materna. En este aspecto, la Comisión considera necesaria una actuación más intensa que la llevada hasta el momento para poder conseguir los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud materna y la mortalidad infantil.

En general, la Comisión persigue mejorar la salud sexual y reproductiva y asegurar el respeto de los derechos conexos. Tres son los objetivos específicos perseguidos:

- a. Garantizar el derecho a mujeres, hombres y adolescentes a una buena salud reproductiva y sexual.
- b. Permitir que esta población tenga acceso a una gama completa de servicios y productos seguros y fiables de salud reproductiva y sexual.
- c. Reducir los índices de mortalidad materna, con especial referencia a los países y poblaciones donde éstos son más altos.

Para esto, se proporcionará ayuda financiera y conocimientos especializados dando prioridad a los países más pobres y a los sectores más desfavorecidos de éstos, y a las acciones que consoliden y complementen las políticas y las capacidades de los países en desarrollo y refuercen la ayuda facilitada a través de otros instrumentos de cooperación al desarrollo.

Todo esto precisa de la coordinación entre las políticas nacionales, regionales e internacionales así como con otros instrumentos de ayuda y del control y la evaluación de las operaciones concretas.

La recién publicada "Estrategia de la Cooperación Española en salud" no recoge ni siquiera la terminología de la Unión Europea, *limitando* el concepto a salud reproductiva. Aunque esta estrategia se analiza en profundidad en apartados posteriores, conviene señalar que el documento de la Comisión recoge el Plan de Acción elaborado en la Conferencia Internacional de Población y desarrollo de El Cairo a diferencia de la mencionada estrategia de la Cooperación Española.

### **2.2.3. Sida, tuberculosis y malaria. El Programa EDCTP**

El Programa para la formación de un partenariado de pruebas clínicas entre los países europeos y los países en vías de desarrollo (EDCTP Programme - The European and Developing Countries Clinical Trials Partnership)<sup>19</sup> tiene como objetivo principal obtener medicamentos para VIH/SIDA, tuberculosis y malaria adaptados a las condiciones específicas de los países del Sur y accesibles para su población.

Las condiciones de vida y, por tanto, de cuidado y tratamiento de las personas afectadas por VIH/SIDA, tuberculosis o malaria en países del Sur difieren radicalmente de las situaciones específicas del Norte. El programa EDCTP, con 600 millones de euros para un período de cinco años, pretende acelerar el desarrollo de nuevas intervenciones para estas enfermedades adaptadas a los países del Sur, especialmente en África Subsahariana. De este modo, se pretende que los medicamentos desarrollados sean más eficientes y de más fácil uso y acceso.

Para todo esto, el programa propone aumentar la cooperación y las redes de los países del Norte, ayudar a fortalecer las capacidades de los países del Sur y obtener fondos adicionales para combatir otras enfermedades. El programa debe asegurar la participación activa de los miembros del Sur en cada una de sus etapas.

El programa pone especial atención en la relación entre salud sexual y reproductiva y lucha contra el VIH/SIDA, la tuberculosis y la malaria. Se propone introducir el "mainstreaming de género"<sup>20</sup> para que se tome en cuenta la importancia de las diferencias entre mujeres y hombres en la transmisión de estas enfermedades.

Por otra parte, las actividades y productos resultantes del programa son considerados bienes públicos para asegurar que lleguen a quien más lo necesita en los países del Sur.

El programa también desarrolla actividades ligadas al establecimiento de programas para el acceso a nuevos productos en los que se quiere involucrar desde organizaciones de la sociedad civil hasta industrias farmacéuticas internacionales y donantes.

### **2.3. El Comité de Ayuda al Desarrollo. Pobreza y salud**

La salud es, para el Comité de Ayuda al Desarrollo, más prioritaria que nunca en el ámbito internacional en tanto que es un elemento fundamental para el desarrollo, especialmente en los países y poblaciones más empobrecidas.

En su documento "Pobreza y salud" (2003), el CAD determina los componentes básicos de un enfoque sanitario a favor de los pobres y proporciona un marco de actuación tanto dentro del sistema sanitario como fuera de él.

19. "Decisión del Parlamento y el Consejo Europeo sobre la participación de la Comunidad en un programa de investigación y desarrollo que persigue desarrollar nuevas investigaciones clínicas para combatir el VIH/SIDA, la malaria y la tuberculosis a través de un partenariado entre Europa, estados miembros de la U.E. y Noruega, y los países en desarrollo". Bruselas, 28.8.2002 COM(2002) 474 final, 2002/0211 (COD)

20. Se entiende por "mainstreaming de género", la integración de las diferencias de género en la formulación y ejecución de las políticas, en este caso, en el programa EDCTP.

Según el CAD, el aumento de los recursos financieros destinados a sanidad debería ser una prioridad si se quiere que los países del Sur cumplan los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con salud.

Más concretamente, es necesario el fortalecimiento del sector público como “ente político, regulador, comprobador y suministrador de servicios sanitarios” a favor de los pobres así como el desarrollo de servicios privados adaptados a esta población. (CAD, 2003: 5).

A esto habría que añadir una estrategia encaminada a empoderar a las poblaciones más vulnerables y a atenderlas adecuadamente para lo cual se ha de escuchar la opinión de los pobres y de las organizaciones de la sociedad civil.

Por otro lado, además de procurar el acceso a servicios asequibles y de calidad, se han de realizar esfuerzos en otros sectores para favorecer unos buenos indicadores de salud. Se deben emprender acciones relacionadas con la generación de ingresos, la enseñanza, la seguridad alimentaria, la potabilización de aguas, entre otros aspectos.

Para todo esto, los países asociados al CAD deberán medir el rendimiento y los resultados del sector salud y el grado en que favorecen a los pobres. La estrategia de reducción de la pobreza (PRS), desarrollada por cada país asociado, debe recoger un enfoque sanitario orientado a los pobres que se amplíe en el programa sanitario y que se traduzca en todo el sector sanitario.

Según el CAD, los problemas de salud de los pobres atraviesan fronteras. Los riesgos del mundo globalizado precisan que las agencias para el desarrollo colaboren globalmente. Concretamente, las agencias deben fomentar el desarrollo de bienes públicos globales para la salud, la investigación médica de enfermedades típicas de los países más pobres y la contención de la propagación transfronteriza de enfermedades transmisibles. Como señala, menos del 10% de la investigación sanitaria global se dedica a enfermedades o condiciones que afectan al 90% de la carga de enfermedades globales.

En el caso español, la estrategia de salud para la cooperación española recoge el mismo planteamiento del CAD de investigar las enfermedades más prevalentes en los países en desarrollo porque pueden afectar a los países desarrollados. La salud es en sí misma un bien público global y al mismo tiempo un derecho humano fundamental. Efectivamente, las enfermedades transmisibles pueden propagarse fácilmente de forma transfronteriza, pero ¿qué ocurre con las enfermedades que no se propagan de un modo tan sencillo y, sin embargo, afectan a millones de personas?<sup>21</sup>

21. Para una mayor profundización sobre este tema, revisar el punto referido a la *Estrategia de la Cooperación Española en Salud*.

Las agencias también han de animar a los gobiernos a que controlen la implantación de la declaración de Doha sobre el ADPIC y salud pública y el Acuerdo General sobre el Comercio de Servicios (GATS) para mejorar el acceso de las poblaciones más pobres.

#### **2.4. El NEPAD: “Nuevo partenariatio para el desarrollo de África”**

Dentro de las iniciativas que se están desarrollando desde los países tradicionalmente receptores de ayuda, podemos destacar el NEPAD, siglas en inglés de “Nuevo partenariatio para el desarrollo de África”<sup>22</sup>, que pretende ser un nuevo marco de asociación entre África y los países más industrializados y los organismos multilaterales, avalado por los 53 líderes de la Unión Africana (UA).

Este programa, nacido en 2002, expone que son los propios africanos y sus líderes los responsables de sacar a su continente del subdesarrollo y de su exclusión del mundo globalizado actual. Realizan una llamada al resto de la comunidad internacional para que sus apoyos sirvan para complementar sus esfuerzos, pero sin caer en la dependencia a través de esa ayuda. Para ello, propone una agenda y un programa de acción para colaborar en la erradicación de la pobreza en el continente africano.

Como sectores prioritarios de acción se contemplan la infraestructura, el desarrollo de recursos humanos, la agricultura, el medio ambiente, la cultura, la ciencia y tecnología, a la vez que plantean el acceso al mercado y la movilización de recursos como una solución para sus problemas.

En referencia al ámbito de la salud, el NEPAD se interesa por tres aspectos: asegurar el acceso sostenible a un saneamiento y a agua segura y adecuada; desarrollar los recursos humanos en salud, evitando las fugas de personal a países más avanzados; y luchar contra las enfermedades (sobre todo VIH/SIDA, malaria y tuberculosis) a través de sistemas de salud efectivos y accesibles.

### **3. El contexto internacional. Políticas neoliberales y descentralización**

A pesar del reconocimiento formal de la salud como elemento clave en la reducción de la pobreza y de la importancia de los servicios sociales básicos en todas estas cumbres y conferencias, la **crisis del Estado** tanto en el Norte como en el Sur junto con las **políticas neoliberales** de los principales organismos internacionales, Banco Mundial y Fondo Monetario Internacional, han impulsado la privatización de los sistemas sanitarios.

22. New Partnership for Africa's Development

Los compromisos internacionales entran en conflicto con las políticas neoliberales. Lejos de favorecer la salud de la población más empobrecida, estas políticas amenazan con excluirla del acceso a servicios sanitarios.

La **financiación privada** de los servicios públicos puede disminuir la atención sanitaria y la calidad de la misma recibida por los grupos de población más empobrecidos. En el siguiente punto se analizarán las distintas iniciativas que desde el sector privado se están llevando a cabo en el sector salud de los países más empobrecidos y sus repercusiones sobre la población.

También como reflejo de esta lógica neoliberal, la atención primaria en salud ha sido situada en un lugar secundario al no ser considerada por estos organismos ni eficaz ni eficiente, a pesar de que el 80% de las enfermedades se tratan en este primer nivel del sistema sanitario.

A partir de los años 80 y, fundamentalmente, los 90, se consolida la tendencia a privatizar los servicios sociales básicos en la creencia, no siempre acertada, de que una gestión privada garantiza la eficacia y la eficiencia. Los precios de mercado de los bienes públicos, como la salud, no reflejan por sí solos su valor intrínseco y los beneficios sociales que generan. La financiación pública permite garantizar el acceso equitativo a los servicios de salud. (PNUD, 2003).

Por otra parte, la **privatización de la gestión de medicamentos** se convierte en una limitación para el acceso a los mismos por parte de la población con menos recursos. Se trata, como indicamos con anterioridad, de un problema ya planteado en varias conferencias internacionales pero que no ha recibido todo el eco que merece.

### **Acceso a medicamentos esenciales**

El objetivo de la estrategia de la OMS en relación a los productos farmacéuticos es aprovechar al máximo los medicamentos esenciales para salvar vidas y mejorar el estado de salud de la población (resolución WHA 54.11).

Los **medicamentos esenciales** son una selección de medicamentos necesarios para satisfacer las necesidades sanitarias de la mayoría de la población. Por tanto, la inclusión de los medicamentos en la Lista modelo de la OMS de medicamentos esenciales (LME) así como la actualización de las Listas nacionales de medicamentos esenciales sirve para definir las prioridades frente a las cuales es necesario aplicar las distintas estrategias para mejorar el acceso a los medicamentos.

Uno de los principales problemas a mundiales para el acceso a medicamentos esenciales es la **falta de recursos**. Por un lado, existe la necesidad de que los países ricos apoyen con financiación a los países en vías de desarrollo. Por otro lado, es necesario que los recursos ya existentes se utilicen de manera racional, es

decir, garantizando que la compra de medicamentos esenciales se realice a los precios más bajos posibles. Para que esto sea posible es necesario poner en marcha distintas **estrategias** de manera simultánea:

a. **Precios diferenciales** de las compañías farmacéuticas destinados a los países en vías de desarrollo de acuerdo a políticas claramente definidas. En el marco de la Unión Europea y dentro del "Programa de acción: aceleración de la lucha contra el VIH/SIDA, la malaria y la tuberculosis en el contexto de la reducción de la pobreza", uno de los campos de acción es el de establecer un sistema global de precios diferenciales. Durante el transcurso de este año, los países han estado más preocupados por impedir que los productos se desvíen al mercado europeo que por definir un sistema de precios diferenciales transparente y sistemático. En estos momentos, siguen siendo las compañías farmacéuticas las que definen los criterios de elegibilidad de las ofertas, lo que implica desigualdades entre los diferentes países. Además, normalmente estos sistemas de precios diferenciales toman como referencia el precio "europeo", con respecto al cual se calcula el porcentaje de reducción. Esto quiere decir que no se toma en cuenta la accesibilidad real (asequibilidad) en los países interesados. Para que fuera así, los precios tendrían que ser establecidos según la capacidad adquisitiva de cada país.

b. Hacer pleno uso de las salvaguardas contempladas en el **Acuerdo de los ADPIC**. Desde la adopción de la Declaración de Doha relativa al Acuerdo sobre los ADPIC y la salud pública (noviembre, 2001), los países en vías de desarrollo tienen derecho a hacer pleno uso del Acuerdo de los ADPIC de manera que proteja la salud pública (licencias obligatorias, según el art. 31 ADPIC y art. 5 Convención París; los países puede elegir su propio régimen para las importaciones paralelas según el art. 6 ADPIC). Sin embargo, aún queda un problema sin resolver: la producción de medicamentos para la exportación a países que tienen poca o nula capacidad de producción local (después de 2005). Durante el año 2002 ha habido un claro intento por parte de Estados Unidos y respaldado por la Unión Europea de restringir la solución a dicho problema a un número limitado de países y un número limitado de enfermedades : prácticamente para todas las enfermedades incluidas en la lista no existe tratamiento o los tratamientos existentes son tan viejos que ya no están bajo patente. Además, hay tentativas de desarrollar otros acuerdos internacionales regionales, como el ALCA (Acuerdo de libre comercio de las Américas), que son más restrictivos que el propio ADPIC con respecto a la propiedad intelectual.

c. Estimular la competencia con **medicamentos genéricos** y garantizar compras a grandes cantidades: Dentro de marco del "Proceso de negociación conjunta para el acceso a medicamentos antirretrovirales y reactivos en la subregión andina, Argentina, México, Paraguay y Uruguay" se ha logrado reducir, a nivel de esta región continental, los precios de esquemas de triple terapia de primera línea

en una cantidad que varía entre el 30 y el 92 %. Mientras el coste previo de la triterapia estaba en unos 1.000-5.000 dólares por paciente y año, ahora se encuentra entre 350- 690 USD/paciente/año. Esto se traduce en que 150.000 personas más con VIH/SIDA en la región podrán tener acceso a tratamiento antirretroviral. Es interesante destacar que las compañías multinacionales, a excepción de Abbot, rechazaron la participación en este tipo de modelo.

Sin embargo, al intentar llevar a cabo estas estrategias nos encontramos con el gran problema de la **privatización de la gestión de los medicamentos**. La lógica privatizadora amenaza con excluir del acceso a los medicamentos a las poblaciones con menos recursos. Nos encontramos ante un conflicto entre compromisos internacionales y políticas concretas de los grandes organismos internacionales. Se precisa de una clara voluntad política y una concepción del medicamento en su acepción más humana dejando al lado el interés económico.

*“Seamos francos: aunque millones y millones de personas no tengan acceso a medicamentos esenciales y vitales, éstos existen. Ello supone para el sistema de mercado global un problema moral, un problema político y un problema de credibilidad.”*

Gro Harlem Brundtland, Ex Directora General de la Organización Mundial de la Salud

Fuente: Médicos Sin Fronteras

De modo paralelo a la crisis del Estado y a la privatización de muchos de sus servicios, los **procesos de descentralización** surgen como alternativa de gestión. El traspaso de responsabilidades de autoridades centrales a autoridades locales, no obstante, difiere en su calidad y eficacia según el país que estudiemos. En el caso de la República Dominicana, la descentralización del sector salud se ha visto dificultada por un cambio político (ver Cuadro) En general, podemos sostener que la falta de recursos humanos, técnicos y económicos hace que este proceso de descentralización sea un impedimento más para el desarrollo de unos servicios sanitarios de calidad.

### **La descentralización de los servicios de salud**

Una de las tendencias más relevantes que ha aparecido en los últimos años en la gestión de los servicios de salud de los países Sur, sobre todo en América Latina, es la **descentralización de dichos servicios de salud**. En teoría tiene un doble objetivo: mejorar el servicio acercándolo a los ciudadanos para que responda a sus demandas y expectativas, y utilizar los limitados recursos de salud de una manera más eficiente.

Para conseguir una descentralización que pueda responder a las expectativas se necesitan fundamentalmente 4 condiciones:

- Una voluntad política firme y consensuada de todos los partidos políticos para realizar esta descentralización y una estrategia bien definida para hacerla operativa.
- Un proceso previo de formación y capacitación de todo el personal que vaya a estar implicado, incluyendo a los gestores y a los administradores.
- Recursos suficientes en cantidad y calidad para conseguir los objetivos. Estos recursos deben ser tanto económicos, como técnicos y humanos.
- La participación real en todo el proceso de la población y de la sociedad civil.

Desgraciadamente, la mayoría de los procesos de descentralización de los servicios de salud no se han realizado basándose en estos principios, lo que ha generado desconcierto tanto en los agentes que lo tienen que desarrollar como en la población que debe participar y recibir ese servicio.

En El Salvador, por ejemplo, existe la inercia de los servicios de salud estatales de mantener los resortes del poder, lo que lleva a hacer una descentralización más teórica que práctica que no puede cumplir los objetivos marcados. Esta actitud se plasma en la falta de recursos económicos para poder desarrollar planes propios de salud y en una carencia de la formación necesaria sobre todo en aspectos administrativos y de gestión de las municipalidades que deben garantizar las unidades de salud y por lo tanto la salud de sus habitantes.

Otras veces ha sido el componente político el que ha influido negativamente en el proceso de descentralización. En República Dominicana, cuyo proceso comenzó a principios de los 90, se promovieron normativas claras a favor de la descentralización, se incrementaron los recursos económicos y se generó un proceso de formación del personal. No obstante, los resultados se ralentizaron debido a cambios del partido en el poder que provocó dos consecuencias negativas. Por una parte, y para demostrar que ha existido una aportación del nuevo gobierno, se ha querido incorporar nuevos elementos al proceso de descentralización. Por otra, este cambio de gobierno generó la sustitución de todo el personal que pudiera tener alguna responsabilidad, lo que supuso volver a formar a ese personal en el proceso de descentralización, produciendo una paralización en la implementación del mismo.

Todos estos problemas, a los que se les puede sumar la no participación de la sociedad civil, o la utilización de la descentralización para promover la privatización de los servicios de salud, nos indican que, lejos de ser la panacea que parece, es necesario mantener un control efectivo sobre estos procesos de descentralización y sobre las consecuencias tanto positivas como negativas que se pueden derivar de los mismos.

Fuente: Medicus Mundi

#### **4. La implicación del sector privado en la salud**

La implicación del sector privado en el sector salud en los países en vías de desarrollo es una fórmula muy extendida y que cada vez está adquiriendo mayor importancia. Los partenariados público-privados surgen como respuesta a los llamamientos realizados desde diferentes agencias de Naciones Unidas, como la OMS, y por iniciativa propia de fundaciones y entidades filantrópicas como la Fundación Rockefeller, la Fundación Bill Clinton o la Fundación Bill y Melinda Gates. En el caso español, este tipo de agentes del sector privado hasta el momento no tiene especial relevancia.

Los partenariados globales en salud o GPPP<sup>23</sup> son relaciones de colaboración que trascienden las fronteras nacionales y agrupan al menos a tres partes – entre ellas una empresa y/o asociación de carácter industrial y una organización intergubernamental- para lograr el objetivo compartido de crear salud basados en una división del trabajo definida de manera explícita y consensuada.<sup>24</sup>

En la actualidad hay casi un centenar de estas alianzas funcionando, la mayoría de ellas destinadas a la lucha contra el VIH/SIDA, la malaria y la tuberculosis en países en desarrollo.

Esta práctica se extiende cada vez más ante la falta de servicios básicos, los intereses de las empresas y el papel menos relevante del Estado, lo que hace que la actuación de las multinacionales y las fundaciones privadas esté siendo cada vez más determinante en el desarrollo del sector salud en el Sur. Por encima del desarrollo que supone la cooperación internacional y las políticas de ayuda oficial, la intervención del sector privado es uno de los pilares más importantes de la salud en los países del Sur. No obstante es muy difícil cuantificar la cantidad total proveniente del sector privado dada la falta de transparencia y de regulación internacional de esa actividad.

Una de las tendencias observadas es el proceso de privatización que tiene lugar en los servicios sanitarios. El Acuerdo general sobre el comercio de servicios (AGCS), negociado en la Organización Mundial del Comercio (OMC), supone el marco por el que iniciativas futuras en el Norte ya están teniendo lugar en países del Sur.

23. Global Public and Private Partnerships.

24. "La OMS y los GPPP". Kent Buse y Gill Walt. 2002.

## **El efecto del acuerdo general sobre el comercio de servicios (AGCS) sobre los servicios de salud en los países empobrecidos**

La Organización Mundial del Comercio (OMC), desde su nacimiento en el marco del llamado Tratado de Marrakech, fue dotada de un gran número de competencias, de forma que solo unas cuantas actividades humanas escapan a su influencia. La esencia de esta Organización la constituyen una serie de acuerdos, complementados entre sí, con la finalidad de liberalizar el comercio mundial suprimiendo las barreras al mismo y aplicando a todas las actividades de su ámbito el principio de la competencia y las leyes del mercado.

El AGCS es un acuerdo-marco destinado a ser continuamente "mejorado" en el sentido de "una liberalización progresiva" como específica, resultando el mismo clarificador que el Ministerio de Comercio de los EE.UU. lo defina como el acuerdo diseñado para reducir o eliminar aquellas medidas gubernamentales que impidan que los servicios sean suministrados "libremente" y a través de las fronteras nacionales. La novedad de este acuerdo no estriba en la liberalización y privatización de servicios, cosa que ya vienen haciendo muchos gobiernos, sino en que otorga a este proceso un marco institucional, con compromisos formales que se aplican a todos los países de la OMC y a los que se subordinan las políticas nacionales.

Los servicios de salud son susceptibles de ser liberalizados bajo la aprobación del AGCS. Las normas de este acuerdo constituyen un marco general que tiene por finalidad limitar la capacidad de regulación de los poderes públicos sobre el comercio de servicios aunque esa regulación tenga que ver con aspectos esenciales como la salud pública. El acuerdo limitará las subvenciones públicas para asegurar la prestación de los servicios liberalizados. Sin embargo, forma parte de la esencia de los servicios públicos el ser subvencionados a través de los presupuestos generales siendo uno de los medios del Estado para hacer una redistribución de la riqueza y garantizar así el acceso universal y el tratamiento igualitario en la provisión de los mismos.

Reconociendo el acceso a una salud de calidad como uno de los derechos humanos, parece que los posibles efectos positivos de la liberalización del sector público de la salud en los países más empobrecidos, no compensa sus probados efectos negativos. Es lógico pensar que los países menos desarrollados y sus empresas no se podrán beneficiar de la venta internacional de servicios de salud, ni de la exportación de los servicios de sus profesionales en esta materia. Muy por el contrario, es evidente que los efectos producidos por la incorporación de las empresas privadas a la prestación de servicios de salud incrementarán los conflictos de intereses entre las presiones comerciales y los objetivos de la salud pública.

Además, la experiencia demuestra que en aquellos casos (p.ej. Zimbabwe, Vietnam) en los que se ha institucionalizado una política de recuperación de costes en países en vías de desarrollo, los efectos han sido desastrosos, impidiendo que miles de personas accedan a la atención sanitaria.

Es muy probable que el comercio de los servicios de salud incremente los problemas que de por sí ya sufren muchos de los sistemas de los países más empobrecidos. Los gobiernos de estos países no podrán desarrollar libremente sus objetivos sociales, ni tampoco podrán establecer el acceso universal a los servicios públicos esenciales, entre ellos la salud.

Fuente: Médicos del Mundo a partir de Attac Madrid; "*The Wrong Model, GATS, trade liberalisation and children's right to health*", John Hilary, Save the Children

Un aspecto aún confuso en este tipo de alianzas es esclarecer quién determina las prioridades sectoriales sobre las que trabajar así como la metodología a emplear. Otras polémicas son el posible conflicto de intereses que se podría crear en los partenariados en los que la parte privada está constituida por una empresa o un grupo de empresas y el papel que deberían jugar las organizaciones de la sociedad civil.

Esto supone un riesgo para la equidad y el acceso no discriminatorio a la sanidad, pues no existen garantías de que se abastezca de los servicios necesarios a toda la población. Si los servicios sanitarios obedecen a la lógica del beneficio empresarial es muy probable que amplios colectivos con escaso poder adquisitivo no accedan a los servicios básicos y a los medicamentos necesarios.

Existen, no obstante, tratados de organizaciones internacionales que sientan las bases de una conducta ética de las empresas tanto para sus trabajadores como para la comunidad en la que llevan a cabo su actividad industrial: las "Directrices de la OCDE para empresas multinacionales" (2000), la "Declaración tripartita de la OIT sobre empresas internacionales y política social" o la publicación del "Libro Verde: Fomentar un marco europeo para la responsabilidad social de las empresas" de la UE. Pero, dado el ámbito de la privacidad donde se quiere que actúen, carecen de carácter vinculante y por lo tanto sólo queda confiar en la buena voluntad de las empresas.

El papel de los organismos internacionales se limita con frecuencia a la coordinación y organización de iniciativas privadas. Las instituciones sanitarias y las ONG tendrían por tanto un papel de asesoría o consultoría ante la acción legitimada de las empresas multinacionales y sus fundaciones.

El "Pacto Global" de las Naciones Unidas y la "Iniciativa Global por la Salud" del Foro Económico Mundial son dos de los ambiciosos programas creados

a tales efectos. Su objetivo principal es conseguir que el sector privado interactúe y logre una integración plena en el ámbito de la salud para alcanzar acuerdos comerciales comunes en la reducción de las enfermedades más extendidas. Así, en la web de ONUSIDA podemos encontrar un motor de búsqueda para que el sector privado encuentre países del Sur y sectores en desarrollo y evalúen posibles oportunidades de negocio.<sup>25</sup>

#### **4.1. El Fondo Global para la lucha contra el VIH/SIDA , la tuberculosis y la malaria<sup>26</sup>**

Se trata de un fondo creado por iniciativa del Secretario General de las Naciones Unidas con el fin de dirigir y aunar esfuerzos económicos en la lucha contra estas tres enfermedades. Establecido en 2002, supone la creación del primer gran fondo público y privado, según su normativa, a través del cual actuarán empresas, organismos públicos de sanidad y organizaciones no gubernamentales. Además de ser un instrumento de coordinación entre el sector privado y el sector sanitario público, otro de sus objetivos es establecer un proceso rápido y eficaz para realizar desembolsos minimizando los gastos de las transacciones. Según sus principios funcionará en coordinación con los planes nacionales de salud.

A través de un comité de selección se elige un representante de las ONG del Norte y uno de las ONG del Sur. Hay un representante de las comunidades conviviendo con las realidades del sida, la tuberculosis y la malaria y una delegación del sector privado. El mayor peso en la toma de decisiones recae en los representantes de los países donantes a quienes se adjudican 14 de los 18 votos en el Consejo de Administración, órgano central del fondo. Las ONG tienen derecho a dos votos, la misma representación que el sector privado.

En el pliego de compromisos para el periodo 2003-2008 aparecen 34 países donantes, aunque EEUU con una donación de 15.000 millones de dólares, es el máximo donante, dando a los demás un mero carácter simbólico.

En la cuenta de donantes se incluyen los compromisos de la Comisión Europea y la Fundación Bill y Melinda Gates. Esta fundación es la única que gestionará su donación a través del Banco Mundial, quien albergará la cuenta principal del fondo; el resto lo harán a través de la Fundación de la ONU. Desde aquí se gestionará también las donaciones hechas por particulares, corporaciones, otras fundaciones y ONG.

25. [www.un.org/partners/civil-society/ngo/un aids.htm](http://www.un.org/partners/civil-society/ngo/un aids.htm)

26. <http://www.globalfundatm.org/>

La participación de España es de 50 millones de dólares que serán donados en dos pagos con cargo al FAD: uno de 35 millones en 2003, ya realizado, y otro de 15 millones en 2004. Esta participación supondrá parte relevante de la AOD multilateral de estos años. No obstante, esta contribución, al igual que la hecha por otros países donantes, es considerada insuficiente según la Campaña *Fund the Fund* que surge de diversas organizaciones sociales reunidas a principios de 2003 y que confirman que es necesario aumentar los recursos económicos del Fondo Global a partir de contribuciones mayores de los países. Es necesaria una respuesta más equitativa de los donantes para que la lucha contra las tres enfermedades sea efectiva. Para el caso de España se recomienda que su aportación suponga el 1,8% del total del fondo<sup>27</sup>. En el pliego de recomendaciones de la campaña se calcula que España debería contribuir con un mínimo de 47 millones de dólares en el año 2003 y aumentar considerablemente esta contribución durante los años posteriores.

Un dato a destacar es que no aparecen entre los financiadores ningún gobierno de países latinoamericanos a pesar de tener algunos altas tasas de incidencia de aida, aunque entre los miembros del Consejo se encuentran miembros del programa brasileño contra el sida que representan a esta región.

## **4.2. El Pacto Global**

El Pacto Global se crea en 2003 y está formado por su oficina central y cuatro agencias de la ONU: el Alto Comisionado para los refugiados (ACNUR), la Organización Internacional del Trabajo (OIT), el Programa para el desarrollo (PNUD) y el Programa para el Medio Ambiente (PNUMA). En el pacto participan gobiernos, organizaciones de la sociedad civil y empresas, de las que 119 son españolas. Se basa en nueve principios relacionados con los derechos humanos y los acuerdos internacionales y supone una iniciativa voluntaria a la que pueden adherirse empresas multinacionales y agentes de desarrollo.

Su objetivo es encontrar modos de funcionamiento más sostenibles e inclusivos en los mercados a partir de un trabajo conjunto más eficaz entre los diferentes actores sociales. El Pacto Global no evalúa ni controla las actividades de las empresas, su fin se basa en la promoción de actuaciones conjuntas entre los distintos actores y en influir en las actividades empresariales cumpliendo los principios de su fundación.

27. Este cálculo se ha hecho a partir del PIB de cada país. Para ver los compromisos que se recomiendan a otros países se puede consultar la web de la campaña: [www.fundthefund.org](http://www.fundthefund.org).

### **4.3. La Iniciativa Global por la Salud**

Se trata de otra de las iniciativas más relevantes en el ámbito internacional y se basa en el principio de la empresa como actor esencial en la reducción de los efectos adversos provocados por las enfermedades y la pobreza en los negocios. La Iniciativa Global por la Salud surge en el año 2001 y está promovida por el Foro Económico Mundial, en colaboración con ONUSIDA, el programa "Paremos la tuberculosis" y "Roll Back Malaria" de la OMS, además de un gran número de empresas multinacionales y fundaciones privadas entre las que destacan la compañía Coca-Cola, Exxon Mobil, Nestlé, Nike, Novartis y Unilever entre otras.

Para su fundación se trabajó además con otros programas que engloban partenariados entre el sector privado y la salud entre los que destacan la "Iniciativa Internacional por la vacuna del sida" (IAVI), la "Alianza Global por las Vacunas y por la Inmunización" (GAVI), la "Empresa de Medicinas para la Malaria" y el "Foro Global de Negocios por el VIH/SIDA".

El ámbito de actuación es similar al del Fondo Global contra la malaria, la tuberculosis y el sida, pues su objetivo es incidir en el sector privado para que actúen en la lucha contra estas enfermedades. La Iniciativa Global coordina planes entre organismos sanitarios nacionales y multinacionales con intereses en el mismo país, promueven partenariados dentro del sector privado y ofrecen oportunidades de negocio en países del Sur.

### **4.4. La Iniciativa sobre medicamentos para enfermedades olvidadas (DNDi)<sup>28</sup>**

La Iniciativa sobre medicamentos para enfermedades olvidadas nace a principios de julio de 2003 como una nueva organización sin ánimo de lucro orientada al desarrollo de medicamentos para enfermedades que afectan a los más pobres del mundo y que quedan fuera de los estudios de mercado realizados por la industria privada.

La primera fase de la DNDi será supervisada por seis especialistas de las instituciones fundadoras (el Consejo Indio para la Investigación Científica, el Instituto Pasteur de Francia, el Instituto de Investigación Médica de Kenya, Médicos Sin Fronteras, el Ministerio de Salud de Malasia y la Fundación Oswaldo Cruz de Brasil) Serán nombrados también socios fundadores un representante de la DNDi en África y un representante y afectado por una enfermedad olvidada del Sur.

28. Drugs for Neglected Diseases initiative.

Esta iniciativa también colaborará con el Programa Especial para la Investigación y la Formación en Enfermedades Tropicales (TDR) del PNUD, del Banco Mundial y de la OMS.

La organización pretende enfrentarse al problema de que sólo el 10% de la investigación se orienta a enfermedades responsables del 90% de la carga global de enfermedad. Para ello se destinarán unos 250 millones de dólares americanos en un período de 12 años a fin de desarrollar 6-7 fármacos para combatir la enfermedad del sueño, la leishmaniasis, y la enfermedad de Chagas, tres enfermedades mortales que amenazan la vida de 350 millones de personas cada año.

Con el fin de aumentar las posibilidades de éxito a corto y medio plazo, la organización se apoyará en compuestos ya existentes y en la identificación de nuevas entidades químicas para futuros medicamentos.

#### **4.5. Las fundaciones privadas**

El papel de las fundaciones adquiere especial relevancia en el sector salud, sobre todo en lo relacionado con la erradicación de las tres enfermedades ya citadas. En este sentido existen varios niveles de intervención. Las fundaciones pueden actuar como financiadoras de proyectos del sector salud, como colaboradoras de las acciones de organizaciones no gubernamentales o como ejecutoras de planes de salud, cuyo ámbito de actuación puede alcanzar al nivel nacional. Las actuaciones a nivel nacional suponen la organización de sistemas de salud de acuerdo con los planes que ellas mismas redactan. La decisión de los gobiernos de países en vías de desarrollo se ve constreñida por el potencial económico y la capacidad institucional de las grandes organizaciones.

Por otro lado la situación crítica de sus sistemas de salud, los hace especialmente vulnerables a la acción establecida desde los centros de decisión del sector privado.

#### **4.6. Objetivos de la implicación del sector privado en la salud**

Las intervenciones del sector privado obedecen, en muchas ocasiones, a intereses económicos y objetivos comerciales. En iniciativas como la del Foro Económico Mundial este fin se explicita en su estrategia al afirmar que uno de los mayores riesgos de no tomar medidas ante la pandemia del sida es la disminución de la mano de obra y el descenso del mercado y de los consumidores<sup>29</sup>. Este es un argumento

29. <http://www.weforum.org/site/homepublic.nsf/Content/Global+Health+Iniciative>.

ampliamente utilizado para justificar la actuación del sector privado en sus intervenciones en salud. "¿Por qué debería preocuparle a los ejecutivos el sida? Porque está acabando con los principios racionales de la estrategia de la globalización: mano de obra barata y mercados de rápido crecimiento".<sup>30</sup>

En este artículo se hace un exhaustivo cálculo de cómo el sida afecta a la productividad y por qué, en términos de rentabilidad, es efectivo invertir en prevención y tratamiento de la enfermedad. Se definen los costos de vida en términos económicos y como pérdidas para la empresa, así la expansión del sida supone pérdidas potenciales de beneficios. A partir de lo que llaman la *Tasa sida* se concluye que la única solución para evitar estas pérdidas es la respuesta de las empresas en la lucha contra la enfermedad.

Buena parte de la implicación del sector privado y de las fundaciones derivadas de las grandes multinacionales en la salud de los países del Sur responde a la lógica empresarial y no a los principios de reducción de la pobreza y *salud para todos y todas*<sup>31</sup>.

Todas las iniciativas presentadas tienen el elemento común de aglutinar a actores tan diversos y diferentes como agencias de Naciones Unidas, gobiernos, ONG, fundaciones y empresas multinacionales, es decir, instituciones públicas e instituciones privadas. Llama la atención que las mismas entidades participen en diferentes iniciativas cuando supuestamente el fin de todas ellas es el mismo y los medios apenas difieren. El acceso a los servicios de salud es un derecho humano fundamental y, por ello, los gobiernos tienen la obligación de garantizar la prestación de estos servicios a sus ciudadanos. Resulta cuando menos incoherente que las mismas instituciones que solicitan la reducción de las subvenciones públicas a los servicios sociales básicos promuevan al mismo tiempo iniciativas como las anteriormente indicadas a favor de la salud de los más desfavorecidos, aunque esta incoherencia *desaparece* de alguna manera cuando lo que se refuerza con este tipo de iniciativas es la presencia y el peso de las instituciones privadas en el contexto internacional, dejando a los Estados en un segundo plano y comprometiendo los sistemas de sanidad pública.

30. Rosen, S. Simon, J. Vincent JR, Macleod, W., Fox M., y Thea DM (2003) "El SIDA es tu negocio" en *Harvard Business Review*, Febrero.

31. OMS y UNICEF (1978) Conferencia de Alma Ata.

## La Fundación Clinton y el caos de Mozambique

La fundación del ex presidente de Estados Unidos va a llevar a cabo un plan de cinco años de duración en el sector salud de Mozambique, con el fin de cubrir una población de 295.000 pacientes VIH+, de los cuales 112.000 recibirán el tratamiento con antirretrovirales de alta efectividad (HAART).

Mozambique es uno de los países más afectados por la pandemia del sida. Aunque su situación no es la más crítica del continente africano, según datos oficiales aproximadamente 1,4 millones de personas están infectadas, lo que supone un 8% de la población total. Es también uno de los países más pobres con un Índice de Desarrollo Humano en 2002 de 0,32 y su sistema sanitario es muy precario. Por otro lado representa un caso exitoso en cuanto a estabilidad política, y detenta la voluntad explícita de la lucha contra el sida. Una de las máximas prioridades del gobierno del país es la erradicación de la pobreza y la lucha contra la enfermedad y muestra de ello son el programa PARPA y el Consejo Nacional de Sida.

La Fundación Clinton en su plan destaca el éxito de los organismos nacionales de salud a pesar de la escasez de recursos y propone complementar las actuaciones nacionales mediante la provisión de equipamientos y medicinas, de los que será principal suministrador. Introduce una reestructuración del sistema y, según las bases del plan, establecerá una nueva organización del sistema nacional de salud en dos niveles: 1) básico, preventivo y curativo y 2) servicios especializados. Esta iniciativa se complementa con los compromisos del Fondo Global para la lucha contra el sida, la tuberculosis y la malaria.

El diseño propuesto por la Fundación Clinton parece similar al programa nacional de salud y centraliza gran parte de la actividad sanitaria en los llamados "hospitales de día", que ya preveía el plan mozambiqueño. Introduce la figura de los centros de salud como un instrumento más para los cuidados domiciliarios y los sitúa como intermediarios para acceder al hospital de día. Una de las novedades que introduce la fundación es la inclusión de la salud mental dentro del circuito de instituciones sanitarias. La red integrada de la sanidad nacional se ve modificada en algunos aspectos por el plan de la Fundación Clinton, ya que su propuesta como donante dota de nuevos recursos a la sanidad del país.

El plan de la Fundación Clinton trata de integrar en este diseño los cuidados básicos y los más especializados y crear una red para tratar los efectos de la enfermedad y su tratamiento. Como eje transversal a toda la propuesta, la educación, la comunicación y la información han de ser fluidas entre todos los centros tal y como propone el plan nacional. La fundación se encargará de costear el grueso del gasto de medicamentos y tratamientos.

Aunque los resultados de este programa pueden ser muy satisfactorios en el tratamiento del VIH/SIDA en Mozambique, los cambios impuestos en la estructu-

ra nacional de atención sanitaria, más aún cuando ésta había sido consensuada por los diferentes actores implicados (ONGD), son un claro ejemplo de la injerencia de las iniciativas privadas en los sistemas públicos de salud. Es necesario que las propuestas de estas entidades privadas se ajusten a los sistemas y a las políticas locales, y que supongan un apoyo a los programas que ya existen.

Fuente: Strategic Plan for Scaling-Up HIV/AIDS  
Care and Treatment in Mozambique. Business Plan 5.2. 24 March 2003. DRAFT



# La salud en la cooperación española

## Introducción

Hasta 1998 la cooperación al desarrollo española estaba regulada por decretos o proposiciones no de ley. En ese año se promulga la **Ley de Cooperación Internacional para el Desarrollo** (Ley 23/98), donde se encuentran las bases que rigen la cooperación española.

Como ya se analizó en *La salud en la cooperación al desarrollo española. Informe 2002*, la Ley de 1998 establece el objetivo general en materia de cooperación, los principios que han de guiarla, las prioridades sectoriales y geográficas y los actores de la cooperación, entre los que se encuentran los agentes no gubernamentales de cooperación. Se establecen también la redacción de los Planes Directores y Planes Anuales de Cooperación Internacional (PACI) donde se analizan las líneas y ámbitos de actuación además de las partidas presupuestarias.

La Ley de Cooperación ha sido muy valorada en el ámbito internacional y se pone como ejemplo a seguir de países sin regulación en materia de cooperación al desarrollo. Así lo destaca el CAD en su informe: “pocos países miembros del CAD han introducido una ley tan exhaustiva y vinculante en materia de cooperación al desarrollo, por no hablar de una planificación anual o multianual del sistema de ayuda en su conjunto” (OCDE, 1998: 13).

En materia de salud la ley no hace ninguna referencia explícita a ésta como eje fundamental del desarrollo. No es así en el Plan Director vigente (2001–2004) donde la salud aparece dentro del apartado “Prioridades sectoriales” junto con educación y ayuda alimentaria, entre otras.

En el primer semestre de 2003, tras un largo proceso consultivo de casi un año, sale a la luz la **Estrategia de la Cooperación Española en Salud**, lo que supone el cumplimiento del mandato recogido tanto en la Ley de Cooperación como en el Plan Director.

## 1. La estrategia de la cooperación española en salud

En la primera edición del informe “La salud en la cooperación al desarrollo española” (2002) se recogía una serie de recomendaciones consideradas necesarias para mejorar la calidad de la cooperación española en el sector salud. La primera de estas recomendaciones señalaba la necesidad de “*una política sectorial en materia de salud coherente con las prioridades establecidas en la Ley de Cooperación Internacional al Desarrollo y los compromisos internacionales, que guíe las actuaciones de los distintos actores e instrumentos a través de los que se canaliza la ayuda*”.

En mayo de 2003, la Agencia Española de Cooperación Internacional publicó la “Estrategia de la Cooperación Española en Salud”. La publicación de este documento es por sí misma positiva, como lo es el proceso de elaboración que se ha seguido a lo largo de los primeros meses del año, en el que se ha dado la oportunidad de participar a los diferentes actores de la cooperación en salud, como ONG, escuelas de salud pública o universidades entre otros. No obstante, es de esperar que en el futuro la participación de la sociedad civil sea más activa, su papel no sea meramente consultivo y se optimice la experiencia y conocimiento que estos actores tienen del sector.

Esta Estrategia, de cuatro años de duración, surge ante la demanda de una coordinación entre los distintos actores que ejecutan acciones de cooperación al desarrollo en el sector de la salud y como instrumento para establecer una guía de actuación de la cooperación española en el sector de la salud. En ella se especifica su objetivo general, sus principios fundamentales y sus líneas estratégicas.

Así, define como el objetivo principal “establecer un marco de actuación común para el conjunto de los actores de la cooperación española en dicho sector, de modo que sus intervenciones sean coherentes con las de los organismos internacionales y del resto de los donantes, incrementando así su impacto en la lucha contra la pobreza” (AECI, 2003a). Para ello, se prevé la creación de un grupo de trabajo en salud dentro de la Comisión Interministerial y la Comisión Interterritorial.

## **Cuadro 2. Los Principios de la Estrategia de la Cooperación Española En Salud**

1. Lucha contra la pobreza	Priorizar la atención primaria en salud, la lucha contra las enfermedades infecciosas, la salud reproductiva y las enfermedades infantiles.
2. Equidad en salud	Equidad en el acceso, uso y resultado de servicios con independencia de la etnia o la cultura.
3. La solidaridad y sostenibilidad del sistema de salud	
4. La especial atención a la mujer en la cooperación sanitaria	La salud materno infantil y reproductiva. La mujer como agente sanitario básico.

5. La integración entre niveles asistenciales	Establecer procesos entre la medicina tradicional, la atención primaria y la atención especializada.
6. Refuerzo de la participación ciudadana y control social del sistema sanitario	Impulso de la sociedad civil y cambio de hábitos y estilos de vida no saludables.
7. Eficacia de las intervenciones	Adecuación de las acciones, apoyo a administraciones públicas con voluntad política para crear un sistema de salud eficiente. La C.E. trabajará también en los ámbitos donde se ha alcanzado reconocimiento internacional. Concentración en zonas geográficas y adquisición de un enfoque multisectorial.
8. Coordinación interna	Coordinación tanto de los agentes de cooperación como de las fuentes de financiación.
9. Coordinación internacional.	Coordinación a nivel mundial. Reivindicación de la cooperación en países de renta intermedia, por encontrarse estos menos dependientes de la AOD y por tanto menos incentivados para establecer mecanismos de coordinación y programas sectoriales.

### 1.1. Consideraciones generales

Como comentario general, la estrategia debería reflejar claramente dos aspectos fundamentales que no aparecen detallados en su texto: el incremento del grado de compromiso público del Estado español en lo que a cooperación en salud se refiere (no comenta qué porcentaje del total de la AOD que depende del Estado se va a destinar a salud); y ordenar sus esfuerzos en torno a unos objetivos que deben estar claramente programados, para que realmente se pueda mejorar la eficacia en la lucha contra la pobreza.

La estrategia propuesta por la AECl se asemeja por su contenido más a un marco estratégico o institucional para la cooperación española en salud que a una estrategia en sí misma. A pesar de que se señala que la duración de la estrategia será de 4 años, no se identifican ni objetivos intermedios ni las líneas presupuestarias necesarias para alcanzar dichos objetivos. Esperamos que, en la formulación de las estrategias específicas de cada país y del “mapa de necesidades y proyectos de la cooperación española en cada país prioritario” (AECl, 2003a: 53) durante el primer año, se desarrolle la operatividad de la estrategia. En caso contrario, la estrategia no dejará de ser una declaración de intenciones.

Relacionado con este mapa de necesidades, merece la pena destacar la participación del Ministerio de Sanidad y Consumo en la elaboración de la estrategia, recuperando de alguna manera un papel que ya había desempeñado en anteriores etapas. El Ministerio de Sanidad puede y debe asesorar a la AECI en el diagnóstico por país que se estaría realizando de cara a establecer un mapa de prioridades. De todas formas, este proceso debería haber sido anterior a la elaboración de la estrategia, que debería estar basada en las necesidades identificadas en los diagnósticos de salud de los países prioritarios según el Plan Director. A la hora de elaborar los mapas de necesidades y actuaciones prioritarias resultaría positivo que, además de la participación del Ministerio de Sanidad, se contara con la experiencia y conocimiento que sobre muchos países tienen algunas ONG.

Evidentemente, los respectivos Ministerios de Sanidad locales deberían tener un papel fundamental y de llave en todo el proceso.

Resulta positivo que funcionarios del Ministerio de Sanidad y Consumo participen en las actividades de la AECI “con el fin de prestar apoyo en las tareas de identificación y seguimiento de los proyectos sanitarios” (AECI, 2003a: 64) ya que en la mayor parte de las ocasiones los proyectos enmarcados en el sector salud son evaluados por técnicos formados en cooperación pero sin conocimientos sanitarios.

Asimismo, resulta positivo que se prevea una formación específica en cooperación para aquellos funcionarios de Sanidad que vayan a colaborar en estas tareas, y una formación en materia sanitaria para los técnicos y responsables de la AECI y de la cooperación descentralizada (AECI, 2003a: 41).

A lo largo del documento se cita de manera reiterada el papel de los organismos internacionales que trabajan el sector salud y la contribución española a estos organismos. Sería deseable que además de las contribuciones económicas, España participara activamente en la definición de los nuevos planes y estrategias internacionales en el sector salud. Además la cooperación española debe desarrollar un sistema de financiación en el que las aportaciones a estos organismos internacionales se puedan compatibilizar de manera eficiente con intervenciones directas con una mejor relación coste/efectividad.

Si el objetivo de esta estrategia es conseguir un mayor impacto en la lucha contra la pobreza, las intervenciones que se enmarquen en ella deberán concentrarse en las poblaciones más vulnerables de los países de ingreso medio y también en los países menos avanzados, cosa que no se desprende de la lectura de la estrategia, sino que parece que se continuará dando prioridad a los países de renta media o media baja.

Resulta, no obstante, muy positivo que se señale de manera oficial la necesidad de **concentrar actividades en grupos de población especialmente vulnerables: niños y adolescentes, mujeres e indígenas, especialmente en zonas rurales.**

Esta estrategia pretende ser un marco que abarque todo el ámbito estatal. Sin embargo, existen **diferencias** en lo que a prioridades sectoriales y geográficas se refiere entre **la AECE y las comunidades autónomas**. Aunque en el documento se señala la necesidad de mecanismos de coordinación, no se especifica cuáles, sobre todo en aquellos casos en los que las prioridades no coincidan.

En cuanto a la **perspectiva de género**, se precisa que haya una visión de género integrada en toda la estrategia de salud. Esta debería de haber incorporado varios elementos que ya fueron asumidos en cumbres internacionales, como la Cumbre de Beijing de 1995. No podemos reducir la salud femenina exclusivamente a salud materna, ni considerar a la mujer como un sujeto aislado en los procesos de desarrollo. "Las diferencias de los perfiles de salud y enfermedad de hombres y mujeres están relacionadas (salvo para los trastornos o enfermedades exclusivas de cada sexo) con la interacción entre los determinantes biológicos y las construcciones sociales diferenciadas de cada género" (Sojo et al., 2002: 30). Por otra parte, el empoderamiento real de la mujer y su participación efectiva en las políticas de salud son elementos clave para el desarrollo equitativo de las sociedades y para la mejora de la salud de la población general.

## **1.2. Líneas estratégicas de la cooperación española en salud**

Las líneas estratégicas priorizan cuáles deben ser las acciones fundamentales de la cooperación en salud. Éstas aparecen divididas en líneas horizontales, que describen los componentes comunes que deben aparecer en todos los proyectos de salud de la cooperación española; y en líneas verticales o subsectores de salud prioritarios.<sup>32</sup> Su desarrollo, sin embargo, resulta muy general para tratarse de una estrategia.

Dentro de las **líneas horizontales**, destacamos los siguientes aspectos:

i) La estrategia de salud reconoce a los Estados como máximos responsables de la salud de la población y establece como objetivo **fortalecer el papel de la autoridad sanitaria nacional**. Las actividades incluidas en este apartado contribuirían a fortalecer los sistemas de salud. Sin embargo, no se hace ninguna mención específica a cómo se va a promocionar la autosostenibilidad de los sistemas públicos de salud de los países más empobrecidos para reducir su dependencia de los fondos externos.

ii) La salud es un **bien público global**. Se consideran bienes públicos globales aquellos que, una vez producidos, generan beneficios para todos en una forma no limitada, no son excluibles<sup>33</sup> y se trata de bienes no rivales.<sup>34</sup>

32. Para mayor información consultar el Anexo IV. Líneas estratégicas de la cooperación española en salud.

En este capítulo se señala la importancia de la investigación en el sector de la salud "con el objeto de promover la salud como un bien público global, ya que muchas enfermedades trascienden el ámbito de países concretos y afectan también a países desarrollados". Pensamos que, además de que pueda afectar a los países desarrollados, las últimas experiencias de pandemias como el sida nos muestran cómo las enfermedades pueden trascender las políticas nacionales de salud, volviéndose una amenaza para la población mundial y necesitando de soluciones de consenso internacional para evitar y prevenir el sufrimiento de la población.

iii) Desde diferentes ámbitos se ha venido reclamando la **formación de los agentes** de la cooperación. Como ya se ha indicado anteriormente, la mayor parte de las ocasiones los proyectos enmarcados en el sector salud son evaluados por técnicos formados en cooperación pero sin conocimientos sobre salud. En este sentido cabe señalar que en algunos casos los expertos se están vinculando a ONG aunque desarrollen su vida profesional en otros ámbitos. Cabe preguntarse entonces si desde la Administración se va a recurrir a la experiencia de las ONG y de los expertos vinculados a las mismas para la formación de los técnicos de cooperación o los formadores o expertos solamente van a estar vinculados al Ministerio de Sanidad y Consumo, Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación y consejerías de las comunidades autónomas.

En lo que respecta a **las líneas verticales** de la estrategia queremos señalar los siguientes puntos:

i) **Cobertura de enfermedades** prevalentes en los países en desarrollo

### **Enfermedades transmisibles**

Actualmente existe un sistema internacional de alerta y seguimiento de epidemias bastante eficaz tal y como se ha podido comprobar con el brote de SRAS (Síndrome respiratorio agudo severo). La estrategia recoge las iniciativas a emprender de cara a controlar enfermedades como el sida, la malaria y la tuberculosis.

En lo que respecta a la estrategia de lucha contra el VIH/SIDA ésta debería incorporar aspectos de prevención, tratamiento y diagnóstico en los servicios de atención primaria. Centrarse en la evaluación o seguimiento no puede ser la prioridad cuando hay tratamientos y métodos de prevención fiables que deben hacerse accesibles y asequibles en la APS. Además debería contemplarse el apoyo psicológico a las personas que viven con el VIH/SIDA y la lucha contra el estigma y la discriminación como elementos a añadir en la estrategia de lucha contra el sida.

33. No hay fácil modo de impedir el acceso a su consumo por parte de quien lo desee. José Antonio Alonso. La realidad de la ayuda 2002-2003. Intermón-Oxfam.

34. El consumo de un agente no limita las posibilidades de disfrute por parte de otros. José Antonio Alonso. La realidad de la ayuda 2002-2003. Intermón-Oxfam.

En el mundo hay más de 40 millones de personas infectadas por el VIH de las que más del 70% viven en países en desarrollo. Esta es una realidad que no permite políticas dispersas sino articuladas y que trabajen la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la investigación.

### **Enfermedades crónicas no transmisibles**

Es muy positivo que la estrategia contemple la lucha contra enfermedades endémicas en países en desarrollo como el dengue o la enfermedad de Chagas; por su importancia habría que incluir también al menos la tripanosomiasis africana y la leishmaniasis. Sin embargo, no debemos olvidar que las enfermedades diarreicas y las infecciones respiratorias son las principales causas de morbilidad en los países en desarrollo especialmente entre la población infantil y no se les da importancia en el documento.

ii) **Intervención en situaciones y actividades con especial incidencia** en la salud en los países en desarrollo.

### **Promoción de estilos de vida y de medio ambiente saludables**

En este punto cabría puntualizar que, estando de acuerdo en la importancia de la promoción de la salud como uno de los ejes fundamentales para la mejora de la salud de las poblaciones, no podemos contemplar el acceso a agua potable e infraestructuras de saneamiento básico como una mera cuestión medioambiental, sino como uno de los ocho componentes básicos de la atención primaria de salud.

### **Situaciones de emergencia y catástrofes**

El reconocimiento de las "situaciones de emergencia y catástrofes" dentro de las intervenciones verticales supone un avance y quizás un espacio más ganado dentro de lo que será el futuro Plan Director 2005-2009. Sin embargo, la definición y redacción de la ayuda de emergencia como línea estratégica de la cooperación española en salud es insuficiente y sería necesario desarrollar una estrategia específica, como detallaremos en capítulos posteriores.

### **Calidad e inocuidad de los alimentos, medicamentos e insumos**

#### *Inocuidad de los alimentos*

Este apartado resulta incompleto ya que se limita a abordar el problema de la seguridad alimentaria en los países en desarrollo desde la inocuidad de los alimentos cuando el problema es mucho más amplio. Más de 800 millones de personas padecen hambre y 2.000 millones sufren lo que se conoce como hambre oculta. Para la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) el concepto de seguridad alimentaria va más allá de lo que recoge la estrategia de cooperación española, definiéndola como "la situación que se da cuando todas las personas tienen en todo momento acceso físico y económico a suficientes alimentos inocuos y nutritivos para satisfacer sus necesidades alimenticias y sus preferencias en cuanto a los alimentos para llevar una vida activa y sana".

### *Medicamentos esenciales: acceso, calidad y uso racional*

La estrategia se manifiesta claramente a favor del acceso equitativo a medicamentos esenciales en los países en desarrollo. De forma general, el documento aborda los principales puntos para un acceso equitativo a medicamentos esenciales, desde la formulación y aplicación de políticas farmacéuticas hasta el uso racional de los medicamentos. En especial, resulta positivo el hecho de haber definido dos líneas estratégicas específicas en relación a los precios asequibles.

Los medicamentos esenciales son aquellos que satisfacen las necesidades sanitarias de la mayoría de la población y, por lo tanto, el concepto utilizado en la estrategia de “problemas de salud prioritarios” es ambiguo e incluso conlleva el riesgo de poder definir enfermedades y enfermos *más importantes y menos importantes*.

Uno de los principales vacíos en la estrategia es la ausencia de uno de los mecanismos imprescindibles para conseguir medicamentos esenciales a precios asequibles: promover el uso pleno de las salvaguardas contempladas en el ADPIC (Acuerdo sobre los aspectos de los derechos de propiedad intelectual relacionados con el comercio). Consideramos que la estrategia debería incluir asesoramiento técnico para la incorporación de dichas salvaguardas en las leyes nacionales de propiedad intelectual así como apoyo para una aplicación de las mismas, de manera que se garantice la protección de la salud pública frente a otros intereses.

No se aborda la crisis actual en materia de investigación y desarrollo de medicamentos para las enfermedades tropicales de alta prevalencia y/o incidencia en los países en desarrollo. Tampoco se aborda la financiación directa destinada a la compra de medicamentos esenciales ni se menciona el apoyo tanto financiero como técnico que España podría tener en el “*Programa piloto de precalificación de la Organización Mundial de la Salud*”, programa imprescindible para favorecer a los países en vías de desarrollo con la información necesaria a la hora de llevar a cabo la compra de medicamentos esenciales de calidad a precios asequibles.

iii) En lo que respecta a la **salud en la mujer y los programas sobre salud reproductiva** cabría apuntar algunas cuestiones:

Como ya se mencionó anteriormente, es sumamente importante y así es considerado internacionalmente, que “la salud de la mujer” sea afrontada desde una perspectiva integral.

En esta estrategia, la salud de la mujer se concibe como salud reproductiva, valorando a la mujer principalmente por su papel de madre. Así, se propone trabajar temas de salud materna, diagnóstico ginecológico y de cáncer de mama, enfermedades de transmisión sexual y sida. Sólo el tema de la violencia contra la mujer va más allá de salud materna aunque no se entiende como violencia de género. En ningún momento se habla de la importancia del enfoque de género para trabajar salud y la mujer es presentada como “agente de salud en la familia” (AECI,

2003a: 28) y como parte de las poblaciones vulnerables, y no como un elemento transformador de la sociedad.

Al mismo tiempo, que no se haga ninguna mención sobre la salud sexual de la mujer implica que se obvian ciertos problemas que tienen que ver con sus derechos. Una adecuada planificación familiar no sólo permite reducir riesgos para la salud de la mujer y de sus hijos, sino que está íntimamente relacionada con el empoderamiento de las mujeres y la lucha contra la pobreza. Así se señala insistentemente desde la Unión Europea, como aparece en el capítulo 1 de este informe.

Es necesario que la cooperación española incorpore el término de salud sexual y reproductiva que se está utilizando en la Unión Europea, y que supone una concepción más amplia que la actual de salud reproductiva.

### **1.3. La coordinación de los actores de cooperación española**

La cooperación española tiene como peculiaridad la diversidad de actores implicados, diferentes ministerios y organismos de la Administración general del Estado, comunidades autónomas, entidades locales, universidades, ONG y otros. Esta diversidad hace más necesaria si cabe una coordinación operativa que permita optimizar los esfuerzos y recursos invertidos en los programas de desarrollo y ayuda humanitaria. La estrategia de cooperación en salud insiste de manera reiterada y oportuna en este aspecto. Sin embargo, no se especifica cómo se va a desarrollar de manera operativa esta coordinación, qué canales y mecanismos. Este punto debería quedar muy claro en un documento que pretende ser un plan estratégico.

En lo que se refiere a la participación de los diferentes ministerios, cabría quizá insistir una vez más en la crítica a los créditos FAD como herramienta de AOD, especialmente en un sector como la salud que no genera beneficios económicos directos. Evidentemente, la concesión de créditos es un sistema legítimo y respetable de establecer relaciones económicas con otros países y contribuir al desarrollo económico, pero llama la atención que, pese a las críticas recibidas no sólo desde las ONG sino desde instituciones como el propio CAD en su informe de 2002, se continúen computando estos créditos como ayuda oficial al desarrollo cuando en su origen fueron presentados como herramientas para la internacionalización de las empresas españolas, lo que, éticamente, choca con el concepto de solidaridad.

Como conclusión, la publicación de una estrategia para la cooperación al desarrollo en el sector salud es positiva, pero el documento resulta muy general para constituir un plan estratégico que asuman todos los actores implicados en el sector. Se trataría, por tanto, de un marco referencial que habría que concretar en acciones y estrategias específicas, con objetivos intermedios y dotaciones presupuestarias.

## Programa de salud para África

El Programa de salud para África se encuentra en estado de elaboración. Según el borrador con el que se está trabajando, este programa tiene como fin coordinar los esfuerzos de la cooperación al desarrollo de los diferentes agentes del sector salud que operan en este continente. Entre sus objetivos destacan: contribuir a la lucha contra enfermedades infecciosas; promover la coordinación con otras agencias de desarrollo de la UE; impulsar la participación de la sanidad española en el programa; y aumentar la presencia de técnicos y sanitarios españoles en los ámbitos de la cooperación.

Por otra parte, los países prioritarios de la estrategia son los del norte de África y los que tienen especiales vínculos con el Estado español, como Guinea Ecuatorial. Destaca en el borrador que las actuaciones en otros países serán de carácter puntual y centrados en cooperación técnica.

El programa identifica cuatro prioridades como ámbitos de actuación:

- La salud materno-infantil.
- La lucha contra las enfermedades infecciosas y transmisibles especialmente la malaria, la tuberculosis y el VIH/SIDA.
- Los servicios de salud básica.
- El fortalecimiento de sistemas nacionales de salud.

Para llevar a cabo este programa se proponen como líneas de actuación: la formación de recursos humanos, la investigación de enfermedades tropicales, la asistencia técnica, la prestación de servicios y la infraestructura y equipamiento local, regional y nacional.

## 2. Composición de la ayuda oficial al desarrollo en el sector salud

Del presupuesto total de la Ayuda Oficial al Desarrollo Española (AOD) en 2002 se destinó al sector salud **111,9 millones de euros** (Bases de datos de la OPE, 2002), un 5,65% del total de la AOD española.

La AOD está compuesta por la ayuda bilateral y la multilateral, la primera gestionada directamente mediante programas y proyectos de cooperación y la segunda compuesta por las aportaciones a los organismos internacionales. La ayuda bilateral a su vez se divide en ayuda bilateral reembolsable y no reembolsable.

- La **ayuda bilateral no reembolsable** fue, con un 58%, el componente principal de la AOD en salud en 2002, conformada por donaciones de las diferentes agencias financiadoras: Ministerio de Asuntos Exteriores, Agencia Española de Cooperación Internacional (AECI), entes locales y autonómicos, Ministerio de Sanidad y Consumo y Ministerio de Defensa.

En ella también se incluye la **ayuda multilateral**<sup>35</sup>, formada por la contribución del Ministerio de Asuntos Exteriores/AECI a la Organización Panamericana de la Salud (OPS) para el Programa de Salud en Iberoamérica. Este tipo de ayuda se caracteriza por destinarse a países concretos o proyectos de organismos multilaterales.

- La **ayuda bilateral reembolsable** constituye una importante línea de financiación que alcanzó en 2002 el 31,5% del total de la AOD en salud. Se compone de créditos del Fondo de Ayuda al Desarrollo (FAD), gestionados desde el Ministerio de Economía.

Los FAD son créditos a los países del Sur con mejores condiciones que las del mercado. Su objetivo, según su definición oficial, es otorgar créditos de Estado a Estado con el propósito de mejorar el desarrollo económico y social en los países receptores de ayuda y promover la producción y el empleo en España

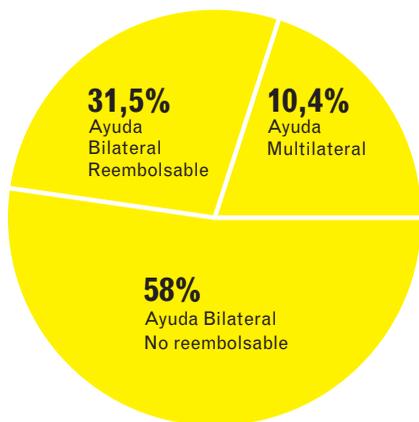
### **Cuadro 3. La Ayuda Oficial al Desarrollo en el sector salud, 2002** **Datos absolutos (en millones de euros) y relativos**

<b>Tipo de AOD</b>	<b>AOD</b>	<b>%</b>
Ayuda bilateral no reembolsable	64,9	58%
Ayuda bilateral reembolsable	35,3	31,5%
Ayuda multilateral	11,7	10,4%
<b>Total</b>	<b>111,9</b>	<b>100%</b>

Fuente: Base de datos de la OPE

35. Este año, a diferencia del Informe del año pasado, se ha seguido la clasificación de la Oficina de Planificación y Evaluación que contabiliza la ayuda multilateral como ayuda bilateral no reembolsable y no como ayuda multilateral.

**Gráfico 2. La Ayuda Oficial al Desarrollo en el sector salud, 2002**



Fuente: Elaboración propia a partir de base de datos de la OPE

- La **ayuda multilateral** constituyó el 10,4% del total de la AOD en salud y provino principalmente del Ministerio de Asuntos Exteriores y en menor medida del Ministerio de Sanidad y Consumo. Se materializó en aportaciones, obligatorias o voluntarias, a organismos internacionales de carácter financiero o no financiero que definen a quién se destina la ayuda y a qué tipo de proyectos.

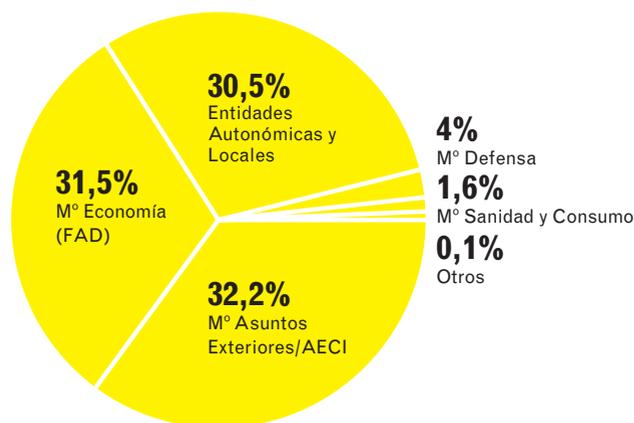
**Cuadro 4. Composición de la Ayuda Oficial al Desarrollo en el sector salud**

Ayuda oficial al desarrollo en el sector salud		
Ayuda bilateral		Ayuda bilateral
Ayuda bilateral reembolsable	Ayuda bilateral no reembolsable	Ayuda multilateral
Créditos FAD	Ayuda bilateral multilateral	OMS, FNUAP, ONUSIDA, FIH, UIP, UICT
	Programas y proyectos de cooperación al desarrollo	

En cuanto a las entidades financiadoras, en 2002 el Ministerio de Asuntos Exteriores fue la entidad que mayor financiación aportó, un 32,2 %, a la AOD del sector salud.

El Ministerio de Economía, con un 31,5%, y las entidades autonómicas y locales, con un 30,5%, le siguieron en aportación en este sector. El Ministerio de Sanidad y Consumo financió sólo un 1,6% mientras que el Ministerio de Defensa le superó con un 4%.

### Gráfico 3. La AOD neta del sector salud por entidades financiadoras, 2002



Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos de la OPE

En cuanto a los **sectores de salud** analizados, la AOD es tratada desde los organismos oficiales usando la clasificación de sectores CAD (Comité de Ayuda al Desarrollo) y de subsectores CRS (Creditor Reporting System). Esta clasificación no se corresponde con la utilizada en el sector sanitario donde se habla de atención primaria y especializada. Desde el CAD se trabaja con "salud general", "salud básica" y "programas y políticas de población y salud reproductiva", que denominaremos "salud sexual y reproductiva". Estos tres sectores CAD recogen los diferentes subsectores CRS.<sup>36</sup>

- En el sector **"salud general"** se engloban principalmente planificación sanitaria, formación e investigación médica, servicios médicos de laboratorios, clínicas especializadas y hospitales, y control de enfermedades infecciosas.

36. En el Anexo V. Descripción de los sectores CAD y los subsectores CRS se puede observar más en profundidad qué elementos se trabaja en cada uno de estos sectores y subsectores.

- El sector "salud básica" incluye atención sanitaria básica, infraestructura sanitaria hasta hospitales regionales y nutrición básica. En este sector el CAD va más allá de la definición de atención primaria tradicional e incorpora aspectos como hospitales y clínicas.

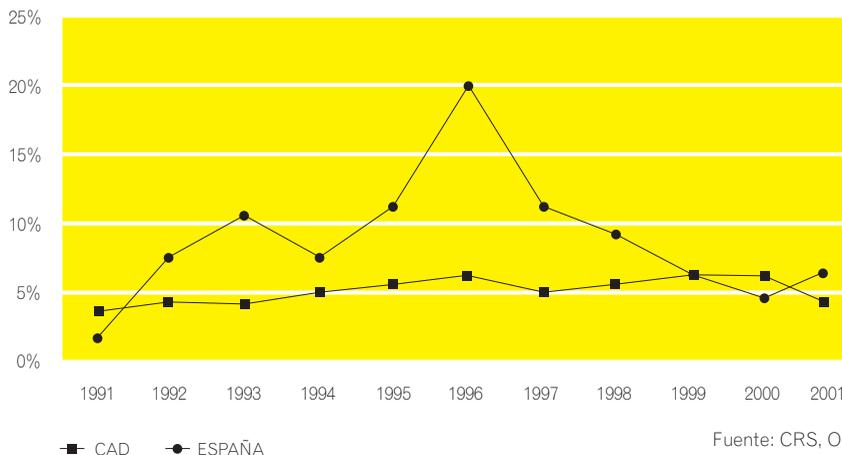
- Dentro del sector "salud sexual y reproductiva" se asumen políticas sobre población, planificación familiar, lucha contra ITS y sida y formación de personal para salud reproductiva.

## 2.1 La ayuda bilateral

Como ya se reflejaba en el *Informe 2002*, la evolución del presupuesto de AOD bilateral en salud sobre el total de la AOD bilateral en la última década ha sido inestable. En el año 1996 se alcanza el volumen más alto de todo el período (un 20 % del total de la AOD bilateral comprometida), mientras que en 2002 ha sido de un 9 % (Base de datos OPE, 2003).

A lo largo de esta década, se observa que la AOD bilateral neta destinada al sector salud es muy superior a la media del CAD (Gráfico 4). Esto se debe a que una gran parte de esa AOD se canalizó a través de créditos FAD como se analiza en el punto de ayuda reembolsable. Se revela así que el sector salud tiene una representatividad poco estable y muy dependiente de las cantidades destinadas a FAD, a diferencia que en el resto de los donantes que reflejan una tendencia a situar la ayuda bilateral destinada a salud en torno al 4 ó 5% del total de la AOD bilateral.

**Gráfico 4. Evolución AOD bilateral neta del sector salud en relación al total de AOD bilateral, 1991-2001**



### 2.1.1. La ayuda bilateral no reembolsable

La **ayuda bilateral no reembolsable** del sector salud, componente principal de la AOD en salud, está compuesta por donaciones y es ejecutada desde la Agencia Española de Cooperación Internacional (AECI), los entes descentralizados, el Ministerio de Defensa y el Ministerio de Sanidad y Consumo principalmente.

La **AECI**, adscrita al Ministerio de Exteriores por medio de la Secretaría de Estado de Cooperación Internacional y para Iberoamérica (SECIPI), ejecuta parte del presupuesto de AOD bilateral no reembolsable vía directa a través de programas y proyectos o mediante subvenciones a las ONG. En 2002, la AECI gestionó 24,2 millones de euros, 38,2% del total de la ayuda no reembolsable en salud.

La financiación directa puede ser **ayuda bilateral directa**<sup>37</sup>, que es ejecutada desde las cuatro Secretarías Generales de la AECI, o **ayuda multilateral**, gestionada desde la Subdirección General de Cooperación Multilateral y Horizontal.

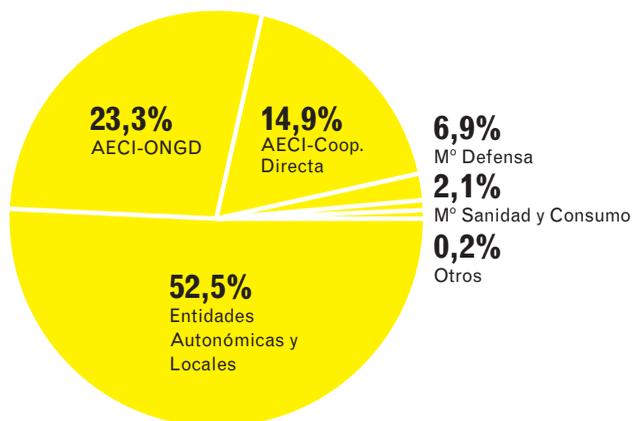
En cuanto a las subvenciones a ONGD, éstas son coordinadas principalmente desde la **Unidad de ONGD** de la AECI. En el año 2002 fueron subvencionadas 22 ONG y entidades sin ánimo de lucro para estrategias, programas y proyectos de salud. Las siete que más fondos recibieron fueron Médicos del Mundo (16,8%), Medicus Mundi (16,8%), Cruz Roja (7,9%), ANESVAD (7,8%), Asociación Pro Perú (5,8%), la Federación Española de Religiosas Sanitarias (5,7%) y la Fundación Humanismo y Democracia (5,5%). Entre ellas acapararon más del 60% de la financiación total a ONG de este organismo. Otras organizaciones con una participación destacada, por encima de los 600.000 euros, fueron la Fundació Privada Clinic per la Reserça Biomèdica, la Fundación Centro de Investigaciones y Promoción de Iberoamérica y Europa (CIPIE), la Asociación de Investigación y Especialización sobre Temas Iberoamericanos (AIETI) y Ayuda en Acción.<sup>38</sup>

Los proyectos de "atención sanitaria básica" recibieron la mayor parte de la AOD de la Unidad de ONGD, el 45%. Esto supone una preferencia por programas de asistencia sanitaria primaria y básica, programas de cuidados paramédicos y de enfermería, suministro de fármacos, medicamentos y vacunas para atención sanitaria básica. Se destaca también que "servicios médicos" e "infraestructuras sanitarias básicas" supusieron un 19%, mientras que en la ayuda reembolsable, un 99%. En comparación con otros actores, el papel de las ONG sanitarias como agentes promotores de desarrollo, su mayor atención a las necesidades humanas básicas, los enfoques participativos, su mayor agilidad y su flexibilidad respecto al proceder de las agencias oficiales, les permite incidir más en los cuidados primarios de salud, donde se solucionan el 80% de los problemas de salud.

37. La ayuda bilateral directa forma parte de la ayuda no reembolsable y se define como "actuaciones de forma directa con gobiernos e instituciones de los países del Sur" (Informe 2002: 52)

38. Para una información más precisa, ir al Anexo VI. Ayuda sanitaria canalizada a través de ONG y otras entidades sin ánimo de lucro, 2002.

**Gráfico 5. Distribución de la AOD bilateral neta no reembolsable en el sector salud, 2002**



Fuente: Elaboración propia a partir de base de datos de la OPE

El primer lugar lo ostenta el conjunto de los **entes autonómicos y locales**. En 2002, su aportación fue del 52,5% sobre el total de la ayuda bilateral no reembolsable. La AOD descentralizada se compone de la cooperación al desarrollo realizada por los ayuntamientos, las diputaciones provinciales, los Fondos de Cooperación y Solidaridad y las comunidades autónomas. Gran parte de este dinero también es gestionado en el terreno por ONG aunque no se cuenta con los datos concretos por falta de sistematización de la información. Los Fondos de Cooperación y las comunidades autónomas representan agentes de desarrollo relativamente novedosos que se analizan más adelante.

El **Ministerio de Defensa**, por su parte, contribuyó a la AOD no reembolsable con un 6,9% del total a través de la Secretaría General Técnica. Se financiaron tres proyectos relacionados con asistencia médica en Afganistán, Kosovo y Bosnia.

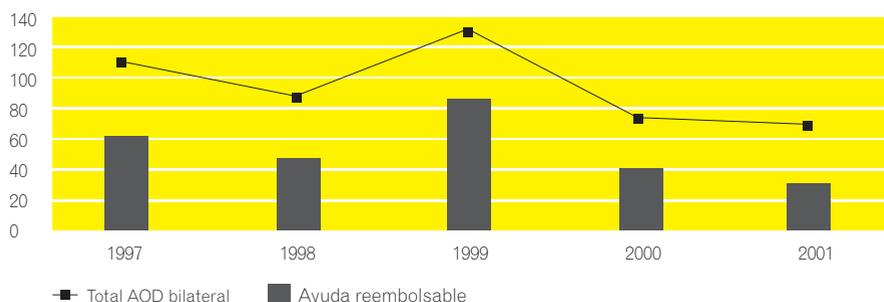
Por último, otro agente dentro de la ayuda bilateral no reembolsable es el **Ministerio de Sanidad y Consumo** que trabaja vía ayuda directa o aportaciones a organismos internacionales no financieros. No obstante, su peso es reducido. Del total de la AOD bilateral no reembolsable sólo un 2,1 % se gestionó desde este ministerio en 2002.

### 2.1.2. La ayuda bilateral reembolsable

La **ayuda bilateral reembolsable**, parte crucial de la ayuda bilateral española, está compuesta por créditos provenientes de los Fondos de Ayuda al Desarrollo (FAD), los Fondos de Estudios de Viabilidad (FEV) y los Fondos de Concesión de Microcréditos (FCM). Todos ellos son gestionados por la Dirección General de Comercio e Inversiones dependiente de la Secretaría General de Comercio Exterior del Ministerio de Economía. En el sector salud sólo los FAD son la línea crediticia para la cooperación y supusieron en 2002 el 31,5% de toda la AOD destinada a este área.

Es interesante observar la **evolución** de la ayuda bilateral total en salud y la ayuda reembolsable en este sector. La disminución o el aumento de la AOD bilateral en su conjunto coincide con la disminución o el aumento de la ayuda reembolsable dentro de la cooperación española (Gráfico 6)<sup>39</sup>. Esto supone que las variaciones de la ayuda bilateral dependen en gran medida del comportamiento de la ayuda reembolsable. La agenda de la cooperación española en salud está marcada por el papel de los créditos FAD y, por tanto, por el Ministerio de Economía que los gestiona.

**Gráfico 6. Evolución de la ayuda reembolsable sobre el total de la AOD bilateral bruta del sector salud, 1997-2001. Millones de dólares**



Fuente: Elaboración propia a partir de CRS, OCDE

Otra característica de los créditos FAD es que en su mayor parte se vinculan a la compra de bienes y servicios españoles, la denominada **"ayuda ligada"**.<sup>40</sup> Resulta significativo que el porcentaje de ayuda ligada en los créditos FAD destinados al sector sanitario haya superado el 90% a lo largo de los últimos años (Cuadro 5).

39. Las diferencias con el gráfico 6 se deben a que éste refleja compromisos presupuestarios mientras que el gráfico 6 presenta asignaciones reales.

40. Para más información sobre los créditos FAD, consultar La salud en la cooperación al desarrollo española. Informe 2002, Madrid.

**Cuadro 5. Distribución de la ayuda reembolsable del sector salud, 1997-2001, en millones de dólares corrientes**

Año	Cuantía reembolsable	% reembolsable	Reembolsable no ligada	Reembolsable ligada
1997	65,249	59%	7%	93%
1998	55,383	60%	8%	92%
1999	90,267	70%	9%	91%
2000	34,105	47%	9%	91%
2001	29,64	45%	5%	95%
Total	274,644	58%	8%	92%

Fuente: CRS, OCDE

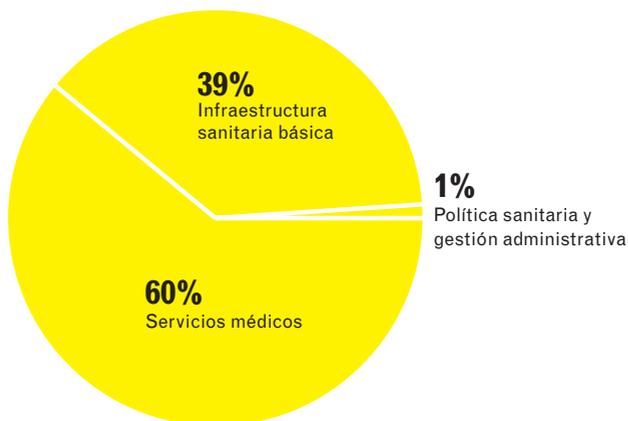
Los créditos FAD resultan de dudosa eficacia dado el trato de mercancía que se le confiere a un sector esencial para alcanzar el desarrollo de la población de los países del Sur como es la salud<sup>41</sup>. Teniendo en cuenta su utilidad y que obedecen a otros objetivos, legítimos pero distintos a los de la cooperación al desarrollo, los FAD no debieran ser considerados dentro de la partida de AOD. Incluso el CAD ha mostrado sus dudas sobre este tipo de ayuda, "Pese a la creciente presión por parte del sector español de cooperación para reforzar la orientación del FAD a la reducción de la pobreza (...) el enfoque hacia sectores sociales básicos sigue siendo débil, y el enfoque en sectores de educación y salud en general no lleva necesariamente a la reducción de la pobreza. De hecho, (...) pueden ser contraproducentes y crear una presión innecesaria en los presupuestos nacionales sobre salud y educación. (...) Hacen falta más pruebas del impacto de los FAD en la reducción de la pobreza" (CAD, 2003).

El carácter mercantil de los créditos FAD se plasma también en su **distribución sectorial** en el sector salud<sup>41</sup>. En el lustro de 1996 a 2001 se observa que los FAD se concentran en un reducido número de subsectores. Así, los subsectores de "servicios médicos" y de "infraestructura sanitaria básica" recibieron el 99% de la financiación en salud (Gráfico 7). Esto revela que existe una tendencia a dirigirse a proyectos de equipamiento clínico, dotación de suministros a hospitales, servicios médicos especializados e infraestructuras, componentes que se incluyen en los subsectores citados. Como se apuntaba en el Informe 2002, este hecho se explica,

41. En el presente análisis nos apoyamos en los subsectores CRS que aparecen recogidos en el anexo V. Descripción de los sectores CAD y los subsectores CRS.

entre otras razones, porque dichas actuaciones inciden en ámbitos estratégicos para la promoción de la tecnología y productos médicos españoles. En ningún caso los FAD parecen dirigirse hacia la atención primaria que soluciona la mayor parte de los problemas de salud en los países del Sur.

### Gráfico 7. Distribución de la ayuda reembolsable por componentes, 1996-2001

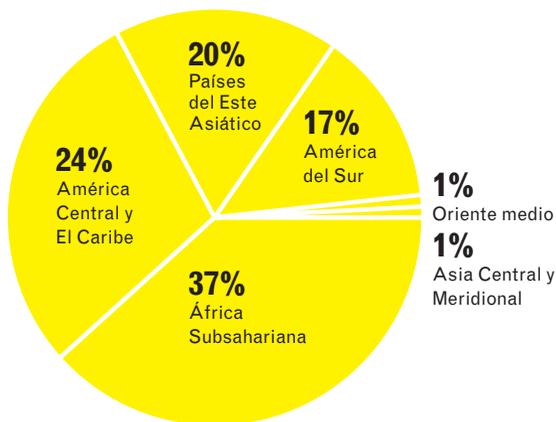


Fuente: CRS, OCDE

Además, este tipo de ayuda implica el riesgo de crear una dependencia de los suministros y equipos españoles que no son garantizados para el futuro y cuyos precios y mantenimiento pueden resultar inaccesibles para los sistemas sanitarios de los países del Sur. En la recién elaborada Estrategia de la Cooperación Española en Salud se plantea la necesidad de dotar a los proyectos de infraestructuras de un paquete completo que incluya la instalación, la formación, la transferencia de manuales y repuestos y la posible contratación de servicios de mantenimiento. A pesar de que se mejora la situación anterior, se sigue sin considerar la sostenibilidad o la adecuación de estas tecnologías exportadas a los problemas que quiere solucionar.

Si atendemos a su **distribución geográfica**, observamos que en el período estudiado el total de la AOD reembolsable destinada al sector salud se destinó en mayor medida a los países iberoamericanos. América del Sur junto con América Central y el Caribe recibieron el 41% de los FAD, un 17% y 24% respectivamente. Les siguió África Subsahariana, con un 37% y los países del Este asiático con un 20% de la ayuda reembolsable en salud. Este perfil en las regiones receptoras de créditos FAD es similar al perfil de la AOD en salud que se analiza en páginas posteriores. De nuevo, los FAD marcan la lógica general de toda la AOD en salud.

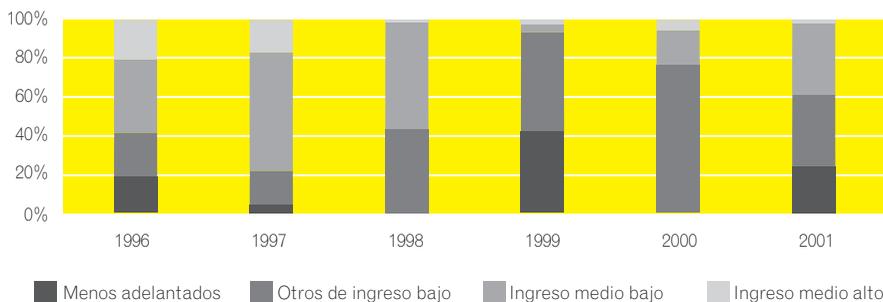
**Gráfico 8. Distribución regional de la AOD reembolsable del sector salud, 1996-2001**



Fuente: CRS, CAD

Según los **ingresos de los países receptores**, el año 2001 supuso una equiparación de los países de ingreso medio bajo, los países menos adelantados y otros de bajo ingreso<sup>42</sup>. No obstante, el período 1996-2001 muestra una tendencia poco clara en la distribución de los FAD por nivel de ingreso de los países receptores que revela la falta de una política definida a este respecto.

**Gráfico 9. Evolución de la AOD reembolsable en el sector salud por nivel de ingreso del país receptor, 1996-2001**



Fuente: CRS, OCDE

42. La definición que hace el CAD de la categoría "otros países de ingreso bajo" incluye todos los países no denominados como países menos adelantados con un PIB per cápita menor a 765 \$ en 1995 (según el Atlas del Banco Mundial).

Resulta fundamental que la ayuda reembolsable no aumente la deuda externa de los países más empobrecidos. Las consecuencias negativas para la salud de la población pueden ser mayores que los beneficios obtenidos.

Un instrumento como los créditos FAD que nace sin intereses específicos en salud, gestionado por el Ministerio de Economía y cuyo objetivo principal es el beneficio de empresas españolas, genera serias dudas sobre la eficacia y el impacto que tiene sobre la salud de las poblaciones receptoras. Las evaluaciones de este instrumento tendrían que basarse en los seis criterios básicos de la evaluación: pertinencia, impacto, sostenibilidad, cobertura, eficacia y eficiencia.

## **2.2. La ayuda multilateral**

La **ayuda multilateral** es la aportada a la Unión Europea y a los organismos internacionales financieros y no financieros mediante cuotas obligatorias o voluntarias. La Unión Europea, mayor receptora de ayuda, canaliza las aportaciones en el Presupuesto Comunitario de Cooperación al Desarrollo (PCCD) y en el Fondo Europeo de Desarrollo (FED). Le siguen en mayor nivel de aportaciones recibidas los organismos financieros, principalmente los Bancos Regionales de Desarrollo, el Fondo Monetario Internacional (FMI) y el Banco Mundial (BM). Por último, entre los organismos no financieros cabe señalar la Organización Mundial de la Salud, el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO).

En 2002, el 10% de la AOD en salud se destinó a la ayuda multilateral. La escasez de recursos que España destina a estos organismos puede ser debido a una falta de estrategia de participación activa en estas instituciones.

A diferencia de la tendencia general dentro de la AOD multilateral española en el sector salud, este tipo de ayuda se destina a organismos no financieros. La mayor parte de la ayuda multilateral, un 92,4% en 2002, la recibe la Organización Mundial de la Salud (OMS). Del total de la ayuda multilateral se destinó el 89,2%, 10.432.159 euros, a la cuota obligatoria de la OMS, única cuota obligatoria, y el 3,2% a contribuciones voluntarias a la OMS.

Del resto de la ayuda multilateral cabe destacar la aportación al Fondo de las Naciones Unidas para Población y Desarrollo (FNUAP) que en 2002 alcanzó la cifra de 555.936 euros; y las cuotas voluntarias al Programa de Naciones Unidas para el VIH/SIDA (ONUSIDA) de 300.506 euros.

Las **entidades financiadoras** de la ayuda multilateral son el Ministerio de Asuntos Exteriores y el Ministerio de Sanidad y Consumo. En 2002 el Ministerio de Asuntos Exteriores aportó el 96,6% de toda la ayuda multilateral mientras que el

Ministerio de Sanidad y Consumo contribuyó en un 3,5%. Dada la importancia que la salud tiene en la lucha contra la pobreza, es deseable y necesario que el Ministerio de Sanidad adquiriera un mayor grado de compromiso tanto político como económico con los planes e iniciativas globales que en salud se vienen desarrollando.

**Cuadro 6. Principales instituciones internacionales no financieras receptoras de AOD española en el sector salud y entidades financiadoras, 2002**

Entidad financiadora	Organismo Receptor	AOD en euros	% sobre AOD multilateral total	Tipo de cuota
Ministerio de Asuntos Exteriores	Cuota obligatoria a la Organización Mundial de la Salud (OMS)	10.432.159	89,2%	O
	Fondo de las Naciones Unidas para Población y Desarrollo (FNUAP)	555.936	4,8%	V
	Programa de la ONU para el VIH/SIDA (ONUSIDA)	300.506	2,6%	V
	Total del Mº Asuntos Exteriores	11.288.601	96,5%	V
Ministerio de Sanidad y Consumo	Contribuciones a la Organización Mundial de la Salud (OMS)	371.010	3,2%	V
	Federación Internacional de Hospitales	104	<0,01%	V
	Unión Internacional para la Promoción de la Salud y la Educación de la Salud (UIP)	5.100	0,04%	V
	Unión Internacional contra la Tuberculosis y las Enfermedades Infecciosas (UICT)	16.327	0,1%	V
	FPrograma Control de la Malaria de la OMS	16.881	0,1%	V
	Total Mº Sanidad y Consumo	409.422	3,5%	V
Ayuda multilateral total		11.698.023	100,0%	V

V: Cuota voluntaria O: Obligatoria

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la OPE

**Cuadro 7. La AOD española en el sector salud, 2002. Miles de euros y porcentajes sobre el total<sup>43</sup>**

<b>Total AOD española en salud</b> 111.944 100%	<b>AOD Bilateral</b> 100.246 90%	<b>No reembolsable</b> 64.950 58%	Cooperación directa AECI	9.661	8,6%
			AECI-ONGD	15.150	13,5%
			Coop. descentralizada	34.123	30,5%
			Min. Defensa	4.504	4,0%
			Min. Sanidad y Consumo	1.382	1,2%
			Otros	128	0,1%
	<b>Reembolsable</b> 35.296 32%	Créditos FAD	35.296	31,5%	
	<b>AOD Multilateral</b> 11.698 10%	Ministerio de Asuntos Exteriores	11.289	10,1%	
		Ministerio de Sanidad y Consumo	409	0,4%	

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la OPE

43. El presente cuadro resume el peso de cada tipo de AOD y de las aportaciones de cada entidad financiadora. El cálculo en todos los casos es sobre total de la AOD en salud a diferencia de otros datos presentados con anterioridad que corresponden a porcentajes sobre el total de cada tipo de ayuda.

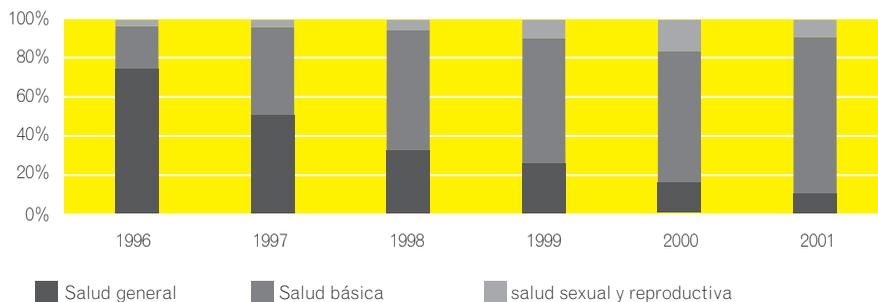
### 3. Distribución sectorial de la ayuda

Un estudio de los sectores en la AOD española destinada a salud permite observar que el trabajo de la cooperación al desarrollo española en este ámbito no se adecua a las necesidades de los países del Sur al no apoyarse en diagnósticos específicos de salud.

Este análisis sectorial se apoya en los ya citados sectores de “salud general”, “salud básica” y “programas y políticas sobre población y salud reproductiva” que denominaremos “salud sexual y reproductiva”. Estas categorías no se corresponden con las utilizadas por los profesionales sanitarios que hablan de atención primaria y especializada en salud. Así, en “salud básica” el CAD va más allá de la definición tradicional de atención primaria e incluye otros aspectos como hospitales y clínicas.<sup>44</sup>

En el período de 1996 a 2001, se observa dentro de la AOD española una clara tendencia hacia el aumento de la “salud básica” en detrimento de la “salud general” y una presencia irregular de la “salud sexual y reproductiva” (Gráfico 10).

**Gráfico 10. Evolución de la AOD española en salud por sectores, 1996-2001**

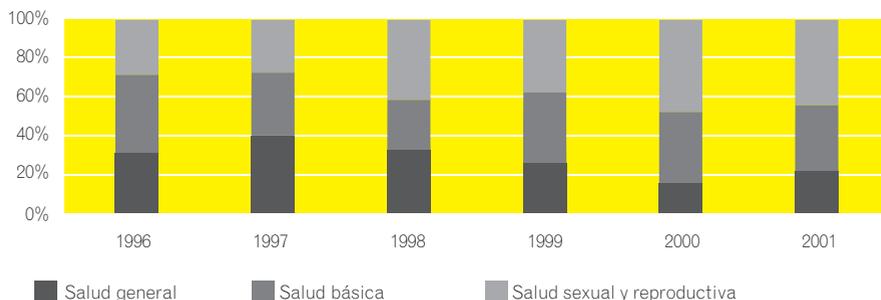


Fuente: CAD, OCDE

44. En el anexo V: descripción de los sectores CAD y los subsectores CRS se puede observar más en profundidad qué elementos se trabaja en cada uno de estos sectores.

Esta tendencia contrasta con la de los países del CAD en su conjunto donde el peso tiende a repartirse proporcionalmente en los tres sectores (Gráfico 11). Esta tendencia del CAD responde a los compromisos internacionales de orientar el gasto a “salud básica” y a atención a la “salud sexual y reproductiva”.

**Gráfico 11. Evolución de la AOD del CAD en salud por subsectores, 1996-2001**



Fuente: CAD, OCDE

La cooperación española destinó en 2001 el 75% a la salud básica. El 39% de los FAD es lo que explica parte del peso de este sector en tanto que recoge componentes de infraestructura y equipamiento hospitalario. La inversión en infraestructuras no implica en la práctica, necesariamente, una ampliación o mejora proporcional en la atención primaria de salud, por más que los FAD encuentren en el componente de infraestructura sanitaria básica un gran campo de intervención. Tampoco aseguran el cumplimiento de los compromisos internacionales.

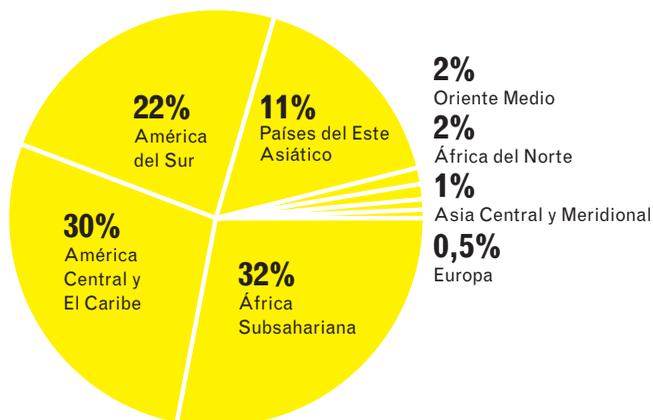
Se resalta, por último, el poco respaldo que encuentran los programas y proyectos de “salud sexual y reproductiva” en las políticas de financiación de la cooperación española. De entrada, se omite el término de salud sexual y se concentra bajo el concepto de salud reproductiva recibiendo en 2001 un 7% del total destinado a salud mientras que la media del CAD para el período analizado es del 32%.

Las elevadas tasas de mortalidad materna, las carencias en materia de educación sexual que se traducen muchas veces en embarazos no deseados, la falta de acceso a la planificación familiar, los graves problemas derivados de las enfermedades infecciosas como el Sida, y el papel que debería tener la mujer en las políticas y los programas de salud constituyen elementos suficientes para exigir al Estado español un mayor compromiso de sus políticas de cooperación en materia de salud sexual y reproductiva.

#### 4. Distribución geográfica de la ayuda

La distribución geográfica de la ayuda del sector salud reproduce a grandes líneas las prioridades de la AOD española expresadas por el Plan Director. Así, en el período 1996-2001 los compromisos en salud se concentraron en los países latinoamericanos y los de África Subsahariana. América del Sur, América Central y El Caribe recibieron conjuntamente el 52% de los recursos destinados al sector salud, África Subsahariana el 32% y los países del Este asiático el 11%. El resto de la AOD en salud se destinó a otras regiones en una cuantía muy inferior (Gráfico 12).

**Gráfico 12. Distribución regional de los compromisos en salud, 1996-2001**



Fuente: Elaboración propia a partir de datos CRS, OCDE

Resalta, por otra parte, la dispersión de la AOD en salud que se observa si analizamos las **regiones y los sectores de salud** de forma conjunta (Gráfico 13).

Como indicamos en el punto anterior, la AOD en salud se concentra en el sector de “salud básica” y así se refleja en casi todas las regiones. Excepto en los países del Este asiático donde el sector de “salud general”, que incluye infraestructura hospitalaria, ocupa el primer puesto debido al gran volumen de la ayuda reembolsable en algunos países de esta región.

**Gráfico 13. Distribución regional de los compromisos en salud general, salud básica, salud sexual y reproductiva, 1996-2001. Porcentaje sobre el total de la AOD en salud**



Fuente : Elaboración propia a partir de datos del CRS, OCDE

En cuanto a la distribución de la AOD en salud por nivel de ingreso del país receptor (Gráfico 14), los países de bajo ingreso reciben la mayor proporción, un 52% si consideramos los países menos adelantados y otros de bajo ingreso de manera conjunta. El 42% se destina a países de ingreso medio bajo que debería orientarse teóricamente a las poblaciones más vulnerables y sus bolsas de pobreza.

**Gráfico 14. Distribución de compromisos españoles en salud por nivel de ingreso del país receptor, 1996-2001**



Fuente: Elaboración propia a partir de datos CRS, OCDE

Por otra parte, si atendemos a los **países prioritarios** de la cooperación española en salud (ver Cuadro 8), en el año 2001 los países que más AOD recibieron fueron Senegal (10,21 m \$), Bolivia (5,41 m \$), Kenya (5,18 m \$), Uzbekistán (4,75 m \$) y China (3,6 m \$), en la mayor parte de los casos vía créditos FAD. De los 10.21 m \$ recibidos por Senegal, 10,10 m \$ se gestionaron vía FAD y los restantes 110.460 \$ se contabilizaron como donación.

Si comparamos con el total del período, sólo Bolivia se encuentra dentro de los cinco primeros países receptores de AOD en salud. Esto supone una política indefinida en cuanto a la selección de los países prioritarios. Aunque hay una selección de países prioritarios, falta plasmar estos compromisos en líneas presupuestarias multianuales que permitan una planificación y una ejecución más eficaz y de mayor impacto, dado que los resultados de las políticas de salud se deben evaluar a medio y largo plazo.

**Cuadro 8. Principales receptores de AOD en salud, 1998-2001 (millones de dólares corrientes)**

1998-2001	1998	1999	2000	2001
Indonesia 63,31	Rep. Dominicana 19,16	Indonesia 36,97	Indonesia 25,88	Senegal 10,21
Uganda 25,92	Paraguay 16,18	Uganda 25,01	Bolivia 6,08	Bolivia 5,41
Rep. Dominicana 23,12	Costa de Marfil 8,05	Honduras 12,85	China 3,98	Kenia 5,18
Bolivia 17,32	Ghana 6,06	Ghana 7,74	Guinea Ecuatorial 2,99	Uzbekistán 4,75
Paraguay 17,19	Kenia 5,41	Mauritania 5,9	Mozambique 2,95	China 3,64

Fuente: CRS, OCDE

## 5. La acción humanitaria

La acción humanitaria constituye en la actualidad una de las grandes carencias del sistema español de Ayuda Oficial al Desarrollo. Tras más de veinte años de actuaciones en este ámbito, la acción humanitaria no ha conseguido aún consolidarse como instrumento dentro de la cooperación española. A pesar de su **visibilidad mediática y del protagonismo social** que ha acaparado en la última década, la acción humanitaria española no está fundamentada sobre un sólido modelo de intervención. La falta de criterios objetivos de actuación, las restricciones presupuestarias, las dificultades de su gestión y su vinculación a objetivos de la política exterior española así como la creciente participación de las Fuerzas Armadas han contribuido a que la acción humanitaria sea hoy un capítulo pendiente de definir en la cooperación española.

## **Aclaraciones conceptuales: La acción humanitaria**

La acción humanitaria es un concepto más amplio que el de ayuda humanitaria o ayuda de emergencia. La acción humanitaria sobrepasa los estrechos límites de la logística asistencial y del socorro, para ser entendida como un acto de solidaridad fundamentado en los principios de: humanidad, independencia, neutralidad e imparcialidad. La acción humanitaria se compone de la asistencia y la protección a las víctimas de crisis, catástrofes naturales y conflictos. Sus criterios de intervención deben basarse en la evaluación objetiva de las necesidades de las personas, y no en las agendas de los gobiernos. No debe restringirse a la actuación en catástrofes de tipo natural o en guerras abiertas, sino integrar las crisis recurrentes y conflictos crónicos como en República Democrática del Congo, Liberia o Somalia así como otras grandes crisis derivadas de pandemias como el sida o de la falta de acceso a medicamentos como en el caso de la malaria.

Confundir ayuda y acción humanitaria genera un olvido del componente de protección, de testimonio, denuncia o de presentación de esas realidades en la sociedad española, que son una parte indisoluble de la acción humanitaria. Es decir, la capacidad de participar en un cambio por el gesto de la ayuda.

La asistencia incluye el cubrir necesidades básicas como acogida, abrigo, agua, alimento, atención médica y salud mental.

### **5.1. Evolución de la acción humanitaria española**

La evolución de la acción humanitaria española está condicionada por dos importantes factores: en primer lugar, los cambios que se estaban produciendo en el escenario internacional tras el fin de la Guerra Fría y el nuevo posicionamiento de España como potencia intermedia integrada en el contexto europeo comunitario; en segundo término, la introducción de España en el ámbito humanitario y la constitución de su propio sistema de ayuda internacional, como nueva potencia donante. Cambios internos y externos a los que la política exterior española y la ciudadanía se van adaptando a ritmos forzados. Estos dos factores contribuirán a que la acción humanitaria tenga una incorporación más tardía y oportunista al sistema de ayuda internacional español que las políticas de cooperación al desarrollo.

En los años 80, la acción humanitaria retoma importancia política y mediática a raíz del fuerte impacto de las hambrunas en África Subsahariana, una importancia que no tenía desde la Segunda Guerra Mundial. En esta década, España suscribe el Convenio Internacional de ayuda humanitaria y en 1983 constituye el "Grupo de ayuda de emergencia al extranjero". A partir de 1988 las responsabilidades en este campo pasan a la recién creada Agencia Española de Cooperación Internacional (AECI).

En esas fechas, finales de los 80 y principios de los 90, el final de la Guerra Fría trae consigo una nueva concepción de la ayuda humanitaria que se conoce como "nuevo humanitarismo" frente al "humanitarismo clásico". La proliferación de conflictos armados, la reestimación de las políticas internacionales y de seguridad junto con la revitalización del principio de soberanía estatal y la globalización mediática impulsan que gran parte de la ayuda humanitaria se dirija a situaciones de conflictos bélicos de gran complejidad. (Pérez de Armiño, 2002: 13 -14).

Desde la Unidad de Ayuda Humanitaria y de Emergencia de la AECL, donde actualmente se trabaja el área de ayuda humanitaria, España entra en un campo de intervención en cambio. El Derecho Internacional Humanitario, con su imperativo de defender a las víctimas, entra en conflicto con el papel ambivalente y politizado que la ONU y algunos países occidentales toman ante determinadas "emergencias políticas complejas"<sup>45</sup>. El derecho de injerencia humanitaria justifica cualquier intervención ante el mandato de protección a las víctimas y los principios de humanidad, neutralidad, imparcialidad, independencia se ponen en entredicho.

Por otro lado, este "nuevo humanitarismo" abre las puertas a una visión más amplia de la ayuda humanitaria, pasando al concepto de acción humanitaria, que implica la respuesta a necesidades de poblaciones en momentos de ruptura de equilibrio por razones de tipo natural o debido a conflictos armados como guerras o conflictos internos.

## 5.2. Un marco jurídico de actuación reduccionista

Una de las debilidades de la acción humanitaria española es la visión reduccionista con la que aparece reflejada en el marco jurídico. La **Ley de Cooperación Internacional al Desarrollo** concede por primera vez una base jurídica al conjunto de la cooperación española y a la ayuda humanitaria en particular. No obstante, pese al esfuerzo normativo, la ayuda humanitaria es contemplada en su vertiente más reduccionista, como ayuda de emergencia. Según el artículo 12: "La ayuda humanitaria consiste en el envío urgente, con carácter no discriminado, del material de socorro necesario, incluida la ayuda alimentaria de emergencia, para proteger vidas humanas y aliviar la situación de las poblaciones víctimas de catástrofe natural o causadas por el hombre que padecen una situación de conflicto bélico".

Persiste en esta concepción de la ayuda humanitaria la visión tradicional de instrumento de socorro ante desastres y, sin embargo, se olvidan otros aspectos

45. Por "emergencia política compleja" se entiende un tipo de crisis humanitaria en el que se produce a la vez conflicto armado, crisis económica y social y éxodo poblacional. Para más información sobre este tipo de crisis humanitaria consultar Pérez de Armiño (2002).

muy importantes como “la protección, la prevención o preparación para desastres, o el apoyo a estrategias para enfrentar crisis” (Sanahuja, 2002: 71). No se integra la nueva visión de continuum ayuda humanitaria-rehabilitación-desarrollo que se plantea desde el “nuevo humanitarismo” a la vez que tampoco hace hincapié en los principios clásicos de la acción humanitaria, imparcialidad y neutralidad, e independencia, como hizo ECHO (European Community Humanitarian Office) en su reglamento.

Por su parte, el **Plan Director 2001-2004** sí incluye el elemento de la protección al hablar de ayuda humanitaria. Así, en el breve espacio que dedica a esta cuestión, señala: “La acción humanitaria tiene como objetivo primordial preservar la vida de las poblaciones vulnerables y se define a través de dos tipos de acción complementarios: la asistencia y la protección”.

No obstante, la ayuda humanitaria sigue planteándose como uno de los instrumentos de la cooperación española junto con los programas, proyectos y cooperación técnica, la ayuda alimentaria y los créditos FAD, entre otros. Al tiempo que según el Plan Director, la ayuda humanitaria española se dirige a las prioridades geográficas de la cooperación española así como a poblaciones en situaciones de alta vulnerabilidad. Tampoco recoge, pues, la especificidad de la ayuda humanitaria y su carácter independiente.

En conclusión, podemos afirmar que dentro del marco jurídico vigente hay importantes carencias. Se sigue contemplando la acción humanitaria en su perfil más reducido y asistencialista. No se recogen los principios básicos de independencia, neutralidad e imparcialidad. Se omiten los criterios objetivos de intervención, de acuerdo a las necesidades de las poblaciones; igualmente, no se hace alusión a aquellas crisis crónicas que superan el espacio temporal y la inmediatez de la emergencia, y no alcanzan las condiciones mínimas para hacer factibles factores de desarrollo.

### **5.3. Ausencia de criterios de intervención**

La ausencia de criterios objetivos de intervención, basados en las necesidades de las víctimas, es una de las características de la acción humanitaria española. La discrecionalidad para intervenir por parte de la Administración ha hecho que a veces prevalezcan argumentaciones de carácter político o mediático, produciéndose una instrumentalización de la ayuda humanitaria. Las intervenciones humanitarias en ocasiones se han decidido atendiendo a criterios ajenos a la situación de las víctimas. Estas razones pueden obedecer a diferentes situaciones: desde cuestiones presupuestarias a visibilidad mediática; desde la presión de la opinión pública al cumplimiento de objetivos de la política exterior española, o incluso, a la utiliza-

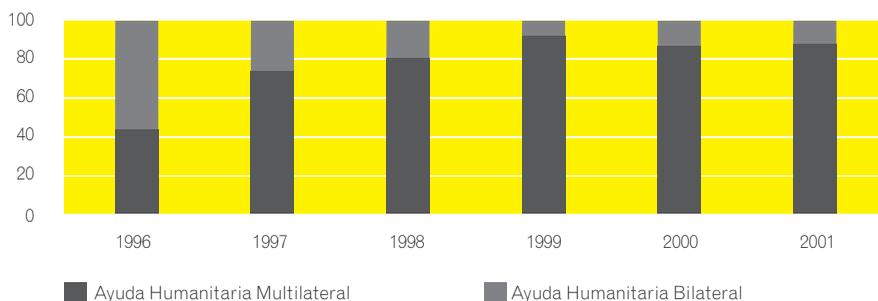
ción de la ayuda, como modo de lavado de imagen ante la falta de voluntad política por parte de la comunidad internacional para afrontar debidamente las situaciones de crisis.

Los recursos destinados a ayuda humanitaria oscilan según las catástrofes, las guerras y el lugar donde se produzcan éstas. Así se puso de manifiesto con la ayuda humanitaria que se destinó a El Salvador con los terremotos de 2001 y la que se destinó al Estado de Gujarat (India) en el fuerte terremoto de ese mismo año. Frente a los numerosos recursos destinados a El Salvador, 9,7 m de euros, el Estado de Gujarat sólo recibió 240.00 euros.

De igual modo, es diferente la respuesta ante catástrofes emergentes y situaciones de emergencia crónica. La visibilidad de la primera hace que la ayuda sea más cuantiosa que en el segundo caso.

La inexistencia de unos criterios claros de intervención también permite que, en muchos casos, la ayuda se vincule a la compra de bienes y servicios españoles con las consecuencias de retrasos injustificables, elevados costes de transporte, fuertes sobrecostes y el impacto negativo en la economía y empleo local. En este punto es destacable la escasa contribución española a organismos internacionales de la ONU y la OCDE (ver Gráfico 15). La ayuda multilateral se ha venido reduciendo e incrementando la bilateral desde 1996, con aportaciones siempre inferiores que la media del CAD (Sanahuja, 2002). Esta tendencia deja el campo abierto a que la ayuda humanitaria se guíe por intereses políticos y comerciales.

**Gráfico 15. Evolución de la Ayuda Humanitaria Bilateral y Multilateral Española, 1996-2001 (porcentaje sobre el total de Ayuda Humanitaria)**



Fuente: Elaboración propia a partir de datos cedidos por J.A. Sanahuja y de datos del CAD, OCDE

#### 5.4. Procedimientos operacionales y protocolos de actuación

En cuanto a **procedimientos de actuación ante emergencias**, desde el año 2001 la Unidad de Ayuda Humanitaria y de Emergencia de la AECEI trabaja con el "Protocolo de Contingencias" que "se aplica una vez que se ha decidido si se va a actuar y con qué intensidad" (Sanahuja, 2002: 89).

En este protocolo se diferencian tres tipos de respuesta humanitaria: acciones menores puntuales, grandes catástrofes y catástrofes complejas en las cuales se mezcla más de una emergencia (Lago, 2001: 31-46). Las actuaciones se centran en el envío urgente de ayuda de emergencia junto con ayudas a la reconstrucción, dirigiéndose sólo la primera desde la Unidad de Ayuda Humanitaria y de Emergencia y la segunda canalizándose vía programas y proyectos específicos. En ningún caso, por otra parte, queda especificado cómo actuar ante catástrofes emergentes y ante situaciones de emergencia continua. No se profundiza en esta diferenciación dentro de la asistencia humanitaria.

En general, el protocolo sólo se aplica en la primera parte de emergencia, donde intervienen las Unidades de Apoyo ante Desastres (UAD)<sup>46</sup>, y una vez que se ha decidido actuar. El protocolo tiene por tanto un carácter meramente operativo y a corto plazo. Esto se debe, en parte, a la posición de la Unidad de Ayuda Humanitaria y de Emergencia dentro del organigrama de la AECEI. Dicha Unidad depende del Gabinete Técnico del Secretario General y se encuentra en un nivel bajo del organigrama<sup>47</sup>.

Sólo en los casos definidos como **"catástrofes complejas"** aquellas catástrofes que afectan a varios países o que se producen en países en guerra o conflictos internos, se reúne la "Comisión Interministerial para coordinar planes de ayuda humanitaria en el exterior", adscrita al Ministerio de Asuntos Exteriores y creada a partir del huracán Mitch. Dicha Comisión tiene como objetivos la coordinación de los órganos centrales del Estado, la elaboración de planes de actuación, la acogida a damnificados y la colaboración con ayuntamientos y comunidades autónomas. No obstante, ha resultado poco operativa (Sanahuja, 2002: 73).

A grandes rasgos, se sigue careciendo de un plan de actuación que defina cuál es la estrategia a seguir desde la identificación de la necesidad de ayuda hasta la ejecución total y cuál es el carácter de la ayuda humanitaria. Una estrategia que se hace cada vez más urgente ante la necesidad de mantener la neutralidad e imparcialidad de la ayuda humanitaria en su concepción más clásica, lejos del aumento de la participación del ejército en acciones humanitarias, y de estructurar el continuum ayuda humanitaria –rehabilitación-desarrollo.

46. Las Unidades de Apoyo ante Desastres (UAD), creadas en junio de 2000, tienen como función salvar vidas en los primeros días de la emergencia.

47. El organigrama de la AECEI se encuentra recogido en el anexo VII. Organigrama de la Agencia Española de Cooperación Internacional (AECEI).

## El papel de las Fuerzas Armadas en la ayuda humanitaria

Las Fuerzas Armadas han ido aumentando su presencia en misiones internacionales desde los años 90. Una participación significativa tuvieron, por ejemplo, en las operaciones del huracán Mitch y la guerra de Kosovo en el 1999 y en las inundaciones de Mozambique en el 2000.

En el caso de las misiones de paz de Naciones Unidas, el papel de las Fuerzas Armadas se centra en crear un entorno de seguridad, asegurar la llegada de socorros y verificar el cumplimiento de los acuerdos de paz.

Sin embargo, parece cuestionable su presencia en misiones humanitarias al margen de las operaciones de paz. En el estudio *Civilian and Military Means of Providing and Supporting Humanitarian Assistance during Conflict. Comparative Advantages and Costs*, el Comité de Ayuda al Desarrollo hace un llamamiento a favor de la actuación de las ONG frente a las Fuerzas Armadas en las intervenciones humanitarias. Según el CAD, las ONG utilizan los recursos de manera más eficiente y tienen mayor capacidad para mover recursos locales. Además, el único motivo de la implicación de las Fuerzas Armadas ha de ser proporcionar seguridad.

La militarización de la **ayuda humanitaria**<sup>48</sup> atenta contra los principios básicos sobre los que ésta se asienta: **independencia e imparcialidad**.

-La acción humanitaria se basa en una evaluación directa y objetiva de las necesidades de la población, sin ningún tipo de consideración política. Los ejércitos beligerantes son por definición **parciales**; utilizan una lógica militar para seleccionar a la población beneficiaria de la ayuda, así como para diseñar las estrategias para prestar dicha ayuda.

-La primera consecuencia que conlleva la participación de los ejércitos en las acciones humanitarias es el más que posible **rechazo de la población civil** afectada a la ayuda suministrada por las organizaciones humanitarias; si los ejércitos sostienen que están prestando ayuda humanitaria, la población civil puede, fácilmente, catalogar a los trabajadores humanitarios como un brazo del ejército invasor, extendiendo por tanto su rechazo a los profesionales de la **ayuda humanitaria**.

-La militarización de la ayuda humanitaria **compromete**, en la mayoría de los casos, **la seguridad del personal humanitario**. Cuanto más se mezclan los militares con los civiles humanitarios, más difícil resulta la distinción entre lo civil y lo militar, lo que puede llevar a los actores locales a relacionar los fines humanitarios con los militares, asociando, por ende, las organizaciones humanitarias con el ejército invasor.

48. Los principios de la acción humanitaria excluyen la participación de los ejércitos. Es por esto que se habla de ayuda humanitaria y no de acción humanitaria.

-La ayuda humanitaria es **utilizada por los ejércitos como un elemento propagandístico**, pasando de ser un fin a ser un instrumento cuyo objetivo es conseguir el afecto de la población destinataria de la ayuda, buscando restarle legitimidad y apoyo al ejército contrario.

-La ayuda humanitaria prestada por los ejércitos es utilizada como un **disfraz de su acción militar o estrategia política**. En este sentido, la ayuda humanitaria es víctima de su propio peso. Viendo su alto grado de aceptación popular, los gobiernos y los militares se han apropiado del término, abusando de él para esconder objetivos de índole política o militar.

-La ayuda humanitaria suministrada por los ejércitos es **exageradamente cara**, ya que toda la logística que acompaña su desplazamiento está adecuada a una lógica militar y de auto protección. En este sentido, es ilustrativa la guerra de Afganistán, en la que el coste de cada kilo de ayuda humanitaria suministrada por el ejército de Estados Unidos fue de 7,5 dólares, mientras que el coste de cada kilo de material humanitario suministrado por las organizaciones humanitarias fue de 20 céntimos de dólar.

-La **asistencia de los ejércitos** a la población civil es una **obligación impuesta** a estos **por el Derecho Internacional Humanitario**, y más concretamente por la Convención de Ginebra de 1949, que establece que "el ejército ocupante tiene el deber de garantizar la provisión de alimentos y de todos aquellos medios necesarios para cubrir las necesidades vitales de la población civil afectada". El ejército sigue siendo ejército al cumplir sus obligaciones frente al Derecho Internacional Humanitario, y no se convierte al hacerlo en una organización humanitaria. Si estas obligaciones no se cumplen, o si la entrega de la ayuda humanitaria no se basa en los criterios de necesidad y de imparcialidad, la presencia de las organizaciones humanitarias tiene que ser aceptada.

-El **humanitarismo** no es un instrumento para acabar con la guerra o para crear la paz; es una **respuesta ciudadana a un fracaso político**. Es un acto **inmediato**, a corto plazo, que no puede eliminar la necesidad a largo plazo de responsabilidad política.

Fuente: Médicos Sin Fronteras

Por otra parte, la falta de una estrategia clara de intervención humanitaria provoca que no haya un trabajo y análisis exhaustivo por **áreas básicas de asistencia**. La ayuda humanitaria es clasificada en ayuda alimentaria y otros tipos de ayuda donde se incluye la ayuda a refugiados y a las situaciones de emergencia en general. No se distingue entre abastecimiento de agua y saneamiento, nutrición, ayuda alimentaria, refugios, asentamientos y planificación de emplazamientos y servicios de salud.

El Proyecto Esfera<sup>49</sup>, lanzado en julio de 1997 por un grupo de ONG y asociaciones humanitarias, que trabaja sobre una carta humanitaria, principios y estándares de respuesta en emergencias, subraya la importancia de la salud en las acciones humanitarias. Sin embargo, ni la Ley de Cooperación Española ni el Plan Director 2001-2004 señalan la importancia específica de la atención en salud en este tipo de intervenciones. Los datos, a este respecto, no aparecen desagregados y no es posible estudiar el componente de salud en la ayuda humanitaria.

En la Estrategia de la Cooperación Española en Salud, el apartado sobre “Situaciones de emergencia y catástrofes” cita la necesidad de abordar “el continuum ayuda humanitaria-rehabilitación-desarrollo, incluyendo las intervenciones en situaciones de emergencia en el sector de la salud” (AECI, 2003a: 49). Igualmente, se subraya el impacto de las catástrofes humanitarias sobre la mortalidad materna e infantil, la transmisión de enfermedades infecciosas y la vulnerabilidad de las mujeres. No obstante, no señala ninguna línea de actuación a seguir en salud en caso de intervención humanitaria. En este campo, las actuaciones de la cooperación española se centran en “la prestación de servicios sanitarios (...), la ejecución de campañas de inmunización y la puesta en funcionamiento de sistemas de atención sanitaria que protejan de una manera especial a las mujeres y los niños” (AECI, 2003a: 49). Por otro lado, se señala que las actividades relacionadas con la prevención deberían fijarse en aspectos relacionados con la atención y rehabilitación de los servicios de salud.

Por su parte, “la Oficina de Planificación y Evaluación (OPE) ha previsto la elaboración de una estrategia sectorial dedicada a la ayuda humanitaria, incluyendo las intervenciones en situaciones de emergencia en el sector salud”.<sup>50</sup>

## 5.5. Deficiencias en la gestión de la acción humanitaria

La acción humanitaria necesita mecanismos de gestión ágiles y flexibles capaces de adaptarse a entornos de ruptura e inestabilidad, que requieren rápidas respuestas. El **estatuto jurídico** de la Agencia Española de Cooperación Internacional (AECI), sujeto al Derecho Administrativo y a las normas de gestión presupuestaria, hacen que la estructura de la AECI sea extremadamente rígida para gestionar crisis humanitarias de forma eficaz.

49. Este proyecto ha buscado establecer unos estándares mínimos en la actuación de ONG durante las emergencias y actualmente está en su tercera fase (implementación en el terreno).

50. Contestación del Secretario de Estado de Relaciones con las Cortes, con registro de entrada 138.467 y fecha de 16 de junio de 2003, a la pregunta sobre Ayuda Oficial al Desarrollo en materia de salud hecha por el parlamentario Don Carles Campuzano i Canadés, 13 de mayo de 2003.

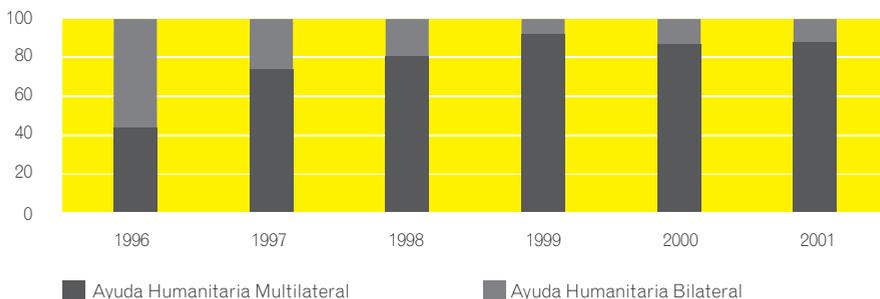
Por otro lado, desde diversas organizaciones humanitarias se ha demandado a la AECI un sistema de interlocución y financiación equiparable a los "Convenios marco de asociación" que puso en marcha ECHO, ya que hasta el momento son una herramienta de gestión que garantiza la agilidad y la estabilidad de la financiación.

Otra de las deficiencias de la gestión de la acción humanitaria española procede de la estructura orgánica de la AECI. En ésta, como se expuso anteriormente, la Unidad de Ayuda Humanitaria y de Emergencia, en dependencia del Gabinete Técnico del Secretario General, ocupa un nivel muy bajo en el organigrama. Este factor condiciona la gestión de la ayuda humanitaria ya que la aísla de los departamentos sectoriales e impide que se vincule e integre con las acciones de rehabilitación y reconstrucción posteriores. Sería pertinente fortalecer la Unidad de ayuda humanitaria, elevándola a rango de Dirección General y dotándola de personal especializado, así como disponer de una red de OTC capaces de trabajar sobre el terreno.

### 5.6. Insuficientes recursos económicos

A pesar de la gran visibilidad de la ayuda humanitaria española, un examen con detenimiento revela que, además de carecer de una estrategia de actuación con todo lo que esto conlleva, la dotación de recursos es verdaderamente escasa. En el 2002 sólo el 3% de la AOD se destinó a ayuda humanitaria y este dato refleja una tendencia que se observa en el siguiente gráfico.

**Gráfico 16. Evolución del porcentaje de la AOD destinado a ayuda humanitaria, 1996-2002**



Fuente: Elaboración propia basada en el CAD

Según el Plan Director, consciente de la escasez de recursos en comparación con la media del CAD, la dotación a ayuda humanitaria “deberá aumentar con el objetivo último de alcanzar en torno a 5.686 millones de pesetas en 2004”.

No obstante, el poco presupuesto para ayuda humanitaria, lejos de ser ampliado, ha facilitado que la AECI solicite donaciones privadas ante determinadas catástrofes en los últimos años.

### **Donaciones privadas para políticas públicas**

La Agencia Española de Cooperación Internacional abrió cuentas bancarias con motivo de las emergencias de Ruanda (1994), el huracán Mitch (1998), la guerra de Kosovo (1999) y el terremoto de El Salvador (2001) para financiar su propia ayuda humanitaria. La AECI señaló como causa el deseo de la sociedad civil de canalizar su ayuda a través de organismos gubernamentales antes que vía ONGD. No obstante, lo que se provocó fue una confusión entre las cuentas de la AECI y las de las ONGD.

Vía donaciones privadas, la AECI recaudó para Ruanda 1,2 millones de euros; para Centroamérica 4,2 millones de euros (9,3 millones de euros si contamos las aportaciones en especie de empresas e instituciones) para Kosovo 739.000 euros; y para El Salvador 11,2 millones de euros.

Esto se unía a la ayuda humanitaria oficial que fue para Ruanda de 2,2 millones de euros; para Centroamérica de 11,4 millones de euros; para Kosovo de 11,5 millones de euros; y para El Salvador de 9,8 millones de euros.<sup>51</sup>

La cooperación española, lejos de aumentar la cuantía de los recursos para ayuda humanitaria con desembolsos adicionales, salvo en los créditos FAD, lo que llevó a cabo fue una reasignación de presupuestos y la distribución de las recaudaciones de las Cajas de Ahorro. Del total de la ayuda humanitaria enviada por la AECI, ayuda oficial y donaciones privadas, el 35% se obtuvo a través de donaciones privadas como media de las cuatro operaciones humanitarias señaladas. No obstante, el peso relativo de las donaciones sobre el total varía según el país y así Kosovo se sitúa muy por debajo de la media con un 6%. (Cuadro 9)

51. Estos datos han sido extraídos de los PACI-Seguimiento 1994 y 2001 y de los PACI-Seguimiento Lista de proyectos por países 1998 y 1999.

**Cuadro 9. Ayuda humanitaria oficial y donaciones privadas (millones de euros y porcentaje sobre el total)**

	Donaciones privadas recaudadas por la AECI	Ayuda humanitaria oficial	Total de ayuda humanitaria	Peso relativo de las donaciones sobre el total
Ruanda, 1994	1,2	2,2	3,4	35%
Mitch, 1998	9,3	11,4	20,7	45%
Kosovo, 1999	0,7	11,5	12,2	6%
El Salvador, 2001	11,2	9,7	20,9	54%
Total	22,4	34,8	57,2	35%

Fuente: INTERMÓN-OXFAM (2000) *La realidad de la ayuda. 2000-2001*. Barcelona. Intermón-Oxfam, y SANAHUJA, J.A. (2002) *Guerras, desastres y ayuda de emergencia. El nuevo humanitarismo internacional y la respuesta española*. Barcelona. Intermón-Oxfam.

Esta lógica de las donaciones privadas, por otra parte, se opone a la Ley de Cooperación donde la cooperación oficial al desarrollo se entiende como una política pública que se financia con cargo a presupuestos generales del Estado y no puede recurrir a donativos privados.

A grandes líneas, la opción por la financiación privada de la ayuda humanitaria muestra el papel secundario de este tipo de ayuda dentro de la cooperación española y el carácter de beneficencia que sigue dándosele.



# La OAD descentralizada: Las comunidades autónomas

El comienzo de la cooperación descentralizada en España aparece con las políticas de hermanamiento entre municipios españoles y del Sur. El establecimiento del Estado de las autonomías y las transferencias del gobierno central fueron poniendo en marcha los primeros programas de cooperación, donde el Gobierno de la Comunidad Autónoma Vasca fue pionero a mediados de los años 80.

Las comunidades autónomas son, junto al resto de los entes locales, las ejecutoras de la ayuda oficial al desarrollo descentralizada de carácter bilateral y no reembolsable. No obstante, en el ámbito europeo la cooperación descentralizada comprende un abanico más amplio de agentes sociales, entre los que se incluyen sindicatos, universidades, organizaciones empresariales, partidos políticos y otras organizaciones de la sociedad civil. En España muchas de estas instituciones optan por fundar su organización no gubernamental para acceder a las ayudas y subvenciones de cooperación al desarrollo.

Este apartado se centra en el papel específico de las comunidades autónomas, sin olvidar la importancia de la cooperación al desarrollo llevada a cabo por diputaciones ayuntamientos, fondos de cooperación y otros entes de carácter municipal como las mancomunidades.

## **1. Marco regulador**

### **1.1. Las leyes autonómicas de cooperación al desarrollo**

La Ley española de Cooperación Internacional (23/98) supone el antecedente principal para las sucesivas leyes autonómicas en la materia. Hasta hoy se han aprobado leyes específicas que regulan la cooperación internacional al desarrollo en nueve comunidades autónomas: Andalucía, Aragón, Castilla-La Mancha, Cataluña, Extremadura, Galicia, Navarra, Madrid y La Rioja (Cuadro 9). Todas ellas siguen el esquema general de la Ley de Cooperación Internacional española, con algunas particularidades y novedades en cada caso. Algunas de ellas, como la de Madrid y Extremadura, coinciden en todos sus puntos.

La cooperación en el resto de las comunidades autónomas se rige por decretos y convocatorias anuales de subvenciones. Las convocatorias distinguen entre proyectos de desarrollo y de ayuda humanitaria o de emergencia. Entre las prioridades sectoriales a la hora de subvencionar proyectos, la salud aparece como

un sector prioritario dentro del de necesidades básicas.

En las prioridades geográficas las leyes autonómicas remiten por lo general a la legislación nacional o suelen decantarse por los países con menor Índice de Desarrollo Humano (IDH) según la clasificación del PNUD y por países con relaciones de tipo histórico o cultural con la comunidad autónoma.

## **1.2. Marco institucional<sup>52</sup>**

Para observar la relevancia que la cooperación al desarrollo tiene en el ámbito autonómico resulta ilustrativo conocer en qué parte de su organigrama se sitúan los servicios encargados de esta labor. Por lo general, los organismos de cooperación al desarrollo dependen de la Consejería de Bienestar Social o Asuntos Sociales según la denominación en cada caso, o bien de la Consejería de Presidencia, a excepción de la Comunidad de Cantabria donde los temas relacionados con la cooperación internacional al desarrollo se gestionan a través de la Consejería de Economía y Hacienda.

En las consejerías no existe acuerdo sobre dónde establecer el departamento de cooperación. Así, dependiendo de la comunidad autónoma, la ubicación de la cooperación al desarrollo varía pudiendo constituir por sí misma una dirección general o bien compartirla con los departamentos de inmigración, voluntariado o relaciones con la Unión Europea. La tendencia actual es la creación de agencias de cooperación autonómicas. La primera ha sido la de Valencia y está planeada su creación en Cataluña.

## **1.3. La salud en la cooperación al desarrollo de las comunidades autónomas**

El ámbito de la salud aparece en el apartado de las prioridades sectoriales, aunque escasas veces se menciona algún subsector concreto. Por lo general, como propuso la Ley de Cooperación Española, los sectores prioritarios son muy amplios y abarcan desde los servicios sociales básicos hasta la investigación científica y tecnológica aplicada a proyectos de desarrollo, pasando por formación de recursos humanos, el fortalecimiento de estructuras democráticas y la promoción de los derechos humanos.

52. Para una mayor profundización en este tema consultar CONGDE (2003) *Análisis de la cooperación oficial descentralizada en el Estado español en el periodo 1999-2002*, Madrid.

De las actualmente vigentes, únicamente la ley catalana de cooperación al desarrollo incluye en sus prioridades sectoriales una referencia amplia al sector salud, incidiendo en la salud reproductiva y la atención primaria como subsectores de vital importancia. En el resto de las leyes no encontramos directrices sobre salud en general y cabe pensar que sólo en Cataluña existen unas bases para la redacción de una posible estrategia en salud.

Uno de los grandes vacíos que encontramos tanto en la ley nacional como en las leyes autonómicas, salvo en la Navarra, es la ausencia del enfoque de género como eje transversal de la cooperación al desarrollo. Atendiendo a datos sobre la situación de la mujer en el mundo y volviendo a las notas anteriores sobre género, hemos de resaltar la importancia de este enfoque como eje de las políticas de cooperación.

Las leyes por lo general dejan muchos vacíos en materia de salud que resultan fundamentales en cooperación al desarrollo. Establecen pautas de organización y estamentos de coordinación, así como los principios de su fundación, pero no inciden de manera relevante en la consecución de los objetivos planteados.

De ahí la importancia de las estrategias sectoriales. Éstas resultan muy recomendables, pues, a pesar de su carácter no vinculante, desarrollan líneas por las que han de guiarse los proyectos de un determinado sector. En salud las principales actuaciones han de dirigirse principalmente al objetivo general de erradicar la pobreza que todas las comunidades con ley específica contemplan.

Otras de las principales ventajas aportadas por una estrategia en salud es que posibilita la coordinación de los diversos actores, evita actuaciones aisladas y aumenta el impacto de los proyectos. En una estrategia en salud se definen las prioridades y los ámbitos sobre los que se quiere incidir lo que requiere un análisis en profundidad de la realidad sobre la que se va a actuar. Es necesaria además una identificación de necesidades, como propone la estrategia nacional de salud y una formación de técnicos en materia de cooperación que hagan operativos los objetivos trazados.

**Cuadro 10. La política de cooperación al desarrollo en las comunidades autónomas**

Comunidad autónoma	Ley de Cooperación	Bases para una estrategia en salud	Plan Director	Informes públicos
Islas Baleares	<i>En trámites parlamentarios</i>	No	No	Sí
Navarra	Sí	No	No	Sí
Comunidad Autónoma Vasca	<i>Pendiente de aprobación</i>	No	No	Sí
Extremadura	Sí	No	No	No
La Rioja	Sí	No	No	No
Castilla-La Mancha	Sí	No	<i>Previsto</i>	No
Asturias	<i>En trámites parlamentarios</i>	No	Sí	No
Aragón	Sí	No	Sí	No
Andalucía	Sí	No	No	No
Cataluña	Sí	No	Sí	Sí
Madrid	Sí	No	Sí	Sí
Comunidad Valenciana	<i>Prevista</i>	No	No	No
Canarias	No	No	No	No
Castilla Y León	No	No	No	No

Cantabria	No	No	No	No
Murcia	No	No	No	No
Galicia	No	No	<i>Previsto</i>	No

Fuente: Elaboración propia y CONGDE (2003)

## 2. La AOD de las comunidades autónomas

La AOD descentralizada de las comunidades autónomas está experimentando un rápido crecimiento que no se ve equiparado con el aumento de la capacidad técnica necesaria. La tónica general es el reparto de los recursos entre ONG a través de las distintas convocatorias por la falta de formación de técnicos en las administraciones autonómicas. Por otra parte, la inexistencia de estrategias e intervenciones a largo plazo y el régimen de convocatorias anuales tiende a focalizar la ayuda vía proyectos, lo cual limita el posible impacto de la misma.

Se puede afirmar que se trata de una cooperación muy dispersa y constituida a base de microproyectos, sostenidos por convocatorias a corto plazo y por lo tanto con gran dependencia presupuestaria. "Es una cooperación poco consolidada institucional y normativamente y por lo tanto, sometida a los avatares imprevistos y vaivenes".<sup>53</sup>

En cuanto a las aportaciones de las distintas comunidades autónomas, la Comunidad Foral de Navarra, la Comunidad Autónoma Vasca, la Junta de Comunidades de Castilla La Mancha y las Islas Baleares ocuparon en 2002 los cuatro primeros puestos en AOD per cápita y son las únicas comunidades que se sitúan por encima de la media, 5,66 euros por habitante.

Algunas de las comunidades autónomas más pobladas, como la de Madrid o Cataluña, si bien en términos absolutos aportan el 4,58% y el 13,49% del total de AOD autonómica en 2002, en términos per cápita no aportan más que 1,71 euros y 3,67 euros por habitante, una cifra poco alentadora.

53. Intervención de D. José Antonio Alonso, Director del Departamento de Cooperación y Desarrollo del ICEI (Universidad Complutense) en el informe de la ponencia de estudio sobre cooperación descentralizada. BOCG. 5 de marzo de 2003. Núm. 608. Pág 5.

Existe una gran diversidad en la AOD per cápita donada por las diferentes comunidades autónomas que se expresa en una desviación típica de 5 euros por habitante y en que trece de las comunidades autónomas de España no aportan ni una cuarta parte de la AOD per cápita de la Comunidad Foral de Navarra, primera comunidad donante.

Esta heterogeneidad en la cuantía de AOD autonómica per cápita refleja una tendencia presente en los últimos tres años en tanto que el aporte ha ido en aumento de modo similar en casi todas las comunidades y no se ha modificado significativamente el número de habitantes (Cuadro 10).

**Cuadro 11 . Distribución de la AOD por comunidades autónomas 2000-2002 (miles de euros)**

Comunidad Autónoma	Año 2000		Año 2001		Año 2002		
	AOD	% sobre total de AOD procedente de CC.A.	AOD	% sobre total de AOD procedente de CC.A.	AOD	% sobre total de AOD procedente de CC.A.	AOD per cápita (euros por habitante)
Comunidad Foral de Navarra	11.525	9,8	11.441	9,68	11.509	6,68	20,71
Comunidad Autónoma Vasca	25.219	21,44	20.444	17,29	27.268	15,82	13,09
Junta de CC de castilla La Mancha	3.828	3,25	6.697	5,67	17.163	9,96	9,75
Gobierno de las Islas Baleares	2.818	2,4	6.094	5,16	7.572	4,39	9,00
Comunidad Autónoma de La Rioja	1.341	1,14	1.399	1,18	1.446	0,84	5,22
Junta de Extremadura	4.187	3,56	4.708	3,98	5.467	3,17	5,16
Generalitat Valenciana	12.696	10,79	7.714	6,53	19.601	11,37	4,71
Principado de Asturias	2.930	2,49	4.539	3,84	4.530	2,63	4,26
Diputación General de Aragón	3.560	3,03	4.407	3,73	4.937	2,86	4,10
Generalitat de Cataluña	13.040	11,03	15.948	13,49	23.253	13,49	3,67
Gobierno de Canarias	4.489	3,82	2.187	1,85	5.799	3,36	3,42
Junta de Andalucía	16.672	14,17	16.170	13,68	22.428	13,01	3,05

Comunidad Autónoma de Cantabria	659	0,56	903	0,76	1.579	0,92	2,95
Región de Murcia	885	0,75	1.205	1,02	2.490	1,44	2,08
Junta de Castilla y León	3.783	3,22	3.999	3,38	4.686.110	2,72	1,91
Xunta de Galicia	2.797	2,38	28.369	2,4	4.602	2,67	1,71
Comunidad de Madrid	7.100	6,03	7.372	6,24	7.902	4,58	1,46
AOD compartida	121	0,1	143	0,12	121	0,07	
Total	117.655	100	118.208	100	172.354	100	

Fuente: Elaboración propia a partir de PACI-Seguimiento 2000, 2001 y 2002

En cuanto al estudio de esta AOD autonómica por sectores, resulta difícil al no existir una estandarización en la recogida de los datos de cada comunidad autónoma. En cada una de ellas la AOD es gestionada de manera distinta y no es fácil disponer de los datos por sectores para hacer un análisis exhaustivo. Al igual que en el resto de los sectores, en salud nos encontramos con el inconveniente de que muchas comunidades autónomas no ofrecen datos desagregados por subsectores.

La AOD gestionada por las comunidades autónomas es contabilizada y publicada por la Oficina de Planificación y Evaluación de la AECI desde 1998, que realiza los PACI-seguimiento donde, no obstante, no se encuentra un nivel de desagregación detallado. Se hace necesaria una sistematización en la que aparezca la AOD por sectores y subsectores tanto desde las comunidades autónomas como desde la OPE.

En el citado informe de cooperación descentralizada de la Coordinadora de ONG-España también destaca este hecho: "(...) no existe un criterio seguido por todas las comunidades autónomas a la hora de contabilizar la ayuda destinada a cooperación al desarrollo".

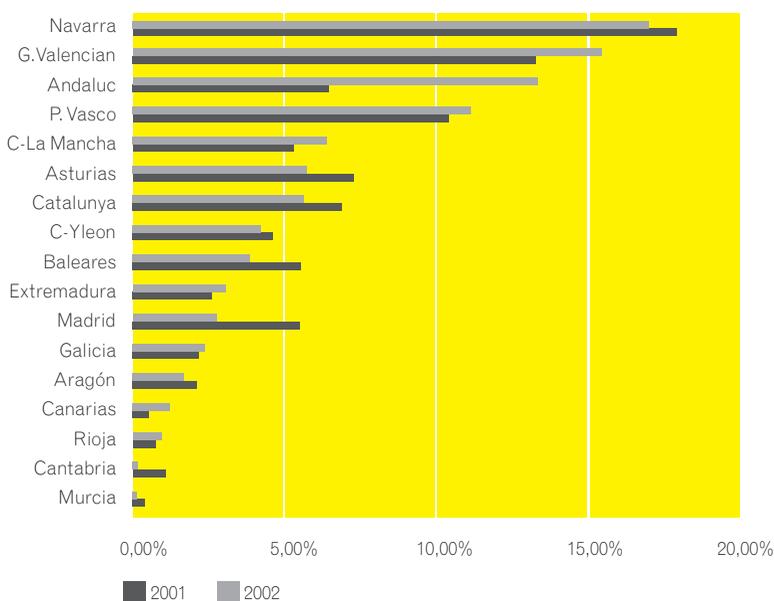
La cooperación de las comunidades autónomas se enfrenta a diversos retos entre los que destacan: la consolidación normativa y estratégica más allá de las leyes autonómicas, la coordinación de los actores para lograr mayor confianza entre ellos, la integración de agentes de cooperación además de las ONG, la promoción de la calidad de las intervenciones<sup>54</sup> y la evaluación. Al igual que en la cooperación al desarrollo estatal, son pocos los esfuerzos destinados al análisis del impacto de las intervenciones.

### 3. La cooperación sanitaria

En 2002, las comunidades autónomas destinaron 22,9 millones de euros de su ayuda oficial al desarrollo al sector salud. Esto supuso el 13% de todo su presupuesto a cooperación para el desarrollo, por encima de la media de las administraciones públicas del ámbito estatal.

En 2002, la Comunidad Foral de Navarra fue la que destinó mayor parte de AOD a salud, un 17% del total. Las comunidades autónomas que menos destinaron a cooperación sanitaria fueron Cantabria y Murcia, con un 0,17% cada una (Gráfico 17)

**Gráfico 17. Aportación porcentual de las CC.AA. del sector salud, 2001-2002**



Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos de la OPE

54. Intervención de D. José Antonio Alonso, Director del Departamento de Cooperación y Desarrollo del ICEI (Universidad Complutense) en el informe de la ponencia de estudio sobre cooperación descentralizada. BOCG. 5 de marzo de 2003. Núm. 608.

### 3.1. Distribución sectorial

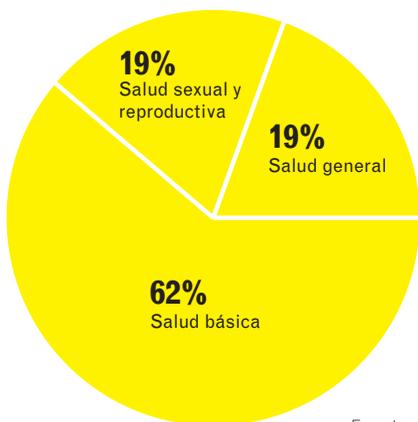
La ya indicada falta de criterios comunes en la contabilización de la AOD de las comunidades autónomas dificulta el análisis de los sectores de salud al tiempo que limita su fiabilidad. La Oficina de Planificación y Evaluación (OPE) de la SECIPI clasifica los proyectos enviados por las comunidades autónomas según los subsectores CRS. Sin embargo, tras un análisis exhaustivo de los proyectos, se ha podido observar que con frecuencia esa clasificación resulta aleatoria. Dada la especificidad de algunos de los subsectores es complicado clasificar muchos de los proyectos que pueden abarcar distintos ámbitos. Además es frecuente que la información aportada por las comunidades autónomas esté referida a proyectos integrales, con la dificultad de clasificación que eso supone. Se trata, no obstante, de la única fuente de información oficial en la que podemos encontrar información reunida de los proyectos que las comunidades autónomas financian.

Los subsectores CRS en los que se apoya la OPE recogen los sectores CAD y permiten analizar la salud tanto por sectores como por subsectores. Esta clasificación<sup>55</sup>, como se menciona en el capítulo anterior, no se corresponde con las categorías de atención primaria y atención especializada manejadas entre los profesionales sanitarios.

En el año 2002, la mayor parte de la AOD autonómica del sector salud se destinó a **salud básica**, el 62%. Esto se debe a que aquí se incluyen, entre otros, los proyectos enmarcados dentro de atención sanitaria básica e infraestructura sanitaria básica, que absorben una gran cantidad de fondos, un 22,5% y un 20,6% respectivamente de toda la AOD autonómica destinada a salud. Por otro lado, tanto el **sector salud general** como el sector **programas y políticas sobre población y salud reproductiva**, que denominaremos **salud sexual y reproductiva**, reciben el 19%.

55. Para una mayor información sobre esta clasificación, consultar el anexo V. Descripción de los sectores CAD y subsectores CRS.

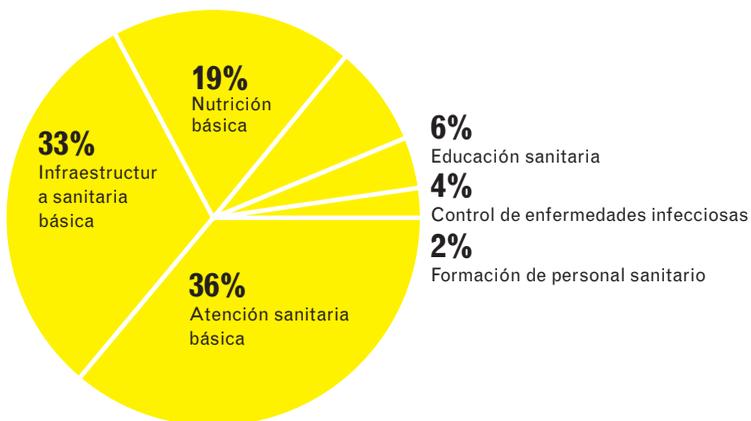
**Gráfico 18. Distribución de los sectores de salud en la AOD autónómica, 2002**



Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos de la OPE

En un análisis específico del sector **salud básica**, se observa que los tres subsectores principales son “atención sanitaria básica”, que recibe el 36% de toda la AOD destinada a este sector; “infraestructura sanitaria básica”, al que se dirige el 33%; y nutrición básica, con un 19% (Gráfico 19). Las comunidades autónomas mantienen la tendencia, señalada en el análisis de la AOD española, de dar un peso excesivo a los proyectos de construcción de infraestructuras e inmuebles frente a otros proyectos de formación, prevención o investigación.

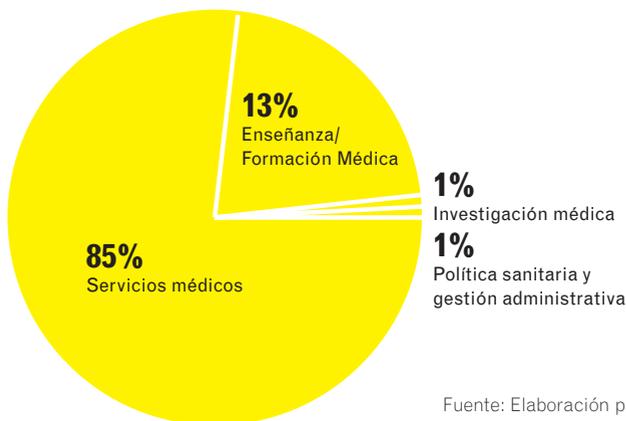
**Gráfico 19. Distribución de los subsectores de Salud básica, 2002**



Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos de la OPE

En cuanto al sector de **salud general**, el 85% de la AOD de este subsector se dirige a "servicios médicos". Este subsector resulta muy amplio en su definición y en él se incluyen un gran número de proyectos.<sup>56</sup>

**Gráfico 20. Distribución de los subsectores de Salud general, 2002**



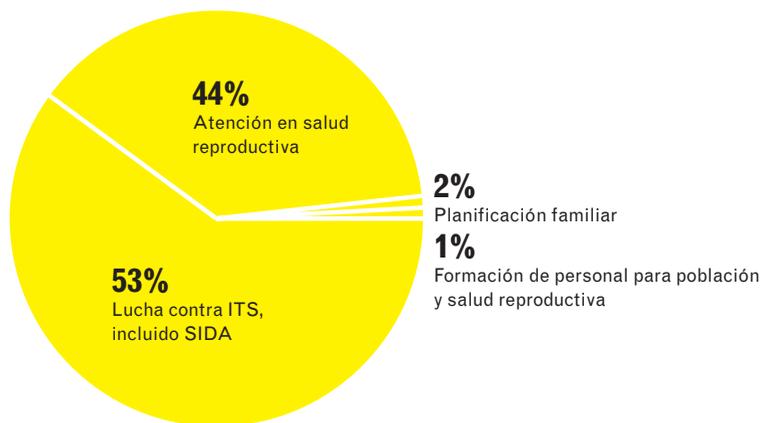
Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la OPE

Por otra parte, resulta interesante observar cómo dentro del sector **salud sexual y reproductiva**, la "lucha contra ITS, incluido sida" y la "atención en salud reproductiva" reciben conjuntamente el 97% de la AOD en este sector. Sin embargo, al subsector de planificación familiar apenas se destina el 2% (Gráfico 21). Al igual que en la AOD total, las Comunidades Autónomas dan poca importancia a la "planificación familiar". Esta es una realidad conocida por las propias instituciones como se señala en el Libro blanco de la cooperación de la Comunidad Valenciana: "*Otra cuestión a señalar es la escasa incidencia de la cooperación valenciana en programas de salud reproductiva y la planificación familiar por un lado, y enfermedades de transmisión sexual por otro*" (Comunidad Valenciana: 2001).

En general, teniendo en cuenta los problemas asociados a la ausencia de políticas de salud sexual y reproductiva que se dan en muchos países del Sur, el sector de "salud sexual y reproductiva" debería estar dotado de más recursos pues resulta clave en la salud básica de la población.

56. Según el *Creditor Reporting System* el subsector servicios médicos engloba laboratorios, clínicas especializadas y hospitales (incluyendo equipamiento y suministros), ambulancias, servicios dentales, salud mental, rehabilitación médica, control de enfermedades no infecciosas, control del abuso de medicamentos y fármacos (excluyendo control y tráfico de estupefacientes).

**Gráfico 21. Distribución de los subsectores de Salud sexual y reproductiva, 2002**



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la OPE

Sería muy beneficioso que, fruto de una coordinación eficaz entre comunidades autónomas, ONG y otros actores implicados, se pudiera planificar una política de cooperación sanitaria al desarrollo integral, que distribuyera racionalmente y con el mayor impacto posible las ayudas.

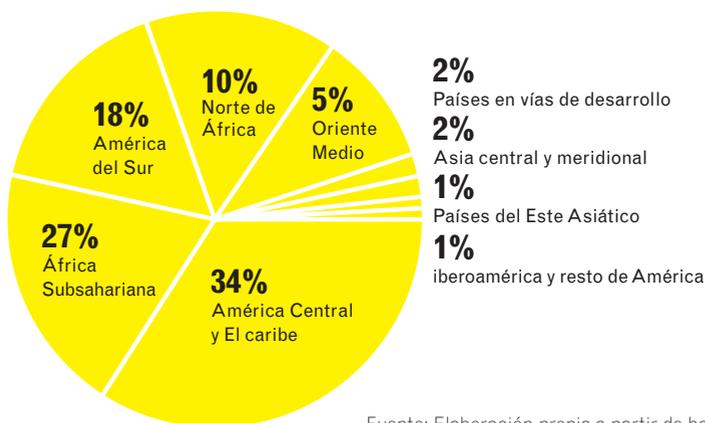
### **3.2. Distribución geográfica**

Si se realiza un análisis general de la distribución de la AOD autónoma en salud por **regiones**, observamos que Iberoamérica recibe más de la mitad de la ayuda, un 53%. Según la distribución de la OPE, un 34% de la AOD autónoma en salud es destinada a América Central y el Caribe, un 18% a América del Sur y un 2% para el resto de América (gráfico 23).

El continente africano es el segundo gran receptor de la AOD autónoma en salud. Alrededor del 37% de la AOD autónoma en salud se destina a este continente, un 27% a África Subsahariana y un 10% al Norte de África.

Asia es el continente que menos recursos absorbe, un 8% del total de la AOD autónoma dirigida al sector salud. Oriente Medio es la región que más recibe en este continente, un 5%, y le siguen Asia meridional y los países del Este asiático con un 2% y 1% respectivamente.

**Gráfico 22. Distribución regional de la AOD autónoma en el sector salud, 2002**

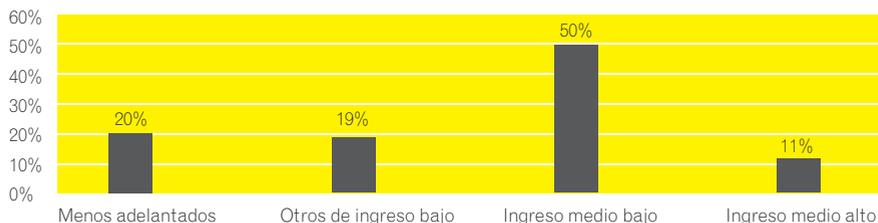


Fuente: Elaboración propia a partir de base de datos de la OPE

Aunque el *Informe de desarrollo humano* de 2003 realizado por el PNUD, confirma que los 20 países menos avanzados del mundo son todos países subsaharianos, esta situación no se refleja en el incremento lógico de la cooperación con estos mismos países.

Por otra parte, centrándonos en la AOD autónoma en el sector salud por nivel de ingreso del país receptor, resalta que la mayor parte se canaliza hacia países de renta intermedia. Así, la mitad de la ayuda es destinada a países de ingreso medio bajo como Guatemala, Bolivia, Marruecos y Perú, entre otros; y el 11% a países de ingreso medio alto, como México, Chile o Líbano, cifra superior a la media de las administraciones españolas en general que se analiza en el capítulo anterior.

**Gráfico 23. Distribución geográfica de la AOD autónoma en el sector salud según nivel de ingreso del país receptor, 2002**



Fuente: Elaboración propia a partir de base de datos de la OPE

Un 20% reciben los países menos adelantados, la mayoría de África Subsahariana, y un 19% otros de ingreso bajo entre los que se encuentran India, Indonesia, Nicaragua y Honduras junto con otros también de África Subsahariana.

#### **4. Fondos de cooperación**

Se trata de una novedosa fórmula de cooperación para la gran mayoría de las comunidades autónomas y otros entes descentralizados, cuya fundación aparece prevista en algunas de las leyes autonómicas. Los fondos de solidaridad y cooperación suponen la coordinación entre diversos municipios y regiones, normalmente por afinidad territorial, para llevar a cabo proyectos de cooperación al desarrollo. Esta fórmula nace con el deseo de dar la oportunidad a los pequeños ayuntamientos de participar en proyectos de mayor envergadura y de modo más coordinado que lo que podrían ser las convocatorias de subvenciones.

En la actualidad existen nueve<sup>57</sup> en funcionamiento que agrupan a más de 600 entidades locales, la mayor parte de ellas ayuntamientos. Destaca el Fons Catalá por su antigüedad (constituido en 1986) y por la participación de socios, 273, de los cuales 239 son ayuntamientos que concentran al 85% de la población catalana y el Fons Menorquí que agrupa al 100% de los municipios de la isla.

Por lo general el sector salud no es una de las prioridades de los proyectos que financian los fondos de cooperación. Desde algunos fondos se argumenta que el desarrollo y fortalecimiento institucional es el sector preferente debido a la experiencia en la gestión municipal y los recursos humanos de que disponen. Aunque existen excepciones, como el Fons Pitiús, formado por instituciones de las islas Ibiza y Formentera, que destinó en 2001 el 38% del total de su presupuesto a proyectos en el sector salud incluidas las actuaciones en emergencias.

Los fondos de cooperación ofrecen oportunidades de participar en proyectos de cooperación a municipios pequeños que carecen de técnicos adecuados y cuya aportación es reducida. Además se evitan así intervenciones aisladas y de muy reducida envergadura, favoreciendo las subvenciones de mayores cantidades y facilitando la labor de justificación a las ONG. Aunque se conforman en una confederación de ámbito nacional, cada uno de ellos tiene un funcionamiento e idiosincrasia particulares cuyas prioridades sectoriales y geográficas dependen de diversos intereses. Entre estos es frecuente la afinidad a zonas con lazos culturales o históricos, o a regiones donde existe una colonia emigrante de la comunidad autónoma.

57. Estos son el Fons Catalá, el Fons Valencià, el Fons Mallorquí, el Fons Menorquí, el Fons Pitiús, el Euskal Fonda, el Fondo Galego, el Fondo Andaluz y el Fondo Extremeño.

Además de los ya existentes, en Asturias está en trámites la creación de un fondo de cooperación y en Castilla-La-Mancha la Ley de Cooperación prevé su creación en breve. Se establece así una tendencia a llevar a cabo actuaciones coordinadas de cooperación y se fortalece el asociacionismo de los entes locales para alcanzar fines de solidaridad internacional. Por otro lado, también encontramos una falta de normativa que regularice las actuaciones de estos agentes de cooperación, lo que hace que muchas de las intervenciones atiendan a intereses particulares más que a los fines de la cooperación al desarrollo.

En cuanto a aportaciones de estos fondos a cooperación al desarrollo en general y a cooperación al desarrollo en el ámbito de la salud específicamente, resulta imposible dar datos ya que no se han facilitado.

## **5. La acción humanitaria autonómica**

La ayuda humanitaria gestionada desde las comunidades autónomas supone un porcentaje importante del total donado por los organismos públicos, el 28% en 2002. No obstante, el porcentaje destinado a ayuda humanitaria en el ámbito autonómico, siguiendo la línea de la cooperación oficial en general, alcanza en ese mismo año un reducido 6%.

No existen **estrategias definidas de acción humanitaria** como tal. En las comunidades autónomas que tienen ley de cooperación la ayuda humanitaria se define como un instrumento de la cooperación, ámbito de actuación o sector prioritario aunque es gestionada como secundaria dentro de la cooperación al desarrollo.

En el resto de comunidades donde no hay aún ley de cooperación la ayuda humanitaria se rige mediante decretos y normativas, como es el caso de las Islas Baleares en donde existe una convocatoria abierta durante todo el año para ayuda humanitaria y acciones de emergencia.

Por lo general se considera como una modalidad más de la cooperación sin profundizar en su carácter imprevisible y la amplia visión que requiere su funcionamiento.

Existen algunas convocatorias de acción humanitaria de instituciones autonómicas con un presupuesto muy limitado y una concepción reduccionista de la misma, limitándola a casos de emergencia. Se puede afirmar que, por lo general, no existe una formulación teórica que defina las especificidades de la acción humanitaria. No es así el caso del Gobierno Vasco, que en el año 2003 aumentó del 5% al 10% el máximo destinado a esta partida en la convocatoria anual del FOCAD, capítulo V, dirigida a proyectos de acción humanitaria. Esta convocatoria se caracteriza por tener una concepción más adecuada de lo que es la acción humanitaria, haciendo hincapié, además de la asistencia de urgencia, en la protección de la dignidad de

las personas, en el respeto de los principios humanitarios, la promoción de los derechos humanos y el Derecho Internacional Humanitario. Además contempla, entre otras, las operaciones relacionadas con la ayuda a desplazados y refugiados y primeras fases de la rehabilitación. Está abierta todo el año con unos criterios técnicos precisos en cuanto a los requisitos de los proyectos, ámbito de actuación y gastos subvencionables.

En otros casos las leyes o reglamentos definen los contenidos incluyendo aspectos como la preparación, la prevención y la rehabilitación a corto plazo. Es de destacar a este respecto que algunas leyes, como las de Galicia y Cataluña, diferencian entre ayuda humanitaria y ayuda de emergencia. Así se diferencia la ayuda más urgente de otras de tipo alimentario o más asistencial.

Respecto a las partidas presupuestarias destinadas a operaciones humanitarias, algunas comunidades, como Castilla-La Mancha, especifican en su presupuesto que alrededor del 10% del presupuesto de AOD ha de ser destinado a ayuda humanitaria. El Plan Director de Cataluña lo establece entre el 7 y el 10%. Otras no incluyen partidas para ayuda humanitaria en sus convocatorias de subvenciones ni en sus planes directores por no considerar la ayuda de emergencia una prioridad, como se especifica en el plan director 2001-2004 de la Comunidad de Madrid. En esta comunidad la ayuda humanitaria se financia con presupuestos extraordinarios.

En líneas generales, no se regulan planes de actuación en casos de emergencia y simplemente se ofertan convocatorias de subvenciones con unos criterios poco exhaustivos sobre la actuación que se va a llevar a cabo.

No se ha elaborado hasta ahora ningún protocolo de actuación en casos de emergencias. El plan cuatrienal de la Comunidad de Madrid lo preveía para el año 2002 pero finalmente no se llevó a cabo. En el Plan Director de Cataluña se prevé para el período 2003-2006 junto con la constitución de una mesa de coordinación de la ayuda de emergencia. Se espera que esta mesa de coordinación sirva como un catalizador de las diferentes iniciativas sociales, respetando su autonomía, y en ella participarán la Generalitat, la FCONGD (Federación Catalana de ONGD) y el Fons Català de Cooperació al Desenvolupament. En todo caso se intentará dar un papel relevante a aquellas ONG, coordinadas por la FCONGD, que tengan amplio conocimiento y experiencia previa en la zona.

Al igual que a escala nacional, no encontramos criterios de intervención que hagan hincapié en la necesidad de trabajar las áreas básicas de acción humanitaria, entre ellas la salud. La cooperación al desarrollo acapara toda la regulación, así la acción humanitaria queda como algo poco específico y detallado.

En el ámbito autonómico la ayuda de emergencia obedece a las situaciones puntuales de los desastres ocurridos lo que produce un efecto inmediato y sig-

nificativo, pero a veces poco viable e incluso de efectos contradictorios. Las fases de identificación de necesidades y la reflexión sobre la ayuda humanitaria que se envía son necesarios para no provocar dependencias ni nuevos estados de necesidad.

La ayuda de emergencia requiere un proceso ágil y rápido tanto en la decisión como en la actuación ya que la naturaleza de la necesidad no es comparable a la de los proyectos de desarrollo. Los **comités consultivos** de ayuda humanitaria y de emergencia con participación de ONG, que poseen algunas comunidades autónomas como la Comunidad Valenciana, suponen un comienzo para conseguir una coordinación mayor en casos de emergencia. En la Comunidad de Madrid estaba previsto crear en 2002 un Comité de coordinación de la ayuda de emergencia. Dicho Comité fue inicialmente constituido, con la participación de varias ONG y de Protección Civil de la Comunidad, pero sin embargo no llegó a ser operativo y permanece paralizado por dos factores: una escasa voluntad política para ponerlo en funcionamiento y el parón derivado de las elecciones autonómicas de mayo de 2003.

Aunque en la mayoría de las comunidades autónomas la ayuda de emergencia es gestionada desde el consejo de cooperación, existe una tendencia a promover consejos de ayuda humanitaria debido principalmente a la frecuencia de crisis humanitarias y la conciencia cada vez mayor de la necesidad de una ayuda humanitaria eficaz.

En buena parte de las instituciones se asume de alguna forma la idea de la vinculación entre la ayuda humanitaria, la rehabilitación y la cooperación para el desarrollo. Así, la Ley de Cooperación de la Comunidad de Madrid de 1999 señala que "la ayuda humanitaria podrá dar paso a actividades de rehabilitación, de reconstrucción de infraestructuras, restablecimiento institucional o de reinserción de poblaciones afectadas, debiendo promoverse la mayor coordinación posible entre las entidades que colaboren respecto de las instituciones u organizaciones locales, a fin de tener en cuenta los objetivos del desarrollo a medio y largo plazo".

Según el estudio que Karlos Pérez de Armiño está preparando sobre acción humanitaria y comunidades autónomas, perdura cierta confusión conceptual en cuanto a los objetivos, los contenidos y los criterios de la ayuda de emergencia y, sobre todo, en cuanto a la diferencia entre ayuda y acción humanitaria en el ámbito de las comunidades autónomas.



# Conclusiones y recomendaciones

## 1. Conclusiones

1. La **salud** es un **bien público global** que se debe proteger, promover y garantizar, fundamentalmente por los Estados. Sin embargo, la situación mundial de salud ha empeorado, y las diferencias entre los países del Norte y los países del Sur, lejos de acortarse, aumentan cada día. Por ejemplo, la esperanza de vida en República Democrática del Congo es de 34.8, mientras en España es de 70.9 según datos del 2001 de la OMS. Los países en desarrollo están importando enfermedades asociadas a hábitos más propios de los países desarrollados, aunque las enfermedades transmisibles continúan siendo la principal causa de morbilidad.

2. La salud está reconocida como un **elemento fundamental de desarrollo** y, como tal, es incluida en las agendas de los principales encuentros internacionales. En cambio, los compromisos adquiridos en estos encuentros no se traducen en políticas concretas y ni siquiera los fondos comprometidos son transferidos a las instituciones destinatarias. En el caso español, los compromisos adquiridos en el contexto internacional no tienen un reflejo en políticas propias o actuaciones concretas dentro de la cooperación al desarrollo y/o la acción humanitaria.

3. Una tercera parte de la población mundial carece de **acceso a medicamentos esenciales**. En algunas de las regiones más empobrecidas de África y Asia, esta cifra supera el 50%. De los 1.393 nuevos medicamentos comercializados entre 1975 y 1999, solamente 11 son para el tratamiento de enfermedades tropicales. Más del 85% de la población mundial vive en los países menos desarrollados, pero sólo representan una quinta parte del mercado farmacéutico mundial.

4. La **implicación del sector privado**, lucrativo y no lucrativo, resulta importante para poder mantener en funcionamiento los sistemas de salud de muchos países. No obstante, deberían ser los **Estados** los garantes del derecho a la salud de la población ya que es el poder público el que debe garantizar el ejercicio del derecho a la salud de la población.

5. Las 4 ONG que han elaborado este informe consideran muy positivo el hecho de que la cooperación española haya desarrollado una **estrategia sectorial en salud**. Esta necesidad de regular la cooperación sanitaria fue solicitada como prioritaria en el informe de 2002 sobre la salud en la cooperación al desarrollo española.

6. No obstante, el desarrollo actual de la **estrategia es insuficiente**, dado que no existen ni una planificación operativa detallada de las líneas estratégicas prioritarias ni unas previsiones presupuestarias que permitan calibrar el grado de compromiso que la cooperación española va a tener con la salud en general y con las distintas líneas de trabajo en particular. Por este motivo se parece más a un marco de trabajo general sin objetivos concretos.

7. Aunque el objetivo de la estrategia es “establecer un marco de actuación común para el conjunto de los actores de la Cooperación Española en el sector salud”, no se han desarrollado los **mecanismos de coordinación** que se van a utilizar en la implicación de esos actores en la implementación de esta estrategia, teniendo en cuenta que algunos de ellos no han participado en el proceso de elaboración y otros han sido meros agentes consultivos.

8. El porcentaje de AOD general que en 2002 se destina a salud es escaso: **5,65% del total de la AOD, 111,9 millones de euros**, en comparación con la importancia que se le da a este sector por parte de la comunidad internacional en la lucha contra la pobreza y el desarrollo de las poblaciones.

9. Tanto en la estrategia como en las acciones realizadas durante el año 2002, la cooperación oficial estatal sigue concibiendo la **salud de la mujer** exclusivamente como **salud reproductiva**, enfocada casi exclusivamente a la maternidad. Se sigue sin usar el término utilizado en la Unión Europea de salud sexual y reproductiva, que incorpora los derechos de la mujer a través del empoderamiento real de las mujeres y el acceso universal a los métodos de planificación familiar.

10. Se mantiene en 2002 el excesivo peso de los créditos FAD, que alcanza el 31,5% del total del gasto destinado a salud con más de 35,3 millones de euros, convirtiendo al Ministerio de Economía en el segundo financiador del sector. Gran parte de los fondos aportados por este ministerio están ligados a la compra de servicios o equipos de empresas españolas, lo que favorece la dependencia de los países receptores de la ayuda.

11. Con respecto a la **distribución geográfica**, el 42% de la ayuda va a parar a países de ingreso medio bajo y el 52% a países de ingreso bajo. La Cooperación Española está incrementando su porcentaje de ayuda a países de ingreso bajo, lo que vendría a reforzar el trabajo para la reducción de la pobreza en las poblaciones más desfavorecidas.

12. De los 5 países que recibieron más presupuesto en salud en 2001, solamente uno aparece en los mismos puestos en el periodo 1998-2000, lo que sugiere una política poco definida en cuanto a la selección de los **países prioritarios**.

13. Las **ONG de salud** trabajan en su mayoría en los sectores más próximos a la población, en la atención primaria. Tanto en el trabajo de cooperación al desarrollo como en la acción humanitaria la tendencia es a trabajar con las **poblaciones en situaciones de vulnerabilidad** en las regiones y países menos avanzados.

14. La **acción humanitaria** no debe restringirse a la actuación en catástrofes de tipo natural o en guerras abiertas, sino integrar las crisis recurrentes y conflictos crónicos como en República Democrática del Congo, Liberia o Somalia, hambrunas y otras grandes crisis derivadas de pandemias como el sida o de la falta de acceso a nuevos medicamentos como en el caso de la malaria. Se debe reforzar el trabajo en países con crisis que no tienen cobertura mediática o con poco interés político.

15. En el ámbito estatal, **España carece de una política de acción humanitaria** y cuenta con una contribución económica muy limitada. Su efectividad está condicionada por problemas estructurales, de indefinición de criterios, así como por deficiencias en la gestión. Además, las interferencias de la agenda política y la creciente participación de las Fuerzas Armadas contribuyen a una distorsión de la acción humanitaria española.

16. En el ámbito autonómico, con la excepción de la convocatoria de la Comunidad Autónoma Vasca, no existe una formulación teórica que defina las especificidades de la acción humanitaria. Por lo general se considera como una modalidad más de la cooperación al desarrollo. Sólo en siete comunidades autónomas existen líneas de financiación abiertas todo el año y con requisitos diferenciados y adaptados a la acción humanitaria: Islas Baleares, Castilla-La Mancha, Cataluña, Comunidad Autónoma Vasca, Extremadura, La Rioja y Murcia.

17. Dejando fuera del análisis a los ayuntamientos y otras corporaciones locales destacamos que en 2002 fue la Comunidad Autónoma Vasca la **administración autonómica** que destinó más recursos a la cooperación internacional al desarrollo, más de 27 millones de euros. Le siguieron por este orden, la Generalitat de Cataluña, la Junta de Andalucía y la Generalitat Valenciana. Sin embargo, mientras la Comunidad Foral de Navarra destina 20,71 euros por habitante para financiar proyectos de desarrollo, la Comunidad Autónoma de Madrid no destina más que 1,46 euros.

18. Dejando fuera del análisis a los ayuntamientos y otras corporaciones locales, destacamos que en 2002 las aportaciones de las comunidades autónomas y las entidades locales constituyeron el 52,5% del total de la Ayuda Oficial al Desarrollo bilateral no reembolsable en el sector salud, 22,9 millones de euros. Además, de todas las comunidades autónomas, fue la Comunidad Foral de Navarra la que aportó más fondos a la cooperación en el sector salud, un 17%. Le seguía la Generalitat de Cataluña con un 15% y la Junta de Andalucía con un 13,36%.

19. Últimamente se pueden observar algunas iniciativas muy interesantes en la cooperación descentralizada. Por ejemplo, la Generalitat de Cataluña ha desarrollado una estrategia específica de salud en su cooperación internacional y la Generalitat Valenciana ha creado una agencia específica para gestionar la cooperación internacional.

20. No obstante, seguimos observando otros datos no tan favorables: todavía existe mucha heterogeneidad en la forma no sólo de contabilizar la Ayuda Oficial al Desarrollo, sino en la forma de gestionarla. Además, los datos de la AOD descentralizada siguen sin ser transparentes ni fácilmente accesibles. De todos los datos que arroja nuestro análisis, uno de los más sorprendentes y menos recomendables es que la cooperación autonómica destina el 61% de sus fondos a países de renta media baja y media alta, mientras que en 2002, los países menos avanzados (PMA) sólo recibieron el 20% de la AOD autonómica.

21. A pesar de iniciativas muy recientes como los programas Azahar y el de Salud en África, son todavía muy escasas las propuestas de coordinación entre comunidades autónomas, y entre estas administraciones y otros actores implicados (ayuntamientos y ONGD) en materia de cooperación internacional al desarrollo y acción humanitaria.

## 2. Recomendaciones

1. La cooperación española debe dirigirse a la promoción de la salud como uno de los bienes públicos globales. Los Estados deben ser coherentes y aplicar esa coherencia a sus políticas para que los intereses políticos o comerciales no impidan, limiten o condicionen el desarrollo de las políticas de salud. La salud es un derecho humano fundamental que no debe verse condicionado por otro tipo de intereses.

2. La implicación del sector privado no debe equivaler a la **privatización de los servicios de salud**. Esta tendencia está poniendo en serio peligro el carácter universal del derecho a la salud.

3. El Estado español debe poner en práctica todas las medidas necesarias para alcanzar el compromiso de destinar el **0,7% del PIB** a cooperación internacional o el adquirido en la Cumbre de Monterrey de alcanzar el 0,39% en 2006. Asimismo, la cooperación española debe tener presente el compromiso de destinar el 20% de la AOD a necesidades básicas, entre ellas la salud.

4. En relación a la problemática de acceso a medicamentos, el Gobierno español debe promover, tanto en sus relaciones bilaterales como en el marco de la Unión Europea y de la Organización Mundial del Comercio, la adopción de **políticas de precios diferenciales** de las compañías farmacéuticas destinadas a los países en vías de desarrollo, el pleno uso de las salvaguardas contempladas en el **Acuerdo de los ADPIC** y la estimulación de la competencia con **medicamentos genéricos**.

5. Es necesario que los **diagnósticos de salud por país** sirvan para desarrollar la estrategia de salud basada en las necesidades de salud de las poblaciones en situaciones de vulnerabilidad, evitando que tengan tanto peso los intereses económicos o políticos.

6. Es necesario terminar con el peso excesivo de los **créditos FAD** en la ayuda sanitaria española, sin que ello implique una disminución del volumen total de ayuda destinada al sector.

7. Se deben establecer cuanto antes **canales de coordinación** efectiva entre todos los actores que trabajan en el sector salud para una adecuada participación en el desarrollo de esta estrategia.

8. Se debe de introducir la **perspectiva de género** en la cooperación española en salud, lo que incluye incorporar cuanto antes los contenidos y el término de salud sexual y reproductiva

9. A su vez, debería aumentar el papel del **Ministerio de Sanidad**, que actualmente constituye un escaso 1'6% del presupuesto total de cooperación en el sector salud.

10. Debe reformarse el **marco jurídico** (tanto a nivel estatal como a nivel de las diferentes autonomías) para que se refleje concepto más amplio de **acción humanitaria**, involucrando desastres naturales, guerras, crisis recurrentes, hambrunas, crisis humanitarias debidas a pandemias o falta de acceso a medicamentos.

11. Es necesario que se definan **criterios objetivos** de intervención de la **acción humanitaria** orientados a las necesidades de las víctimas. Deben perfeccionarse los planes de contingencia y los protocolos de actuación y determinarse las áreas básicas de asistencia como la salud. Aconsejamos la adopción, donde no las haya, de líneas de financiación abiertas todo el año y con requisitos diferenciados y adaptados a la acción humanitaria así como la creación de un fondo de reserva plurianual para emergencias.

12. Debe fortalecerse la **Unidad de ayuda humanitaria y emergencia de la AECI** elevándola a rango de Dirección General y dotándola de personal especializado.

13. En relación al **ejército español**, el Gobierno español debe contar con una política clara que diferencie las acciones militares o cívico-militares de la acción humanitaria. Los gastos provenientes de su desplazamiento así como sus acciones se deben incluir en el presupuesto del Ministerio del Defensa y no como parte del presupuesto de acción humanitaria. Ningún aspecto de las acciones emprendidas desde el Ministerio de Defensa deberían ser computadas como AOD.

14. Este informe pone de manifiesto la importancia de las comunidades autónomas en la AOD española. Sólo en el sector salud aportaron 22,9 millones de euros en 2002. Por eso parece lógico pensar que estas administraciones deberían apostar por **desarrollar sus bases normativas** (planes, estrategias) de cooperación al desarrollo y mejorar los **mecanismos de gestión y evaluación** de estas políticas. En definitiva, se podría esperar de las comunidades autónomas un mayor esfuerzo en la profesionalización de esta disciplina y, por extensión, en su calidad según criterios principalmente de desarrollo humano.

15. Sin duda una de las asignaturas pendientes de la cooperación al desarrollo autonómica es la **unificación de los criterios** de contabilización de la AOD y de los mecanismos para gestionarla. Las administraciones autonómicas tienen que coordinarse entre sí y con los demás agentes implicados para mejorar las políticas y los procedimientos de la Ayuda Oficial al Desarrollo.





# Anexos

## Anexo I. Compromisos de la comunidad internacional cumbres y conferencias internacionales

Década de los 70	Comienzo de las conferencias y cumbres internacionales
Conferencia de Alma Ata (Alma Ata, 1978) Organización Mundial de la salud (OMS) y Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)	Compromiso de naciones y organismos participantes y de las instituciones financieras multilaterales para trabajar por la universalización de los servicios básicos en salud bajo el planteamiento integral de atención primaria de salud (APS)
Década de los 90	Numerosas cumbres y conferencias internacionales bajo el enfoque de "desarrollo humano sostenible" <sup>58</sup>
Cumbre Mundial sobre la Infancia (Nueva York, 1990) Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)	Acuerdos comunes de actuación para reducir la mortalidad materna e infantil y la malnutrición severa y para trabajar por el acceso universal al agua potable y a la sanidad.
Conferencia sobre Población y Desarrollo (El Cairo, 1994) Naciones Unidas	Se reconoce la relación entre población, desarrollo y salud reproductiva. Se hace hincapié en la necesidad de incidir en políticas de población y desarrollo a través de servicios de salud reproductiva.
Conferencia de Beijing (Beijing, 1995) Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer, Naciones Unidas	Acuerdos para avanzar en la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres. Se señalan las inequidades en materia de salud y acceso a la atención sanitaria así como la gravedad de la violencia de género.
Cumbre sobre Desarrollo Social (Copenhague, 1995) Naciones Unidas	El compromiso 20/20. Se establece la "erradicación de la pobreza" como objetivo estratégico de la acción internacional. Entre los compromisos destacan promover y lograr "el nivel más lato posible de salud física y mental, y el acceso de todas las personas a la atención primaria en salud".
Cumbre Mundial de la Alimentación (Roma, 1996) Naciones Unidas	Se define la "seguridad alimentaria" como concepto interconectado con la salud, la agricultura y el desarrollo sostenible.
Cumbre del Milenio (2000) Naciones Unidas	Se establecen los "Objetivos de Desarrollo del Milenio" consensuados por los países del Norte y del Sur y reconocidos por los principales organismos multilaterales.
IV Conferencia Interministerial de la Organización Mundial del Comercio-OMS (Doha, 2001)	Acuerdo en materia de patentes en el que la salud se antepone a los intereses económicos. Se concede prórroga a los países menos avanzados para implementar la patentabilidad de los productos farmacéuticos. La oposición de EE.UU, Japón y Suiza desvirtúa este compromiso.
Sesión Especial de la ONU sobre sida (2001)	Declaración para detener el avance del sida. Creación del Fondo Global del sida, la malaria y la tuberculosis.
XIV Conferencia Internacional de sida (Barcelona, 2002) Naciones Unidas (ONU)	No se llegó a ningún compromiso político ni económico.

58. El concepto de "desarrollo humano sostenible" empieza a plantearse desde comienzos de los años 90 en la Cumbre de la Tierra (ONU, 1992) y en las elaboraciones teóricas del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Esta nueva visión del desarrollo subraya las interrelaciones entre los diferentes elementos que influyen en el desarrollo entre los cuales se encuentra la salud. (RIST, 2002)

## Anexo I. La política de cooperación sanitaria de los principales donantes y de los organismos de las Naciones Unidas

Principales donantes	Política de cooperación
<b>Banco Mundial (BM)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Principal concesionario de créditos a países de ingreso medio y bajo en el sector de la salud, la nutrición y la población. Trabaja con políticas de "ajuste estructural" y "medidas de austeridad".</li> <li>- Papel destacado en la descentralización, la reducción del papel del Estado y la introducción del sector salud en la lógica de mercado.</li> <li>- Discurso actual centrado en el desarrollo humano y la lucha contra la pobreza. Concibe la mejora de la salud como clave en el crecimiento económico y en la reducción del crecimiento demográfico.</li> </ul>
<b>Comité de Ayuda al Desarrollo (CAD) de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE).</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promueve la coordinación entre los países donantes.</li> <li>- La Estrategia de asociación del CAD, orientada hacia los Objetivos del Milenio, establece que las acciones de los donantes deben destinarse a fortalecer las capacidades de los países del Sur.</li> <li>- Dedicar un apartado a servicios sociales básicos y reconoce la relevancia de alcanzar unos niveles adecuados de salud, educación, agua, saneamiento y protección social.</li> <li>- Recoge la prestación de niveles básicos de salud como una prioridad en su estrategia de reducción de la pobreza.</li> </ul>
<b>Comisión Europea</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- El objetivo central es la erradicación de la pobreza donde el sector salud es prioritario.</li> <li>- Se promueve el trabajo con enfoques sectoriales frente al de ayuda por proyectos.</li> <li>- Las acciones sanitarias se concentran en el área de salud, sida y población desde donde se apoya la lucha contra el VIH/SIDA, servicios de salud básica y la reforma de los sistemas de salud.</li> </ul>
<b>Organismos de Naciones Unidas</b>	
<b>Organización Mundial de la Salud (OMS)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cuatro son sus temas principales de trabajo:</li> <li>- Mejorar los resultados sanitarios, partiendo de la reducción de la morbilidad de los más desfavorecidos.</li> <li>- Apoyar el desarrollo del sector sanitario.</li> <li>- Desarrollar un enfoque estratégico de las actividades de la OMS en y con los países.</li> <li>- Establecer vínculos con socios más influyentes. (FMI, BM, CE, OMS)</li> </ul>
<b>Fondo de las Naciones Unidas para Población y Desarrollo (FNUAP)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Destina la mayor parte de su ayuda a salud sexual y reproductiva financiando también la formulación y evaluación de políticas de población y desarrollo y campañas de información, educación y comunicación.</li> <li>- Otras actividades son el seguimiento del plan de acción de la Conferencia de El Cairo y el apoyo a proyectos relacionados con la lucha contra el VIH/SIDA, la atención a adolescentes y ancianos, la condición de la mujer y actividades de población y medio ambiente.</li> </ul>
<b>Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Las actividades desarrolladas desde el PNUD parten del enfoque del "desarrollo humano sostenible" y se centran en la reducción de la pobreza, la creación de empleo, la protección y rehabilitación medioambiental y el fortalecimiento de la situación de la mujer.</li> <li>- En salud, destaca el apoyo dado a países africanos para frenar el contagio del VIH y suavizar sus efectos sobre el desarrollo.</li> </ul>

<b>Programa conjunto de las Naciones Unidas para el VIH/SIDA (ONUSIDA)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Destaca la Iniciativa de Acceso Acelerado (2000) que persigue incrementar el acceso a los medicamentos necesarios para las personas infectadas por el VIH. Se basa en potenciar el desarrollo de planes nacionales contra el VIH/SIDA para que a partir de estos, ONUSIDA y la OMS medien entre los diferentes países y las compañías farmacéuticas para la reducción de los precios. A grandes rasgos, la industria dirige esta iniciativa.</li> <li>- Paradójicamente, la OMS está precalificando genéricos.</li> </ul>
<b>Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Su trabajo se centra en la salud, educación y el acceso a agua y saneamiento para mujeres, adolescentes, niños y niñas.</li> <li>- Persigue también conseguir el reconocimiento de la inmunización como un bien global de salud pública y como un derecho de todos los niños.</li> </ul>

### **AnexoIII. Los objetivos de desarrollo del milenio. Objetivos, metas e indicadores relacionados con el sector salud**

<b>Objetivos</b>	<b>Meta</b>	<b>Indicador (Desagregado por sexo)</b>
<b>4.Reducir la mortalidad infantil</b>	5. Reducir en dos tercios, entre 1990 y 2015, la tasa de mortalidad en niños y niñas menores de 5 años.	13. Tasa de mortalidad de menores de 5 años 14. Tasa de mortalidad infantil. 15. Proporción de niños/inmunizados contra el sarampión.
<b>5. Mejorar la salud materna</b>	6. Reducir en tres cuartos, entre 1990 y 2015, la tasa de mortalidad materna.	16. Tasa de mortalidad materna. 17. Proporción de nacimientos atendidos por personal sanitario.
<b>6.Combatir el VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades.</b>	7. Detener y comenzar a reducir el avance del VIH/SIDA.	18. Tasa de incidencia de VIH/SIDA en mujeres embarazadas. 22. Tasa de empleo de contraceptivos. 20. Número de niños/as huérfanos/as por sida.
	8. Detener y comenzar a reducir la incidencia de la malaria y otras enfermedades graves (tuberculosis).	21. Tasa de incidencia y mortalidad asociada a la malaria. 22. Proporción de población en áreas de riesgo de malaria que toman medidas efectivas de prevención y tratamiento. 23. Tasas de incidencia y mortalidad asociada a la tuberculosis. 24. Proporción de casos de tuberculosis detectados y curados con DOTS. <sup>59</sup>
<b>8. Desarrollar una asociación global para el desarrollo.</b>	17. Proporcionar, en colaboración con las empresas farmacéuticas, el acceso a medicinas en países en desarrollo.	46. Proporción sostenible de población con acceso a medicinas básicas.

59. Tratamiento de corta duración de observación directa.

## AnexoIV. Líneas estratégicas de la cooperación española en salud

Lineas Horizontales	
<b>1. Fortalecimiento institucional y reforma del sistema sanitario</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Prestación de asistencia técnica en la elaboración de las leyes.</li> <li>2. Estimular a que los países receptores incluyan las prioridades de salud en sus planes de desarrollo humano.</li> <li>3. Fortalecer su capacidad nacional para evaluar las reformas sanitarias implantadas, principalmente la descentralización de competencias</li> <li>4. Desarrollar la planificación sanitaria mediante estrategias nacionales de salud y planes de infraestructura y equipamiento.</li> <li>5. Promover la asignación eficaz de los recursos en salud en los niveles nacional, subregional y local.</li> <li>6. Apoyar en el diseño de elementos de regulación para asignar recursos en función de criterios transparentes.</li> <li>7. Mejorar la capacidad de gestión y profesionalizar directivos sanitarios.</li> <li>8. Impulsar la evaluación de las tecnologías sanitarias.</li> <li>9. Fomentar el desarrollo y fortalecimiento de los canales de distribución.</li> <li>10. Mejora de los sistemas de vigilancia epidemiológica.</li> </ol>
<b>2. Proyectos de infraestructuras y de suministro de equipos</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dotación de infraestructuras procurando facilitar un paquete completo: suministro, instalación, formación de recursos humanos, dotación de repuestos, manuales de uso y reparación y posible financiación de contratos de mantenimiento</li> <li>2. Garantizar el seguimiento de los equipos mediante evaluaciones ex-post.</li> </ol>
<b>3. La investigación en áreas de Salud y Desarrollo</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Promover la salud como un bien público global.</li> <li>2. Reforma del Programa de cooperación interuniversitaria que dará prioridad a aquellos sectores y países en los que actúa la Cooperación Española.</li> <li>3. Contribución técnica y de conocimientos del Fondo de investigaciones sanitarias al desarrollo de agencias de investigación en PVD.</li> <li>4. Las Comunidades Autónomas deben apoyarse en sus universidades para desarrollar instrumentos de investigación en los PVD.</li> </ol>
<b>4. Formación en los PVD</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fomentar el papel de las universidades en la cooperación mediante proyectos formativos.</li> <li>2. Destinar los instrumentos de la AECI de cooperación universitaria a sectores y países prioritarios.</li> <li>3. El M<sup>o</sup> de Sanidad, la Escuela Nacional de Sanidad y la Fundación para la Cooperación Sanitaria Internacional participarán en la gestión, organización y diseño de programas de formación.</li> <li>4. Promover programas de intercambio a alto nivel político, organizativo y profesional entre sanitarios españoles e hispanoamericanos. Se proponen los hermanamientos y periodos de prácticas para los MIR y enfermeras/os, para incentivar el trabajo en el terreno de profesionales de la salud.</li> <li>5. Formación de agentes de cooperación y de personal técnico en todas las administraciones que ejecutan acciones de cooperación al desarrollo en el sector.</li> <li>6. Evaluación de la cooperación española en el sector salud.</li> <li>7. Desarrollar indicadores de salud. La OPE y el M<sup>o</sup> de Sanidad elaborarán listas de indicadores en materia de salud por ámbitos de actuación horizontales y verticales.</li> </ol>

<b>Lineas verticales</b>	
<b>1. Cobertura de enfermedades prevalentes en los PVD</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Reducir el impacto de las enfermedades transmisibles: VIH/SIDA, tuberculosis y malaria. Apoyo al Fondo Global, expansión del DOTS (<i>Directly Observed Treatment Short Course</i>) y apoyo al programa "Hacer retroceder el paludismo".</li> <li>2. Luchar contra otras enfermedades infecciosas con alta morbi-mortalidad como el dengue, el dengue hemorrágico y la enfermedad de Chagas.</li> <li>3.Reducir el impacto de enfermedades crónicas no transmisibles (cardiovasculares, diabetes) mediante la vigilancia, la previsión, la diagnosis y el tratamiento.</li> </ol>
<b>2. Intervención en situaciones y actividades con especial incidencia en la salud en los países en desarrollo.</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Promoción de estilos de vida y medio ambiente saludables a través de políticas educativas y de promoción de la salud, fomentar la vigilancia nacional para identificar tendencias de riesgo, alcanzar un Desarrollo Sostenible mediante la mejora en el abastecimiento de agua y saneamientos, apoyar políticas de mejora de la calidad del aire, impulsar el uso de plaguicidas y fomentar la salud en el trabajo.</li> <li>2. Integrar en el <i>continuum</i> Ayuda Humanitaria-Rehabilitación-Desarrollo, el ciclo de la prevención, la atención y la rehabilitación de los servicios de salud en casos de emergencia.</li> <li>3. Fomentar la capacidad técnica para el control de la calidad en los alimentos, los medicamentos esenciales y los insumos, mediante la actualización de las leyes nacionales de medicamentos esenciales, promover políticas farmacéuticas que contribuyan a su acceso equitativo, promover su uso racional, facilitar la obtención de medicinas a nivel nacional mediante condiciones comerciales más favorables. Impulsar la negociación de precios diferenciales, la producción local, la competencia entre productores de originales y de genéricos y exigir a las empresas que identifiquen los componentes de los precios de forma transparente cuando participen en licitaciones públicas.</li> </ol>
<b>3. Concentración de actividades en grupos de población especialmente vulnerables.</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. El M<sup>o</sup> de Sanidad elaborará un mapa de necesidades y proyectos de la cooperación española en cada país prioritario mediante el trabajo de campo con grupos y los informes de la OMS y la OPS.</li> <li>2. Contribuir al fortalecimiento de la atención infantil mediante programas que incluyan vacunaciones, revisión y educación sanitaria a padres, tutores, maestros y cuidadores.</li> <li>3. Integrar en la APS los cuidados de la salud reproductiva mediante asesoramiento técnico y formación de sanitarios en el ámbito de las ITS.</li> <li>4. Orientar las actuaciones hacia el apoyo y la elaboración de políticas, estrategias e intervenciones en cuestiones poco atendidas que afectan a la mujer: seguimiento del embarazo, visita y revisión postpeural, diagnóstico precoz de cánceres, violencia contra la mujer y ETS y VIH/SIDA.</li> <li>5.Considerar la especificidad de los pueblos indígenas en materia de salud mediante formación de profesionales indígenas, el fortalecimiento de capacidades institucionales con participación indígena, identificar modelos de atención que contemplen su medicina y elaborar indicadores de salud.</li> </ol>

## Anexo V. Descripción de los sectores CAD y los subsectores CRS relacionados con salud

Códigos		Descripción	Contenidos
CAD	CRS		
120		Salud	
121		Salud general	
	12110	Política sanitaria y gestión administrativa	Política de sanidad, ayuda para la planificación y la programación, ayuda a Ministerios de Sanidad, administración de la sanidad pública, fortalecimiento y asesoramiento institucional, programa de cobertura y seguro médico, actividades de sanidad sin especificar.
	12181	Enseñanza/formación médicas	Enseñanza médica y formación para servicios de nivel terciario.
	12182	Investigación médica	Investigación médica general (exceptuando la investigación sobre la sanidad básica)
	12191	Servicios médicos	Laboratorios, clínicas especializadas y hospitales (incluyendo equipamiento y suministros), ambulancias, servicios dentales, salud mental, rehabilitación médica, control de enfermedades no infecciosas, control del abuso de medicamentos y fármacos (excluyendo control y tráfico de estupefacientes).
122		Salud básica	
	12220	Atención sanitaria básica	Programas de asistencia sanitaria primaria y básica; programa de cuidados paramédicos y de enfermería; suministro de fármacos, medicamentos y vacunas para atención sanitaria básica.
	12230	Infraestructura sanitaria básica	Hospitales regionales, clínicas y dispensarios, así como el equipamiento correspondiente (excluyendo hospitales y clínicas especializados).
	12240	Nutrición básica	Programas directos para la alimentación, (alimentación materna, lactancia y alimentación de continuidad tras el abandono de la leche materna, alimentación infantil y escolar); identificación de deficiencias micronutritivas; suministro de vitamina A, yodo, hierro, etc...; seguimiento de las condiciones de nutrición; enseñanza de la nutrición y de la higiene alimentaria; seguridad alimenticia doméstica.
	12250	Control de enfermedades infecciosas	Vacunación; prevención y control del paludismo, tuberculosis, enfermedades diarreicas, enfermedades transmitidas por un vector (agente portador, como por ejemplo oncocercosis y bilharziosis) etc...
	12281	Educación sanitaria	Información, educación y formación de la población para la mejora del nivel de conocimientos y prácticas sanitarias; campañas de sanidad pública y programas de sensibilización.
	12282	Formación de personal sanitario	Formación de personal sanitario para la asistencia sanitaria básica

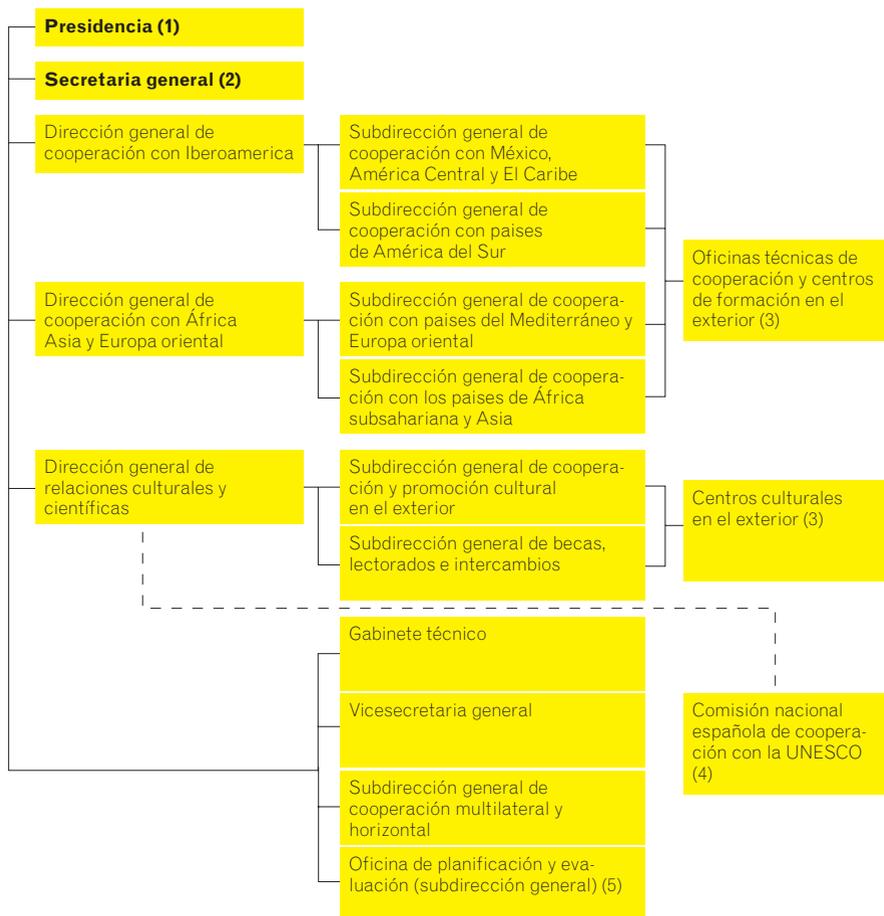
130		Programas y políticas sobre población y salud reproductiva	
	13010	Programas y políticas sobre población y salud reproductiva	Políticas demográficas y de desarrollo; trabajos de censo, registro de nacimientos y fallecimientos; datos sobre inmigración y emigración; análisis e investigación demográfica; investigación sobre salud reproductiva; actividades de población sin especificar.
	13020	Política sobre salud y gestión administrativa Atención en salud reproductiva	Fomento de la salud reproductiva; cuidados prenatales y postparto, incluyendo alumbramiento; prevención y tratamiento de la infertilidad; prevención y gestión de las consecuencias del aborto; actividades maternas saludables.
	13030	Planificación familiar	Servicios de planificación familiar, incluyendo orientación, actividades de información, educación comunicación; distribución de anticonceptivos; capacitación y formación.
	13040	Lucha contra ITS, incluido sida	Todas las actividades relacionadas con enfermedades de transmisión sexual y con el control del sida, tales como información, educación y comunicación; diagnóstico precoz, prevención, tratamiento y cuidados.
	13081	Formación de personal para población y salud reproductiva	Educación y formación de personal sanitario para servicios de población y salud reproductiva.

## Anexo VI. Ayuda sanitaria canalizada vía ONG y otras entidades sin ánimo de lucro a través de la unidad de ONGD de la AECl, 2002

ONGD / Asociación / Fundación	Euros	%
Médicos del Mundo	2.544.478	16,8
Medicus Mundi	2.543.257	16,8
Cruz Roja	1.200.496	7,9
ANESVAD	1.183.487	7,8
Asociación pro Perú	875.191	5,8
Fed. Española de Religiosas Sanitarias	862.095	5,7
F. Humanismo y Democracia	828.774	5,5
Fund.Privada Clinic per a la recerca biomédica	738.235	4,9
F. Centro de Investigaciones y Promoción de Iberoamérica y Europa	631.063	4,2
Asoc.de Investigación y Especialización sobre Temas Iberoamericanos	631.063	4,2
Ayuda en Acción	585.164	3,9
Acción contra el Hambre	528.503	3,5
Solidaridad Internacional	395.784	2,6
Consejo Interhospitalario de Cooperación	355.612	2,3
Mensajeros por la Paz	304.563	2,0
Otras <sup>60</sup>	942.474	6,2
Total	15.150.239	100

60. El apartado "otras" está referido a las ONGD que recibieron menos de 300.000 Euros. Estas fueron: Fundación Promoción Social de la Cultura, Centro de Estudios y solidaridad con América Latina (CIDEAL), Movimiento por la Paz, la Democracia y la Libertad (MPDL), la Fundación Hospitalaria de la Orden de Malta en España (FHOME), la Fundación Internacional Olof Palme, la Asociación para la Salud Integral y el Desarrollo Humano y el Centro de Comunicación, Investigación y Documentación entre Europa, España y América Latina.

## AnexoVII. Organigrama de la agencia española de cooperación internacional (AECI)



(1) Secretaría de Estado para la Cooperación Internacional y para Iberoamérica.

(2) Rango de Subsecretaría.

(3) Integrados orgánicamente en la Misión Diplomática u Oficina Consular correspondiente.

(4) Adscrita orgánicamente a la Dirección general de relaciones culturales y científicas.

(5) Funcionalmente dependiente del Secretario General de la AECI y orgánicamente de la SECIPI.



# Siglas y acrónimos

- ADPIC:** Aspectos sobre la propiedad intelectual relacionados con el comercio.
- AECI:** Agencia Española de Cooperación Internacional.
- AOD:** Ayuda Oficial al Desarrollo.
- AVAD:** Años de vida ajustados por discapacidad.
- BM:** Banco Mundial.
- CAD:** Comité de Ayuda al Desarrollo de la OCDE.
- CRS:** Creditor Reporting System.
- CONGDE:** Coordinadora de ONGD de España.
- DOTS:** Tratamiento de corta duración de observación directa.
- ECHO:** Oficina de la Comunidad Europea para Acción Humanitaria
- FAD:** Fondo de Ayuda al Desarrollo.
- FAO:** Fondo de Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación.
- FMI:** Fondo Monetario Internacional.
- FNUAP:** Fondo de Naciones Unidas para Actividades de Población.
- OCDE:** Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico.
- OIT:** Organización Internacional del Trabajo.
- OMC:** Organización Mundial del Comercio.
- OMS:** Organización Mundial de la Salud.
- ONGD:** Organización No Gubernamental de Desarrollo.
- ONUSIDA:** Programa Conjunto de las Naciones Unidas para VIH/SIDA.
- OPE:** Oficina de Planificación y Evaluación de la Secretaría de Estado de Cooperación Internacional y para Iberoamérica.
- OPS:** Organización Panamericana de la Salud.
- PACI:** Plan Anual de Cooperación Internacional.
- PMA:** Países menos adelantados.
- PNUD:** Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo.
- SECIPI:** Secretaría de Estado de Cooperación Internacional y para Iberoamérica.
- SRAS:** Síndrome respiratorio agudo severo.
- TB:** Tuberculosis.



# Bibliografía

AECI (2003a) *Estrategia de la Cooperación Española en Salud*. Madrid. Ministerio de Asuntos Exteriores.

AECI (2003b) *Examen de la Cooperación Española 1999-2001: Recomendaciones e Informe de la Secretaria del CAD*. Madrid. SECIPI – Ministerio de Asuntos Exteriores.

ALONSO, José Antonio (Dir.) (1999) *Estrategia para la Cooperación Española*. Madrid. SECIPI – Ministerio de Asuntos Exteriores.

ATTAC MADRID "The Wrong Model, GATS, trade liberalisation and children's right to health", John Hilary Save the Children.

BOGJ. (2003) Boletín oficial de las Cortes Generales. Número 608. Informe de la Ponencia de estudio sobre cooperación descentralizada. 5 de marzo 2003.

CAD (2003) "Directrices del CAD sobre salud y pobreza" en <http://oecd.org/bookshop>

CAD (1998) *Civilian and Military Means of Providing and Supporting Humanitarian Assistance during Conflict. Comparative Advantages and Costs*, París, CAD/OCDE, serie Conflict, Peace and Development Co operation, report N° 1.

CEPAL, ONU (2001) *El terremoto del 13 de Enero de 2001 en El Salvador. Impacto Socioeconómico y ambiental*.

COLLEY, DG (2000) *Parasitic Diseases: Opportunities and Challenges in the 21st Century*. Vol. 95, Suppl. I. Río de Janeiro. Mem Inst Oswaldo Cruz.

COMISIÓN DE LAS COMUNIDADES EUROPEAS, (2002a) "Communication from the Commission to the Council and the European Parliament. Health and Poverty Reduction in Developing Countries" COM (2002) 129 Final. Bruselas.

COMISIÓN DE LAS COMUNIDADES EUROPEAS, (2002b) "Propuesta de reglamento del Parlamento Europeo y el Consejo relativo a la ayuda para políticas y acciones relativas a la salud y a los derechos en materia de reproducción y sexualidad en los países en desarrollo". C5-0114/02. 2002/0052 (COD) COM (2002) 120 Final. Bruselas

COMISIÓN DE LAS COMUNIDADES EUROPEAS, (2002c) "Decision Of The European Parliament And Of The Council On Community participation in a research and development programme aimed at developing new clinical interventions to combat HIV/AIDS, malaria and tuberculosis through a long term partnership between Europe and the developing countries, undertaken by a number of Member States and Norway". COM(2002) 474 final, 2002/0211 (COD) Bruselas.

COMUNIDAD VALENCIANA (2001) *Libro Blanco de la Cooperación para el Desarrollo*. Valencia.

CONFEDERACIÓN DE FONDOS DE COOPERACIÓN Y SOLIDARIDAD (2000) *2ª Jornada de Cooperación Descentralizada*. Madrid. CONGDE.

CONGDE (2003) *Análisis de la Cooperación Oficial Descentralizada en el Estado español en el periodo 1999-2002*. Madrid.

DUCH, P. (2001) *Instrumentalización de la Ayuda Humanitaria por parte del ejército español: El caso de Mozambique*. MSF, Cuadernos para el Debate, N° 5, marzo.

ECHO (2002) *Ayuda Humanitaria: Una introducción*.

ECHO (2001) *Evaluación de las Operaciones ECHO en los terremotos de Enero y Febrero de 2001. Síntesis del Informe final*.

GONZÁLEZ PARADA, J.R. (1998) *Cooperación Descentralizada ¿un nuevo modelo de relaciones Norte-Sur?*. Ed. IUDC-Libros de la Catarata. Madrid.

INTERMÓN-OXFAM (2002) *La realidad de la ayuda 2002-2003*. Barcelona.

INTERMÓN-OXFAM (2001, 2000, 1999) *La realidad de la ayuda 2002-2003*. Barcelona.

LAGO, A. (2001) "La ayuda humanitaria española", *Revista española de Desarrollo y Cooperación*. N° 8, primavera-verano. P.31-46.

LÓPEZ MÉNDEZ, Irene y SIERRA LEGUINA, Beatriz (2001) *Integrando el análisis de género en el desarrollo*. Madrid. IUDC.

OMS (2003 a) "Severe and Acute Respiratory Syndrome (SARS): Status of the Outbreak and Lessons for the Immediate Future" en [www.who.int/csr/media/sars-who.pdf](http://www.who.int/csr/media/sars-who.pdf)

OMS (2003 b) "SARS outbreak contained worldwide" en [www.who.int/mediacentre/releases/2003/pr56/en/](http://www.who.int/mediacentre/releases/2003/pr56/en/)

OCDE (2002) *Development Cooperation Report*. [www.oecd.org](http://www.oecd.org)

OCDE (2001) *The DAC Guidelines. Poverty reduction*. París.

OMS, (2002) *World Health Report*. París, OMS

OMS, (2001, 2000, 1999) *World Health Report*. París, OMS

OMS, (2000a) "Female Genital Mutilation", en <http://www.who.int/inf-fs/en/fact241.html>

OPE (varios años) *PACI*. Ministerio de Asuntos Exteriores. Madrid.

OPE (varios años) *PACI-Seguimiento*. Ministerio de Asuntos Exteriores. Madrid.

PÉREZ DE ARMIÑO, Karlos (2002) *La vinculación emergencia-desarrollo en el marco del "nuevo humanitarismo". Reflexiones y propuestas*. Madrid. CONGDE.

PNUD (2003) *Informe sobre desarrollo humano*. Madrid. PNUD-Mundiprensa.

PNUD (2002, 2001, 2000, 1999 y 1998)  
*Informe sobre desarrollo humano*. Madrid. PNUD-Mundiprensa.

RIST, Gilbert (2002) *El desarrollo. Historia de una creencia occidental*. Madrid. Catarata e IUDC.

ROSEN, S, SIMON, J, VINCENT J.R, MACLEOD W, FOX M, Y THEA D.M. (2003) "El SIDA es tu negocio" en Harvard Business Review. Febrero.

ROSEN, Sidney y SIMON, Jonathon (2003) "*Shifting the burden: the private sector's response to the AIDS epidemic in Africa*" en *Bulletin of the World Health Organization*. 81 (2).

SANAHUJA, José Antonio (2002) *Guerras, desastres y ayuda de emergencia. El nuevo humanitarismo internacional y la respuesta española*. Barcelona. Intermón-Oxfam.

SCHOFIELD, CJ y DIAS, JCP (1999) *The Southern Cone programme against Chagas disease*. Adv Parasitol 42:1-25

SEN, Amartya K. (2000) *Desarrollo y Libertad*. Barcelona. Editorial Planeta

SOJO, D; SIERRA, B Y LÓPEZ, I. (2002) *Salud y género. Guía práctica para profesionales de la cooperación*. Médicos del Mundo. Madrid.

VERONA, N, , MÉDICOS SIN FRONTERAS, MEDICUS MUNDI, PROSALUS y MÉDICOS DEL MUNDO (2002) *La salud en la cooperación al desarrollo española. Informe 2002*.



# Referencias de internet

AECI

[www.aeci.es](http://www.aeci.es)

BANCO MUNDIAL

[www.worldbank.org](http://www.worldbank.org)

BUSSINESS AGAINST AIDS

[www.businessagainstaids.orf/partners\\_globalfund.asp](http://www.businessagainstaids.orf/partners_globalfund.asp)

CADY CRS

[www.oecd.org/dac/stats](http://www.oecd.org/dac/stats)

CAMPAÑA "FUND THE FUND"

[www.fundthefund.org](http://www.fundthefund.org)

CATALUNYA PER DEVELUPAMENT

[www.iigov.org/cpd](http://www.iigov.org/cpd)

FONDO GLOBAL PARA COMBATIR EL SIDA/VIH,  
LA TUBERCULOSIS Y LA MALARIA

[www.globalfundatm.org](http://www.globalfundatm.org)

FORO ECONÓMICO MUNDIAL GLOBAL HEALTH INICIATIVE

[www.weforum.org/site/homepublic.nsf/Content/Global+Health+Iniciative](http://www.weforum.org/site/homepublic.nsf/Content/Global+Health+Iniciative).

ONUSIDA. ONU

[www.un.org/partners/civil-society/ngo/un aids.htm](http://www.un.org/partners/civil-society/ngo/un aids.htm)

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

[www.who.int](http://www.who.int)

