

Edita

Medicus Mundi

Prosalus

Médicos del Mundo

Imprenta: Ana Carmona, Soluciones Gráficas y Publicitarias, S.L.

La salud en la cooperación al desarrollo y la acción humanitaria

Informe 2004

Medicus Mundi

Prosalus

Médicos del Mundo

Equipo de investigación:

José Antonio Alonso, Izaskun AzumendiJaio e Isabel García
Instituto Complutense de Estudios Internacionales (ICEI)

Equipo técnico:

Medicus Mundi: Carlos Mediano y Félix Fuentenebro.
Prosalus: Carlota Merchán y José M^a Medina.
Médicos del Mundo: Fernando Valdés y Donato Capozzi.

Índice general

Introducción 11

El derecho a la salud y el proceso de desarrollo: perspectiva internacional 15

1. Salud y desarrollo 15
2. La salud en el mundo: una visión general 22
 2. 1. Persisten las carencias extremas 23
 2. 2. Persiste una notable desigualdad 26
3. Principales problemas en materia de salud 29
 3. 1. Enfermedades transmisibles 29
 3. 2. Enfermedades no transmisibles 45
 3. 3. Salud sexual y reproductiva 50

La respuesta internacional 61

1. Los condicionantes del acceso a la salud: la atención primaria de salud 61
2. La Cumbre Mundial del Milenio 2000 64
3. Conferencia Internacional sobre Financiación para el Desarrollo (Conferencia de Monterrey) 71
4. Otras conferencias con impacto en el ámbito de la salud 74
 4. 1 Declaración de Nuevo León 74
 4. 2 Conferencia de Dublín 74
5. Iniciativas globales en materia de salud 75
 - a) Scaling up 75
 - b) Fondo Global contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria 76

La cooperación al desarrollo en salud. Perspectiva internacional 84

- Introducción 81
1. Evolución de la ayuda bilateral en salud 85
 2. Composición de la ayuda en salud 91
 3. La salud en las necesidades sociales básicas 94
 4. Distribución geográfica de la ayuda 97
 5. Instrumentación de la ayuda 100

La cooperación española en salud, 2003 109

- Introducción 109
1. Una visión global 113
 2. La ayuda multilateral 116

3. La ayuda bilateral: composición sectorial 119
4. La ayuda sanitaria en las necesidades sociales básicas 123
5. Distribución geográfica de la ayuda bilateral 126
6. Instrumentación de la ayuda 129
7. La ayuda humanitaria 134

La cooperación descentralizada en salud 147

1. La cooperación descentralizada en España 147
2. La salud en la cooperación autonómica 152
3. Composición sectorial de la ayuda autonómica en salud 155
4. Distribución geográfica de la ayuda autonómica en salud 158
5. La acción humanitaria de las comunidades autónomas 161
6. Estudio de caso: País Vasco 164
Introducción 164
6. 1. El sector de la salud en la cooperación vasca 165
6. 2. Distribución geográfica de la ayuda en salud 168
6. 3. La ayuda sanitaria en 2003 170

La privatización de los sistemas de salud 177

1. El derecho a la salud y las responsabilidades de los Estados 177
2. La financiación de los sistemas de salud 179
3. La implicación del sector privado en la salud 180
4. Los actores no lucrativos 185
5. Las tendencias internacionales 185
6. Estudios de casos: los ejemplos de Guatemala y Senegal 187
6. 1. La privatización en el proceso de la reforma de la salud en Guatemala 187
6. 2. La experiencia de Senegal: las mutuas de salud en la financiación y gestión de los sistemas de salud 190

Conclusiones y recomendaciones 195

Anexos 205

Siglas y acrónimos 217

Bibliografía, referencias de internet 219

Índice recuadros

- 1. 1 Los costes económicos de la enfermedad. *José Antonio Alonso* 18
- 1. 2 La iniciativa 3x5 31
- 1. 3 En busca del Santo Grial: la situación actual de la investigación en vacunas contra el sida. *Joan Tallada* 35
- 1. 4 Un futuro libre de malaria es posible 41
- 1. 5 La globalización de las enfermedades infecciosas: consideraciones sobre enfermedades importadas y emergentes 48
- 1. 6 La salud como Bien Público Global. *José Antonio Alonso* 54

- 3. 1 El peso de la salud en la cooperación al desarrollo. *José Antonio Alonso* 88

- 4. 1 El Programa VITA 111
- 4. 2 Acción humanitaria y salud 135
- 4. 3 Salud y seguridad alimentaria. *Karlos Pérez de Armiño* 142

- 6. 1 Provisión de servicios de salud privados en los países en desarrollo. *Ángel Gil* 182

Índice gráficos

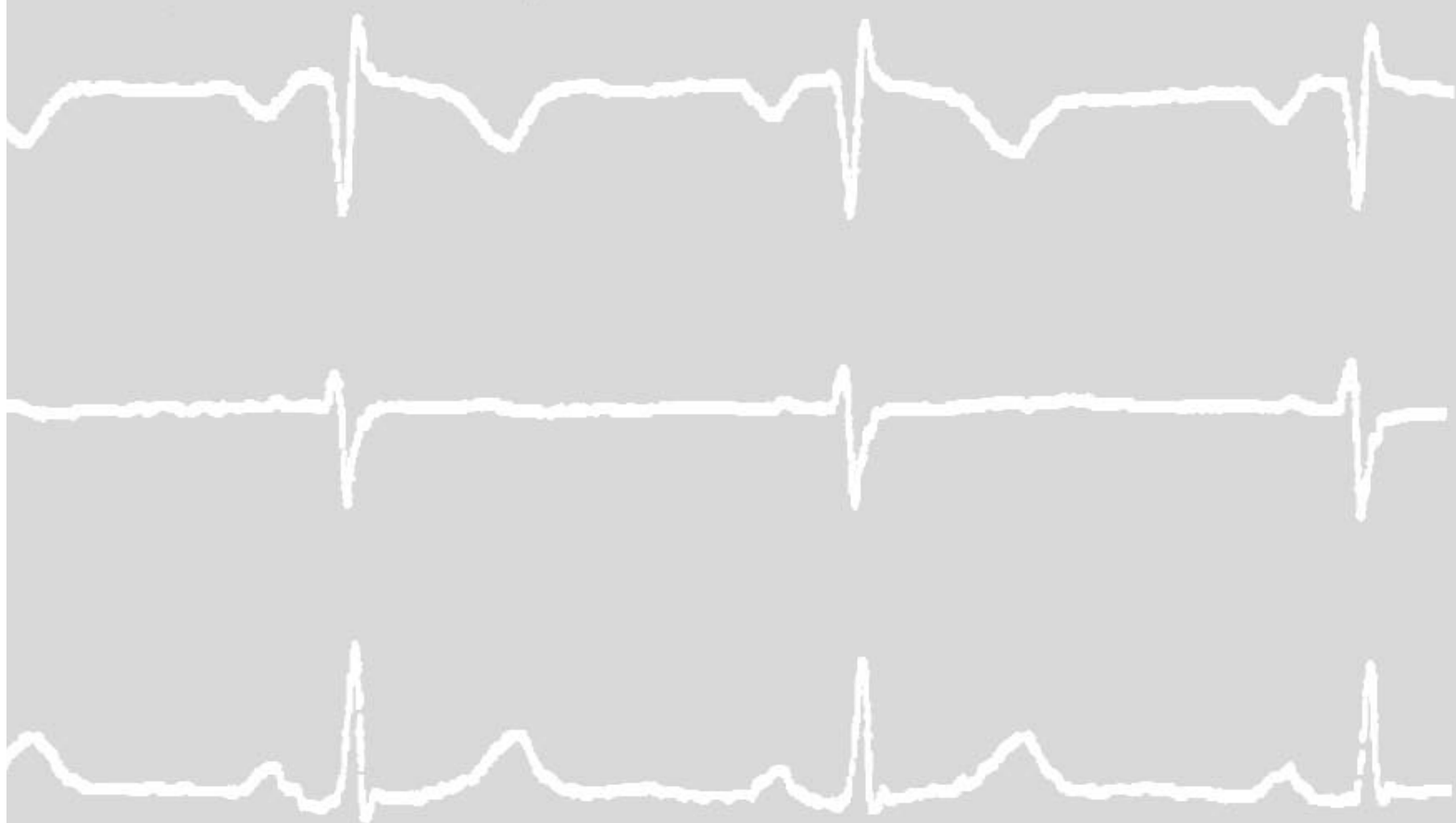
- 1. 1 Mortalidad infantil - Países en desarrollo (%) 24
- 1. 2 Desigualdades: Países desarrollados - Países menos adelantados en salud 2000/05 27
- 1. 3 Incremento de la pérdida de DALY como consecuencia del consumo de tabaco en el mundo - 1990-2020 46
- 1. 4 Mortalidad materna a causa de embarazos y partos (Por regiones) 52
- 1. 5 Porcentaje de mujeres que hacen uso de métodos anticonceptivos 53

2. 1	Aportaciones de España al Fondo Global	77	
3. 1	Evolución de la ayuda en salud respecto a la AOD bilateral bruta del CAD (1998-2002)	85	
3. 2	Evolución AOD bilateral bruta en salud CAD-España 1998-2002	86	
3. 3	% AOD bruta en salud sobre el total AOD bilateral bruta 1998-2002	87	
3. 4	% destinado a necesidades básicas sanitarias en relación al total AOD bruta bilateral distribuible. Todos los miembros del CAD 1998-2002	95	
3. 5	Distribución AOD bilateral bruta en salud según instrumentos 1998-2002	101	
4. 1	Distribución total AOD actores financiadores España 2003	115	
4. 2	AOD bilateral, 2003 - Distribución sectorial del total salud	120	
4. 3	Distribución AOD bilateral en salud según renta del país receptor 2003	126	
4. 4	Distribución regional AOD bilateral del total salud, España 2003	127	
4. 5	Instrumentación sectorial AOD bilateral, España 2003	130	
4. 6	AOD bilateral 2003 - Distribución según nivel de renta	131	
4. 7	Instrumentación de la ayuda humanitaria, 2003 (%)	140	
5. 1	Evolución de la cooperación descentralizada 1989-03 (%)	150	
5. 2	% salud sobre AOD	154	
5. 3	CCAA: sectores AOD en salud 2003-02 (%)	155	
5. 4	CCAA: distribución regional de la AOD en salud 2003-2002 (%)	158	
5. 5	CCAA: distribución AOD en salud por nivel de renta de los países beneficiarios - 2003-02 (%)	160	
5. 6	Composición de la ayuda humanitaria (%)	163	
5. 7	Distribución de la ayuda humanitaria autonómica (%)	163	
5. 8	País Vasco: evolución de la AOD (Millones de euros)	164	
5. 9	País Vasco: distribución sectorial AOD salud 1998/2002 (%)	167	
5. 10	País Vasco: distribución sectorial AOD en salud 2003-2002 (%)	170	
5. 11	País Vasco: distribución geográfica 2003-02 (%)	172	
5. 12	País Vasco: AOD en salud según nivel de renta 2003-02 (%)	173	
5. 13	País Vasco: distribución de la ayuda humanitaria 2003-02 (%)	174	

Índice cuadros

1. 1	Algunos parámetros de salud de acuerdo al nivel de desarrollo de los países	26
1. 2	Algunos parámetros de salud por regiones del mundo en desarrollo	28
1. 3	El VIH/ SIDA en el mundo a finales de 2003	30
1. 4	Datos estimados de incidencia y mortalidad de tuberculosis en 2002	43
1. 5	Carga de enfermedades y lesiones globales atribuible a factores de riesgo seleccionados	47
2. 1	Componentes de la atención primaria de salud (APS)	63
2. 2	Objetivo 4 - Reducir la mortalidad infantil	66
2. 3	Objetivo 5 - Mejorar la salud materna	67
2. 4	Objetivo 6 - Combatir el VIH/SIDA, la malaria, la tuberculosis (1)	68
2. 5	Objetivo 6 - Combatir el VIH/SIDA, la malaria, la tuberculosis (2)	69
2. 6	Objetivo 8 - Fomentar la asociación mundial para el desarrollo (%)	71
2. 7	Panorama general de la ayuda internacional. Países miembros del CAD	73
2. 8	Progresos en el Fondo Global - (Millones de \$)	77
3. 1	Distribución AOD bilateral en salud por componentes 1998-2002 (%)	91
3. 2	Distribución AOD bilateral bruta en salud entre los distintos subsectores CRS 1998-2002 (%)	93
3. 3	Distribución del peso de los componentes en necesidades básicas en salud 1998-2002 (%)	96
3. 4	Distribución según nivel de renta: AOD bilateral bruta en salud 1998-2002 (%)	97
3. 5	Distribución regional: AOD bilateral bruta salud 1998-2002 (%)	99
3. 6	Principales receptores de AOD bilateral bruta en salud 1998-2002 (Millones \$)	100
3. 7	Instrumentación de la AOD bilateral bruta en salud según componentes 1998-2002 (%)	102
3. 8	Instrumentación de la AOD bilateral bruta en salud según nivel de renta del país receptor: 1998-2002 (%)	103
3. 9	Instrumentación regional de la AOD bilateral bruta en salud 1998-2002 (%)	104
3. 10	Principales receptores de AOD bilateral bruta reembolsable en salud 1998-2002 (%)	105
3. 11	Principales receptores de AOD bilateral no reembolsable en salud 1998-2002 (%)	106
4. 1	Evolución AOD destinada al sector salud según el tipo de AOD, (2002-2003, en miles de euros y %)	114
4. 2	Distribución total AOD en salud, España 2003	115
4. 3	Distribución AOD multilateral destinada a salud, España 2003	118

4. 4	Evolución de la AOD bilateral en salud	120	
4. 5	Distribución de la AOD bilateral según componentes CRS, España 2001-2003	122	
4. 6	Variación del sector salud en las NBS 2002/2001. AOD bilateral no reembolsable (euros)	123	
4. 7	Ayuda en necesidades sociales básicas en España, 2003 (miles de euros y %)	125	
4. 8	Distribución AOD bilateral según el nivel de renta del país receptor 2003	127	
4. 9	Distribución regional por sectores en salud de la AOD bilateral, España 2003	128	
4. 10	Principales países receptores de AOD bilateral en salud, España 2003		129
4. 11	Evolución de la instrumentación AOD bilateral en salud, España 2001-2003		130
4. 12	Instrumentación regional de la AOD bilateral, España 2003		132
4. 13	Distribución del total AOD reembolsable por países receptores, España 2003		133
4. 14	Principales países receptores de AOD bilateral no reembolsable		134
4. 15	Distribución del peso de los sectores en el total de la AOD bilateral en ayuda humanitaria 2001/2003		138
4. 16	Distribución según nivel de renta. AOD bilateral en ayuda humanitaria		139
4. 17	Distribución regional de la AOD bilateral en ayuda humanitaria		139
4. 18	Distribución entre todos los países receptores del total de la AOD bilateral en ayuda humanitaria, España 2003		141
5. 1	La política de cooperación al desarrollo en las CCAA		149
5. 2	Distribución de la AOD de las CCAA 2003-2002		152
5. 3	Distribución AOD bruta en salud de las CCAA 2003		153
5. 4	CCAA: distribución sectorial de la AOD 2003-2002 (Miles euros - %)		156
5. 5	CCAA: necesidades sociales básicas en 2003		157
5. 6	CCAA: regiones por sectores - 2003 (%)		159
5. 7	10 primeros países beneficiarios 2003. 10 últimos países beneficiarios 2003		160
5. 8	CCAA: AOD en acción humanitaria 2003 (euros)		162
5. 9	Distribución de la AOD en salud 1988-03 (euros)		166
5. 10	Distribución sectorial de la AOD en salud, 1998-2003 (Miles euros)		168
5. 11	País Vasco: evolución de la distribución geográfica en AOD en salud (%)		169
5. 12	País Vasco: evolución de la distribución de AOD en salud según nivel de renta (%)		169
5. 13	Componentes en necesidades sociales básicas 2002/03 (%)		171
5. 14	País Vasco: países beneficiarios de la AOD en salud, 2003 (euros - %)		173



Introducción

El propósito del presente informe es pasar revista a la evolución de la cooperación española en materia de salud a lo largo de 2003, tratando de identificar sus fortalezas y debilidades. Se trata de la tercera edición del informe anual *La salud en la cooperación al desarrollo y la acción humanitaria*. Como en años anteriores, se pretende ofrecer a los implicados en el ámbito de la cooperación (responsables políticos, gestores, técnicos y analistas) y a todos los interesados en general un análisis documentado del compromiso que la sociedad española tiene con el logro de mayores niveles de salud para todas las personas del planeta. El informe es el resultado de un trabajo conjunto de tres organizaciones no gubernamentales especializadas en el ámbito de la salud -Medicus Mundi, Prosalus y Médicos del Mundo- y un instituto de estudios universitarios -el Instituto Complutense de Estudios Internacionales (ICEI)- con el ánimo de dar cuenta de la evolución de la cooperación española y hacer propuestas para mejorar su compromiso y calidad en el ámbito específico de la salud.

Respecto a las ediciones anteriores, la que ahora se presenta incorpora diversas novedades:

- En primer lugar, se hace un seguimiento del nivel de cumplimiento internacional de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) que se relacionan con la salud. Se entiende que la Declaración del Milenio constituye un referente obligado para cuantas organizaciones, agencias e institutos trabajamos en el ámbito de la cooperación. La comunidad internacional se ha comprometido a hacer efectivos los Objetivos del Milenio y a poner los medios necesarios para alcanzarlos.

- En segundo lugar, se trata de situar la cooperación española en el contexto del esfuerzo que el resto de los donantes y, en general, la comunidad internacional están haciendo en materia de salud. Entendemos que del análisis comparado a escala internacional se extraen más fácilmente los rasgos peculiares de la cooperación española, identificando sus fortalezas y debilidades.

- En tercer lugar, se ha ampliado el análisis de la ayuda española a lo largo del año 2003 al objeto de permitir un estudio más detallado de la composición sectorial, orientación e instrumentación de la misma, introduciendo un mayor número de cuadros y gráficos de respaldo.

- En cuarto lugar, se ha ampliado el capítulo dedicado a la cooperación descentralizada en salud, en el que se reconoce el importante papel que tienen los gobiernos autonómicos y se analiza el caso concreto del Gobierno Vasco.

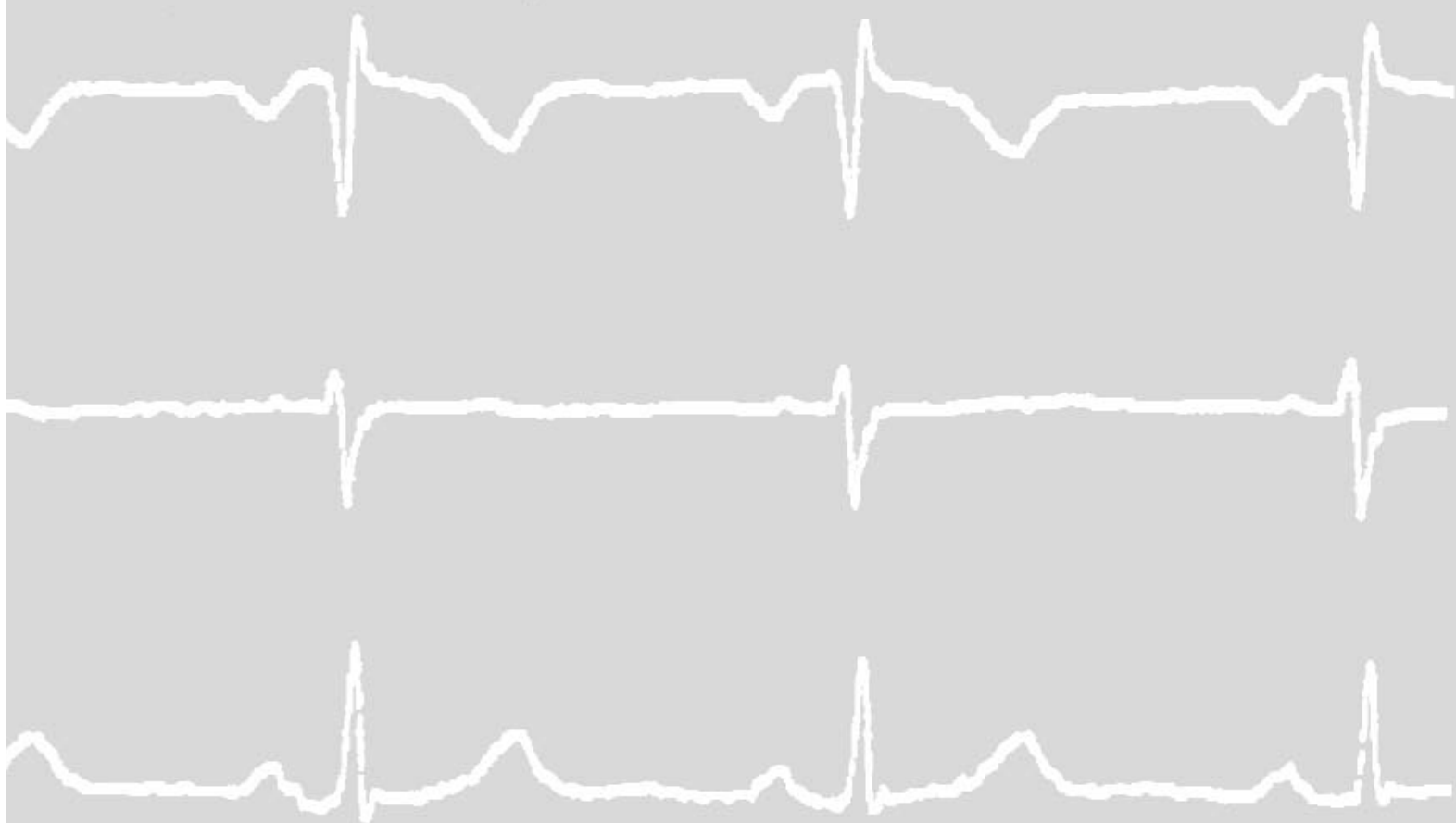
- En quinto lugar, se han incorporado recuadros firmados por especialistas en diversas materias que enriquecen el análisis y aportan opiniones válidas para la elaboración de propuestas.
- Finalmente, se ha dedicado un capítulo a la privatización de los sistemas de salud, un tema que en la actualidad se está debatiendo para determinar qué papel juega el sector privado en la promoción y mejora de los niveles de salud en los países en desarrollo.

Para facilitar la lectura del informe se incorpora un anexo dedicado a la explicación de los conceptos básicos y las fuentes estadísticas utilizadas. Para obtener la información relevante se ha acudido tanto al Comité de Ayuda al Desarrollo (CAD) de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), institución que tiene encomendado el registro estadístico de las actividades de la cooperación internacional, como a la Subdirección de Planificación y Evaluación de Políticas de Desarrollo, de la Secretaría de Estado de Cooperación Internacional, que tiene a su cargo el seguimiento, evaluación y planificación de la ayuda española.

El informe se articula en torno a seis capítulos, precedidos por esta introducción, y un capítulo de conclusiones y recomendaciones. El primer capítulo se dedica al análisis del contexto internacional, revisando el estado de la salud en el mundo y los principales problemas sanitarios a los que se enfrenta la comunidad internacional. El segundo capítulo estudia la respuesta que la comunidad internacional ha dado a esos problemas, con especial atención al seguimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. El tercer capítulo está dedicado al análisis de la cooperación internacional en materia de salud, situando la cooperación española en el contexto de la Unión Europea y del CAD de la OCDE, considerando un período temporal suficientemente prolongado para detectar rasgos consolidados. El cuarto capítulo se orienta a analizar la cooperación española en materia de salud a lo largo de 2003, deteniéndose en el estudio de la composición, orientación e instrumentación de los recursos. El capítulo cinco estudia la cooperación descentralizada en materia de salud, con el análisis específico de una de las comunidades autónomas más activas en materia de cooperación al desarrollo: el País Vasco. Por último, el sexto capítulo se dedica al estudio del papel del sector privado en la prestación de servicios de salud en el mundo en desarrollo. El Informe se cierra con un capítulo de conclusiones y recomendaciones, capítulo especialmente pertinente si se tiene en cuenta que la Administración española tiene que elaborar un nuevo Plan Director que guíe la política de ayuda a lo largo de los próximos años. Las propuestas, en este caso, han estado construidas como sugerencias y recomendaciones para los contenidos que en materia de salud acoja el nuevo Plan.

Como todo estudio amplio, éste no hubiera podido llevarse a efecto sin múltiples apoyos personales e institucionales que es necesario agradecer. En primer lugar, ha de agradecerse la colaboración de quienes desinteresadamente han expresado su cualificada opinión en los recuadros. Asimismo, se agradece a los funcionarios y técnicos del CAD, en la OCDE, y de la Subdirección de Planificación y Evaluación de las Políticas de Desarrollo, en la SECI, la atención prestada a las diversas consultas que se le hicieron acerca del sentido de los datos. En la AECl se agradece muy sinceramente la colaboración de María Noguerol, Javier Jiménez de Gregorio, Lola Martín Villalba, Ximena Sartori, Isabel del Castillo y Pilar Cruz Aguirre. También, se agradece a Virginia Braunstein y Aimée Nichols del CAD en la OCDE y a Francisco González Pacheco y Carlos Aramendia de la Subdirección General de Planificación y Evaluación de Políticas de Desarrollo. Por su parte, y en relación con el estudio sobre el País Vasco, se recibió el apoyo de Arantza Basagoiti y Olatz Ajuriaeusokoa. Por último, para aclarar algunos aspectos, se contó también con la ayuda de los investigadores e investigadoras que trabajaron en anteriores ediciones de este informe: Noelia Verona, Julia Espinosa y Francisco Javier Maroto. A todos nuestro agradecimiento. Es obligado señalar, en todo caso, que ninguno de los aquí citados es responsable de las opiniones y juicios que se contienen en este informe.

Madrid, octubre de 2004



El derecho a la salud y el proceso de desarrollo: perspectiva internacional

1. Salud y desarrollo

La mejora de la salud de las personas tiene una doble relación con la dinámica de desarrollo, en tanto que instrumento requerido para alentar el proceso de crecimiento y cambio social y como dimensión sustancial (u objetivo) de ese propio proceso de cambio. Así pues, la salud es, al tiempo, instrumento y objetivo del proceso de desarrollo.

En primer lugar, en tanto que instrumento, la salud constituye un requisito para el desarrollo, una condición para que se desplieguen las posibilidades de progreso de los pueblos. Es difícil que las personas se incorporen de forma plena a la actividad productiva, participen activamente en los procesos de decisión social, mejoren sus capacidades formativas o incrementen sus potencialidades creativas si carecen de las condiciones para desplegar una vida saludable, ajena al dolor, a las enfermedades o a los padecimientos físicos y psíquicos, si se encuentran permanentemente amenazadas por el riesgo de caer en la enfermedad. Pero, al tiempo, la mejora de la salud es elemento constitutivo del propio desarrollo, uno de los objetivos a los que tiende necesariamente ese proceso de cambio. Al fin, lo que el desarrollo persigue es ampliar las capacidades de las personas, mejorando sus opciones para hacer efectivo aquello que realmente valoran; y una de las cosas que todo ser humano valora es la salud, la posibilidad de desplegar una vida larga y saludable. Variable instrumental, pues, y componente sustancial del desarrollo, la salud se conforma como uno de los ejes centrales de todo proceso de transformación y progreso social.

No es extraño, por tanto, que cuando el PNUD elabora el concepto de desarrollo humano y crea un índice para estimarlo (el IDH), considere a la salud como una de las dimensiones básicas del nuevo concepto. De este modo, conforme a lo que señala el PNUD, la esperanza de vida (que trata de aproximar, siquiera imperfectamente, los niveles de salud), junto con la capacidad de gasto de las personas (PIB per cápita en Paridad del Poder Adquisitivo) y el acceso que éstas tienen a las posibilidades educativas (tasa combinada de escolarización y tasa de alfabetización) pasaron a conformar las tres dimensiones básicas del Índice de Desarrollo Humano. Se reconocía de este modo el carácter central que para la

vida de las personas tiene la posibilidad de alejar los riesgos de la enfermedad y de acceder a los tratamientos y cuidados requeridos para mantener una vida lo más saludable posible.

Este mismo planteamiento es el que se recoge en las declaraciones internacionales sobre derechos humanos. La Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948) y el Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1976) recogen la salud como un derecho fundamental del ser humano y condición clave para una vida digna.

Y si la salud forma parte del cuadro indivisible de los derechos humanos, la carencia de salud expresa una de las dimensiones definitorias de la pobreza. No sólo porque las carencias básicas que caracterizan a la pobreza en materia de nutrición, salubridad, higiene diaria o condiciones habitacionales incrementan los niveles de riesgo en materia de salud, sino también porque al carecer de recursos, disminuyen sus posibilidades de acceso a los servicios de salud una vez que la enfermedad llega. Esta misma situación de vulnerabilidad extrema incrementa el impacto potencial de la enfermedad sobre la economía familiar, al tener que dedicar parte de sus menguados recursos (financieros y humanos) a la atención del familiar enfermo.

El Banco Mundial (Narayan, et al., 2000: 4), al tener que definir la pobreza, se hace eco de esta concepción. Tras aceptar que "pocas veces la pobreza tiene que ver con la falta de una sola cosa", reconoce que "en casi todas partes se teme al mal estado de salud y a la enfermedad como fuentes de miseria. Ello se debe a los costos de la atención a la salud y también a los ingresos que se dejan de percibir durante las enfermedades". Y los propios pobres expresan este mismo juicio: "los peores aspectos de la pobreza - señala un entrevistado en Moldova - son el hambre, la mala salud, la falta de ropa apropiada y la vivienda deficiente". (Narayan et al., 2000; 17).

Semejante percepción no hace sino expresar el círculo vicioso que vincula a la pobreza con la carencia de salud: porque se es pobre, se incrementan los riesgos de enfermedad, y porque se padece ausencia de salud, se aumenta la probabilidad de ser pobre. Se trata de un círculo vicioso que es necesario quebrar, luchando simultáneamente contra la pobreza, en general, y contra las carencias en materia de salud, en particular. Un planteamiento que parte de la convicción de que no cabe vencer la pobreza de una forma sostenible si no se mejoran las condiciones de salud de los más pobres. La desnutrición y las enfermedades minan la capacidad de iniciativa y los niveles de productividad de quienes las

padecen y obligan, en ocasiones, a inversiones en cuidados de salud que no están al alcance de los más pobres, agravando las condiciones de la economía familiar. También los Estados de los países más pobres se ven afectados por esta misma dinámica, careciendo de los recursos para proveer a sus ciudadanos con servicios de salud universales y de calidad, debiendo comprometer en muchas ocasiones buena parte de sus presupuestos en estas actividades, con merma de otras posibles inversiones.

Ahora bien, si la falta de salud condiciona las posibilidades de desarrollo, también es cierto que sin desarrollo es difícil que se logren resultados efectivos y sostenibles en materia de salud. Porque sin mejorar la dieta alimenticia, las condiciones de habitabilidad de las viviendas, el acceso a los servicios sociales básicos de las personas en situación de vulnerabilidad o la promoción de la equidad de género es difícil que se produzcan mejoras sostenibles en las condiciones de salud de los más pobres. Así pues, ambos objetivos -lucha contra la pobreza y mejora de la salud- están inextricablemente relacionados. (Recuadro 1.1).

La comunidad internacional está obligada, por tanto, a apoyar los esfuerzos de los pueblos por mejorar sus condiciones de salud, dedicando a ello una parte sustancial de sus recursos de ayuda al desarrollo. Tres razones justifican este propósito:

- En primer lugar, porque constituye la *obligada respuesta al reconocimiento universal de la salud como una de las dimensiones constitutivas de los derechos humanos*. En la medida en que los países suscribieron esa declaración, debieran sentirse moralmente obligados a poner los medios para hacer realidad ese derecho.

- En segundo lugar, porque la *comunidad internacional se ha comprometido, en diversas ocasiones, la última de ellas con motivo de la Declaración del Milenio, a combatir la pobreza*, por entender que degrada moralmente a la comunidad que la consiente y es fuente de riesgos que a todos afectan. Pues bien, como se ha señalado, la mejora de la salud constituye uno de los medios obligados para erradicar la pobreza.

- Y, en tercer lugar, porque al mejorar las condiciones sanitarias de los pueblos más pobres, *se incrementan los niveles de seguridad en materia de salud del conjunto del planeta*. Dicho de otro modo, en un mundo crecientemente interdependiente, la seguridad en materia de salud se constituye en un bien público global: su provisión beneficia al conjunto de la comunidad internacional.

Por ello, por compromiso moral, por consecuencia política y por interés compartido, la comunidad internacional debiera sentirse obligada a redoblar los esfuerzos por mejorar las condiciones de salud de los pueblos. Ahora bien, ¿cuál es la situación internacional en materia de salud?

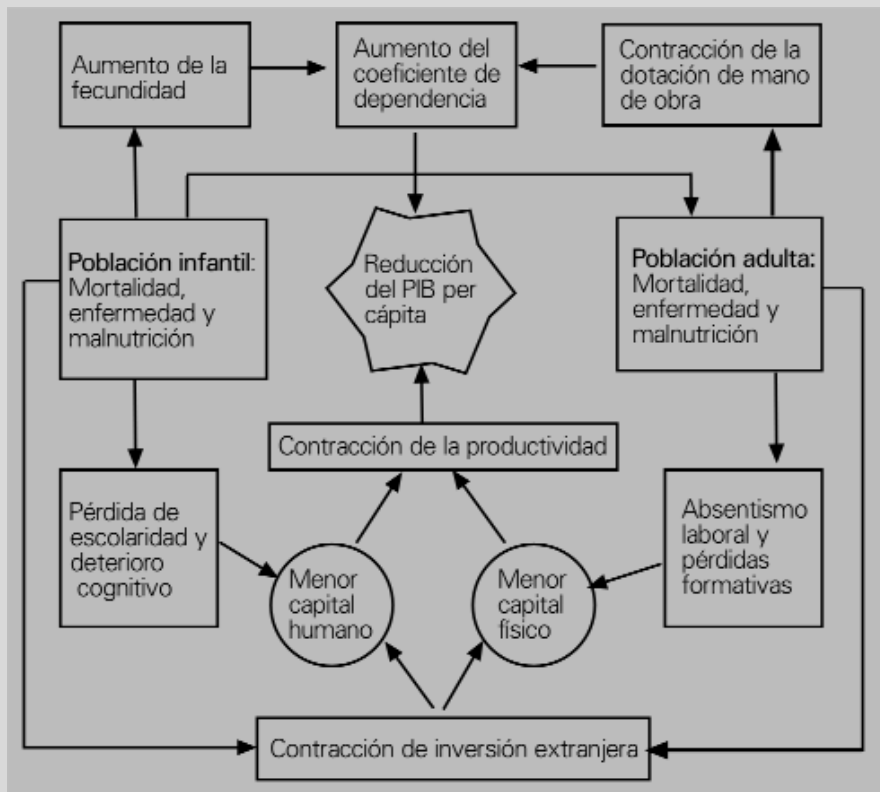
Los costes económicos de la enfermedad

José Antonio Alonso

Director del Instituto Complutense de Estudios Internacionales

En el presente Informe se insiste en la doble naturaleza que tiene la relación entre desarrollo y salud. Por una parte, la promoción de la salud contribuye a ampliar las capacidades y a hacer efectivos los derechos de las personas, configurándose como parte sustancial del proceso de desarrollo; por otra, constituye un requisito para hacer el desarrollo posible, mejorando la creatividad y la productividad de las personas. La salud, pues, simultáneamente como objetivo y como instrumento del desarrollo.

Aquí quisiéramos detenernos en la segunda vertiente de esa relación: las posibilidades que brinda la salud para hacer más efectivo el proceso de desarrollo. Un planteamiento que descansa en la convicción compartida de que cuando las personas viven en condiciones saludables son más productivas. O, dicho de otro modo, que la enfermedad, además de costes humanos, genera también costes económicos que limitan las posibilidades de desarrollo de los pueblos. Ahora bien ¿cuáles son las relaciones entre la salud y la evolución del PIB? El gráfico proporciona una imagen sintética de las múltiples vinculaciones que existen entre esos dos ámbitos.



En primer lugar, las malas condiciones de salud afectan a la población infantil, uno de los colectivos más vulnerables, incrementando sus tasas de enfermedad, malnutrición y muerte. La enfermedad y la malnutrición producen una reducción en la tasa de escolaridad de los niños y niñas (mayores ausencias o abandonos del puesto escolar), así como una reducción de la capacidad cognitiva y del rendimiento de los que se mantienen en el proceso formativo. Todo ello termina por repercutir sobre el stock de capital humano y sobre los niveles futuros de productividad de la mano de obra, limitando las posibilidades de expansión del PIB. Al tiempo, el incremento de la morbilidad y de la mortalidad infantil conducen a un aumento de la tasa de fecundidad de las parejas, al requerir éstas más hijos para alcanzar la descendencia deseable, incrementando, de este modo, el coeficiente de dependencia demográfico (es decir, el número total de personas por persona activa). Este hecho, condiciona también las posibilidades de expansión del PIB per cápita, en la medida en que es menor la proporción de los que generan riqueza y mayor la de aquellos entre quienes hay que distribuirla.

En segundo lugar, las malas condiciones de salud afectan también a la población adulta, incrementando sus niveles de malnutrición, enfermedad y muerte. Todo ello repercute sobre la dotación de mano de obra disponible y sobre sus niveles de productividad. La contracción de la mano de obra activa, debido a la enfermedad o la muerte, incrementa la tasa de dependencia, provocando, por esta vía, una contracción del PIB per cápita. A su vez, la enfermedad y la malnutrición limitan el nivel de formación y de rendimiento de los recursos humanos activos, afectando a la capacidad de formación de capital humano.

Por último, las malas condiciones de salud afectan no sólo a la formación de capital humano, sino también a los niveles de capital físico. Las altas tasas de morbilidad generan un doble efecto: por una parte, como consecuencia de las altas tasas de morbilidad, la población ha de dedicar parte de sus ahorros a gastos de atención a la salud, desviándolos de otras actividades productivas; y, en segundo lugar, se produce un efecto de disuasión de los inversores extranjeros, que no quieren localizar sus empresas donde existe alta probabilidad de enfermedad y muerte.

Las relaciones descritas son fácilmente identificables en la realidad. Pensemos, por ejemplo, en los efectos del VIH/SIDA en aquellos países africanos con mayor incidencia de la enfermedad. En primer lugar, el VIH/SIDA genera una notable pérdida de capacidades productivas como consecuencia de la enfermedad y muerte de los afectados; el que buena parte de éstos se encuentren en su edad más productiva da lugar, además, a una importante pérdida de capital

humano para el país; los ahorros familiares habrán de dedicarse a atender a los familiares enfermos, con lo que se limita la creación de capital físico; a su vez, la alta tasa de mortalidad de adultos da origen a la presencia de una abultada generación de población infantil huérfana, que requiere trabajar para sobrevivir, por lo que no puede recibir la educación adecuada, limitando las posibilidades de formación de capital humano; parte de esa población se encontrará infectada por el VIH/SIDA o proclive a caer en otras enfermedades como consecuencia de su mala nutrición o de sus inadecuadas condiciones de vida, lo que condicionará el desarrollo de las futuras generaciones de trabajadores; y, en fin, la presencia de una alta morbilidad actúa como un factor de disuasión de la inversión extranjera, repercutiendo sobre la formación de capital físico del país. Un reciente estudio estima que el efecto conjunto de estos factores, en los países de mayor incidencia de la enfermedad, como Bostwana o Swazilandia, puede llegar a sumar un 8% del PIB en 2010. (Cohen, 2002).

En términos más generales, los estudios empíricos sobre el crecimiento confirman el papel que la salud tiene en la determinación de las posibilidades económicas de los países. De hecho, buena parte del crecimiento experimentado por las economías del sudeste asiático se debieron a las inversiones realizadas previamente en materia de educación y de salud. Como consecuencia, se incrementó la esperanza de vida (casi se duplica en una década), se redujeron las tasas de dependencia y de fecundidad y se incrementaron las propensiones al ahorro y a la inversión, todo lo cual repercutió en el incremento del PIB per cápita. (Bloom, Canning y Malaney, 2000). Una reciente investigación realizada por Bloom, Canning y Sevilla (2004), en la Universidad de Harvard, confirma que un año adicional de esperanza de vida, expresivo de una mejora en las condiciones de vida de la población, aparece asociado a un incremento de un 4% del PIB per cápita correspondiente al estado estacionario de esa economía.

Por supuesto, la relación entre salud y crecimiento está lejos de ser unidireccional: no sólo la buena salud permite alentar una dinámica más intensa de crecimiento económico, sino también el crecimiento puede promover la mejora en los parámetros de salud de los pueblos. Y, al contrario, como demuestra el caso de la antigua Unión Soviética, la regresión en términos de desarrollo puede conducir no sólo a una disminución del PIB per cápita, sino también a un retroceso en los parámetros de la salud. Se trata, pues, de una causalidad de tipo bidireccional, dando origen a círculos virtuosos (o viciosos) entre salud, crecimiento y desarrollo con altas dosis de acumulatividad. Desde esta perspectiva, dedicar esfuerzos en materia de salud constituye una inversión que no sólo promueve las capacidades humanas, sino también las potencialidades productivas de los pueblos.

Ahora bien, para medir más adecuadamente los costes económicos de la enfermedad conviene integrar dentro de la medición del progreso el efecto que tiene la ampliación de la esperanza de vida de las personas. Entre dos economías con similar PIB per cápita, es muy razonable que los individuos prefieran vivir en aquella en la que se les ofrece una vida más larga y saludable. Pero ¿cómo valorar este factor? A comienzos de los setenta, en un trabajo poco difundido, un investigador, Dan Usher, propuso un método para incorporar en el PIB la medición de las ampliaciones de la esperanza de vida, a través de la creación de una nueva magnitud que denominó el *Ingreso Pleno* (Usher, 1973). Pues bien, en los países de alta renta el efecto de la ampliación de la esperanza de vida, como consecuencia de las mejoras en las condiciones de salud, llegaban a suponer el 30% del incremento experimentado en el valor del Ingreso Pleno. Y una investigación reciente referida a Estados Unidos estima que cerca del 50% del incremento del Ingreso Pleno per cápita vivido a lo largo del siglo XX se debió a la reducción de la mortalidad: en ese período mientras el PIB per cápita se multiplicó por seis, la esperanza de vida aumentó unos 25 años (Nordhaus, 2003).

La aplicación de este concepto a la medición de los costes económicos del SIDA en África conduce a resultados espectaculares. Admitiendo que se ha producido, entre 1990 y 2000, un incremento de la probabilidad de muerte de un 0,35% anual en los adultos de entre 15 y 60 años; y suponiendo que el *valor estadístico de vida* (un coeficiente que mide el valor atribuido a la ampliación de la esperanza de vida) es equivalente a 100 veces el valor del PIB per cápita (una atribución modesta para lo que indican las estimaciones), resultará entonces que el coste del SIDA alcanzaría al 15% del PIB en el año 2000. O, lo que es lo mismo, que entre 1990 y 2000 se ha producido una disminución del ingreso equivalente al 1,7% anual (Bloom, Canning y Graham, 2003).

El caso anterior revela la conveniencia de integrar dentro de las mediciones de desarrollo aquellos aspectos que afectan a las condiciones de vida -en este caso aproximadas a través de la longevidad- de las poblaciones. La imagen que se deriva de estos ensayos pone en evidencia el valor económico de la salud, conduciendo a resultados muy distintos a los que se derivarían de la mera consideración del PIB.

ORIENTACIONES BIBLIOGRÁFICAS

Para quien esté interesado en este ámbito del análisis podría revisar el trabajo originario de D. Usher (1973): "An imputation to the measure of economic growth for changes in life expectancy", en M. Moss, *The measurement of economic and social performance*, Columbia University Press. Una esti-

mación del Ingreso Pleno, con explicación de los procedimientos de cálculo, se encuentra en W. Nordhaus (2003): "The health of nations: The contribution of improved health to living standards", en K. H. Murphy y R.H. Topel, *Measuring the gains from medical research: An economic approach*, University Chicago Press. Para la estimación del Ingreso Pleno es importante conocer los procedimientos de cálculo del valor estadístico de vida: un tratamiento de este aspecto se puede consultar en W.K. Viscusi y J. E. Aldy (2003): "The value of a statistical life: A critical review of market estimates from around the World", *Journal of Risk and Uncertainty*, 27, 5-76. Por último, para estudiar las relaciones entre salud y crecimiento económico pueden considerarse los excelentes trabajos de D. Bloom, D. Canning y P. Malaney (2000): "Demographic change and economic growth in Asia", *Population and Development Review*, 26, 257-90; D. Bloom, D. Canning y B. Graham (2003): "Longevity and Life-cycle savings", *Scandinavian Journal of Economics*, 105, 319-38; D. Bloom, D. Canning y J. Sevilla (2004): "The effect of health on economic growth: A production function approach", *World Development*, 32, 1-13. En esta misma línea es obligado referirse a los trabajos realizados por Comisión sobre Macroeconomía y Salud, de la OMS. Si se quiere consultar uno de sus trabajos conclusivos puede acudir a *Macroeconomic and Health: Investing in Health for Economic Development*.

2. La salud en el mundo: una visión general

Visto en perspectiva histórica, es necesario reconocer que en el último medio siglo se han logrado avances significativos en los parámetros que expresan los niveles de salud del planeta. Entre 1970 y la actualidad, los países en desarrollo han visto incrementada su esperanza de vida promedio en cerca de diez años, pasando de los 55 a los 67 años; se ha reducido a cerca de la mitad la tasa de mortalidad de los niños de edad inferior a los 5 años, pasando de 166 a 81 por mil; ha descendido la tasa de mortalidad infantil de 108 a 56 por mil; y se ha incrementado el aporte calórico consumido, pasando del 71% al 83% del promedio propio de los países desarrollados. Por otra parte, la implantación de los programas de planificación familiar, junto con el incremento -de cerca del 40%- en el uso de métodos anticonceptivos en los últimos 40 años, ha favorecido una cierta contención en el crecimiento demográfico, pasando la tasa de fecundidad de 5,4 hijas/os propia de los años setenta a los 2,9 hijas/os por mujer fértil en 2004, reduciéndose, de este modo, la tasa de dependencia demográfica. Al tiempo, se avanzó notablemente en la erradicación de enfermedades como la viruela, la poliomielitis o la tuberculosis, pese al retroceso experimentado en alguna de estas dolencias en los últimos tiempos. Se trata de logros indudables que no cabe desconocer ni subvalorar.

No obstante, semejantes progresos están muy desigualmente repartidos, de

modo que las diferencias en las condiciones de salud entre pueblos, países y regiones siguen siendo muy notables. Hasta el punto de constituirse alguno de los parámetros relacionados con la salud (como la tasa de mortalidad en menores de cinco años) en uno de los principales indicadores de la extrema desigualdad existente en el planeta. Mientras que en España esta tasa es de 6 por 1.000 nacidos vivos, en países como Níger y Malí la tasa de mortalidad en menores de cinco años supera, según el PNUD, los 265 por mil y 222 por mil respectivamente. Al tiempo, y pese a los avances antes señalados, permanecen ámbitos en los que las carencias son manifiestas, afectando decisivamente a las condiciones de vida de buena parte de la población del planeta. Así pues, la persistencia de carencias manifiestas y la desigual distribución de los logros constituyen dos de los rasgos que caracterizan la situación de la salud humana en el planeta. Carencias y desigualdades que se han visto incrementadas en los últimos tiempos como consecuencia de la emergencia de nuevos problemas de salud, asociados a enfermedades y pandemias que tienen especial incidencia en los países en desarrollo.

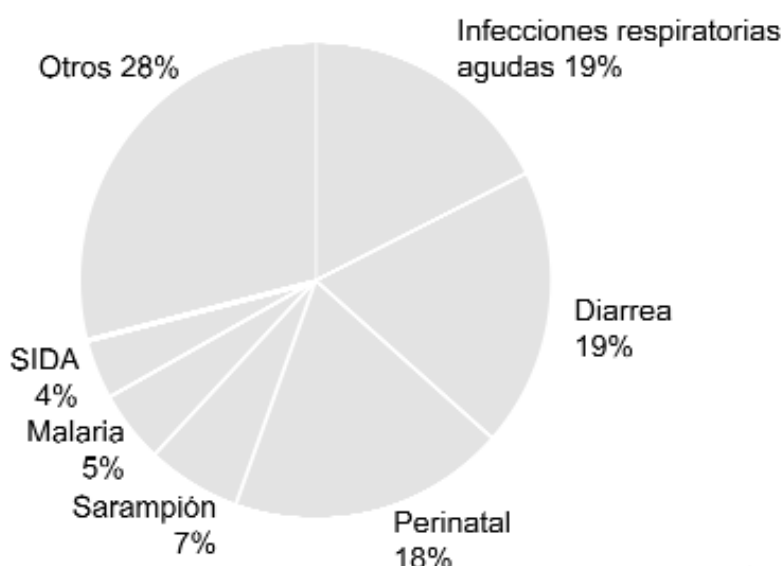
2. 1. Persisten las carencias extremas

Las estadísticas internacionales permiten aproximar, siquiera de modo imperfecto, los perfiles de la pobreza humana a escala internacional: cerca de 1.200 millones de personas viven sumidos en la pobreza absoluta, con menos de 1 dólar diario, 848 millones de personas padecen hambre, 114 millones de niños y niñas no tienen acceso a la escuela, 11 millones de niños y niñas mueren por enfermedades tratables y en torno a 1.800 millones de personas viven en regímenes manifiestamente no democráticos. Los riesgos en materia de salud ensombrecen aún más el panorama descrito: el acceso a los servicios de salud margina a unos 750 millones de personas, algo más de 1.200 millones no tienen acceso a agua potable y cerca de 500 millones no sobrepasarán los cuarenta años como consecuencia de la enfermedad o de otras causas de muerte. Se trata de un panorama que revela la dimensión de la penuria humana en buena parte del planeta. Carencias y penalidades que afectan, muy especialmente, a los países en desarrollo: de hecho, del total de la carga de enfermedad mundial, el 93% se concentra en los países de renta media y baja, y cerca del 60% en China, India y África Subsahariana.

Las carencias en el ámbito de la salud se perciben, especialmente, en el caso de la población femenina e infantil. De los 57 millones de defunciones mundiales estimadas en 2002, 11 millones corresponden a niñas y niños menores de 5

años. Estudios internacionales estiman, además, en cerca de 2 millones al año las defunciones derivadas de enfermedades prevenibles, incluso a un bajo coste, lo que incrementa la responsabilidad moral del conjunto de la comunidad internacional. En concreto, entre las causas de muerte infantil más frecuentes en los países en desarrollo, se encuentran las enfermedades de tipo perinatal (18%), las infecciones de vías respiratorias (19%), las enfermedades diarreicas (19%), la malaria (5%) y el sarampión (7%) (gráfico 1.1). Adicionalmente, 200 millones de niños menores de 5 años todavía sufren de malnutrición y anemia. La región de África Subsahariana es la que con mayor intensidad padece este tipo de problemas. De hecho, de los 20 países del mundo con mayor tasa de mortalidad infantil, 19 son africanos.

Gráfico 1. 1 **Mortalidad infantil - Países en desarrollo (%)**



Fuente: Banco Mundial (2004): Health, Nutrition and Population Strategy Paper

Más de 120 millones de parejas en el mundo, principalmente localizadas en los países en desarrollo, carecen de acceso a la planificación familiar. Y, como consecuencia de la falta de acceso a los servicios de atención al embarazo y parto, una de cada 48 mujeres muere en los países en desarrollo. De hecho, el porcentaje de partos atendidos por personal sanitario no alcanza el 55% en los países en desarrollo, superando el 99% en el caso de los países de ingreso alto. En suma, más de la mitad de la carga de enfermedad en África Subsahariana y Asia

Meridional se podría reducir notablemente a través de intervenciones locales, de no excesivo coste, como la vacunación, la gestión integrada de las enfermedades infantiles, la planificación familiar, los servicios maternos y perinatales y los programas de nutrición y salud en la escuela.

Las carencias señaladas se han visto agravadas por el efecto de pandemias como el VIH/SIDA, que han hecho retroceder en muchos países africanos los parámetros de salud. En concreto, en una regresión que tiene pocos precedentes históricos, la tasa de mortalidad ha crecido en países como Bostwana, Swazilandia, Lesotho o Zimbabwe, que coinciden con algunos de los más afectados por el VIH/SIDA. Una buena parte de los acuerdos internacionales ha tratado de afrontar los problemas que plantea el tratamiento de esta pandemia; no obstante, los datos revelan que el acceso a los tratamientos antirretrovirales (ARV) en los países en desarrollo sólo llega a un 5% de los afectados. En África Subsahariana, por ejemplo, de acuerdo a los últimos datos manejados en la conferencia sobre VIH/SIDA de Bangkok, de un total de 5 millones de nuevas personas infectadas en 2003, apenas 50.000 reciben el tratamiento, aproximadamente un 1% del total de personas que lo necesitarían. Todo ello revela la necesidad de articular una respuesta unitaria más sólida y eficaz, como señala el director general de la OMS, Lee Jong-Wook.

Tal como se avanzó en *La salud en la cooperación al desarrollo y la acción humanitaria. Informe 2003*, la rápida y eficaz respuesta dada al SARS (síndrome agudo respiratorio severo), a lo largo de 2002, revela lo que la comunidad internacional puede hacer cuando existe voluntad política para ello. La preocupación por la rápida extensión del contagio motivó que la OMS adoptase medidas para la identificación y control de los brotes, a través de su Red de Alerta y Respuesta Global¹. Esta red tiene como objetivo fundamental coordinar la asistencia internacional, permitir respuestas con la mayor rapidez posible y contribuir a mejorar las capacidades locales y el conocimiento sobre epidemias a largo plazo. Desde sus inicios, esta red se ha implantado en varios países, como Afganistán, Bangladesh y Burkina Faso. La coordinación internacional, la rapidez de las detecciones y la agilidad de las gestiones sanitarias se revela como fundamental para el control de este tipo de epidemias. Es una lástima que similar empeño no se ponga en aquellas enfermedades que, por ser endémicas de los países en desarrollo o por carecer de similares efectos de contagio, no se consideran riesgos graves para los países desarrollados.

1. OMS (2001): Global Outbreak Alert and Response Network, Ginebra. Como consecuencia de la resolución de mayo 2001, se acuerda que la OMS sea responsable de la seguridad global en salud, así como de las alertas y respuestas, para coordinar y apoyar la colaboración de otros actores en la materia.

Cuadro 1. 1

Algunos parámetros de salud de acuerdo al nivel de desarrollo de los países

	Espza. vida (años)	T mort. infant (p.mil)	T mort < 5 años (p.mil)	Prob. sobrevivir a 65 años (%)	Acceso agua mejorada (%)	Niños de 1 año inmunizados		Partos atend.	Pob. desnutrida (%)
						TBC	Saramp.		
Desarrollo humano									
Alto	77,4	9	11	88,4	-	-	92	97	-
Medio	67,2	45	61	74,3	82	84	78	62	14
Bajo	49,1	104	164	41,2	62	71	57	35	31
Ingreso									
Alto	78,3	5	7	89,5	-	-	90	99	-
Medio	70,0	30	37	79,5	82	87	86	80	10
Bajo	59,1	80	120	59,1	76	77	64	41	24
Total Mundial	66,9	56	81	72,9	82	81	75	58	

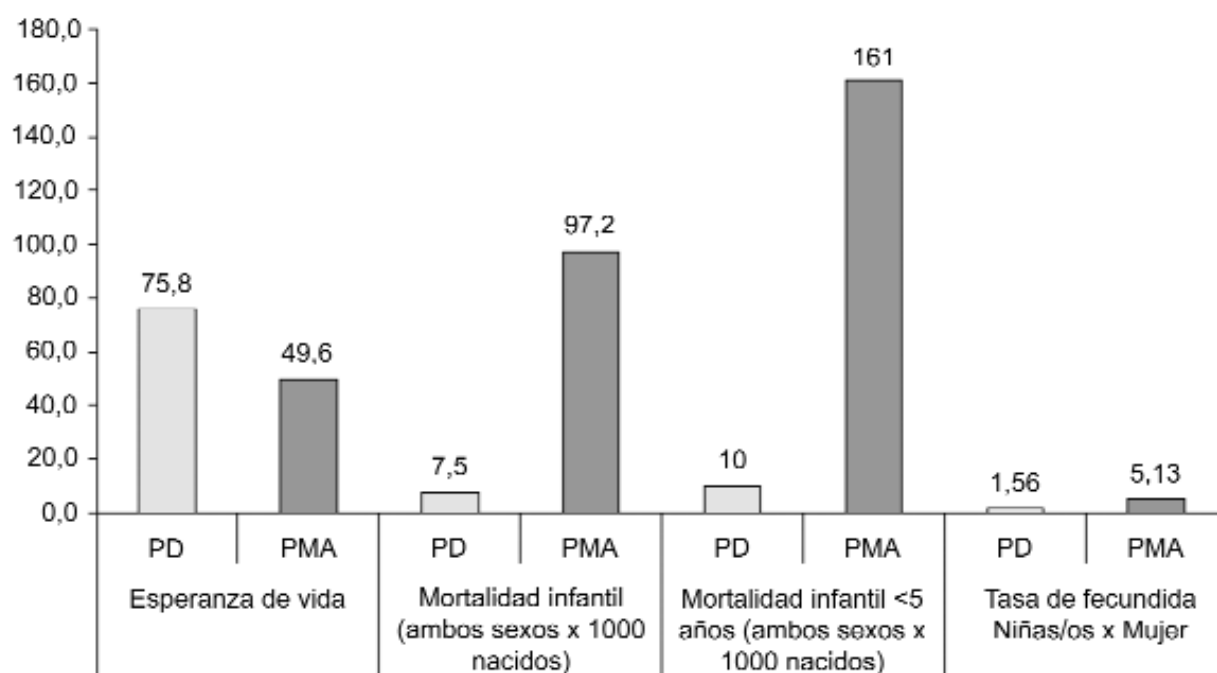
Fuente: PNUD (2004)

2. 2. Persiste una notable desigualdad

La situación internacional no sólo se caracteriza por la existencia de carencias graves en materia de salud, sino también, por la persistencia de notables desigualdades entre países y regiones. Los datos son suficientemente significativos: la esperanza de vida de los países de desarrollo humano alto casi prolonga en 28 años la propia de los países de bajo desarrollo humano; la tasa de mortalidad infantil de este segundo grupo multiplica por más de 10 la del primero; la diferencia es todavía mayor en el caso de la mortalidad de los niños menores de cinco años, 11 frente a 164 por mil. Estos datos están relacionados con la capacidad de acceso a servicios sociales básicos que tiene la población. Así, por ejemplo, frente al acceso virtualmente universal al agua mejorada por parte de los países de desarrollo humano alto, los de bajo desarrollo presentan una tasa promedio de en torno al 62%; las tasas de inmunización infantil frente al sarampión, que superan holgadamente el 90% de la población en los países de desarrollo humano alto, se encuentran entre 20 y 30 puntos porcentuales por debajo en los países de desarrollo humano bajo; y, frente a tasas del 97% de atención especializada al parto en los países desarrollados, apenas se alcanza al 35% en los países de desarrollo humano bajo (cuadro 1.1).

Acaso, las diferencias se perciban de manera más aguda cuando se ponen en relación los parámetros básicos de la salud relativos a los países desarrollados con los propios del grupo de países menos adelantados (PMA). El gráfico 1.2 ofrece una imagen de la distancia existente entre ambos grupos de países. Aunque los datos no agotan el diagnóstico, son suficientes para revelar la magnitud de la desigualdad internacional en materia de salud.

Gráfico 1.2 **Desigualdades: Países desarrollados - Países menos adelantados en salud 2000/05**



Fuente: Elaboración propia a partir de las estadísticas de NNUU (2004)

Estas mismas diferencias se perciben entre las diversas regiones del planeta, situando a África Subsahariana como la región del mundo con mayores carencias en materia de salud. En concreto, la esperanza de vida de los países de la OCDE es un 40% superior a la existente en África Subsahariana; en esa misma región los niveles de inmunización frente a la tuberculosis no llegan al 73% de la población y apenas superan el 54% en el caso del sarampión; el acceso al agua mejorada alcanza al 57% de la población; sólo un 42% de los partos son atendidos por personal especializado; la mortalidad infantil en niños menores de 5 años alcanza la alarmante tasa de 178 por mil (cuadro 1.2). La siguiente región del mundo por sus niveles de penuria en materia de salud es Asia Meridional, donde sólo un

37% de los partos son atendidos por personal especializado y apenas el 68% de la población ha sido inmunizada respecto al sarampión. Las carencias aludidas se ven agravadas por otras dimensiones de la pobreza humana, relacionadas con la falta de ingresos, las limitaciones para acceder a la educación o la ausencia de democracia. Baste señalar que el nivel de alfabetización alcanza al 63% de la población en África Subsahariana o al 57% en Asia Meridional; y, en esas dos regiones el nivel de escolarización se mantiene en el 44% y 54%, respectivamente, de la población en edad escolar.

Cuadro 1. 2 **Algunos parámetros de salud por regiones del mundo en desarrollo**

Indicadores de salud a nivel regional	Asia Este Pacífico	Europa Este-Centro-CEI	LAm Caribe	Estados Árabes	Asia Meridional	África Sub sahariana	OCDE renta alta
2002 Esperanza vida	69.8	69.5	70.5	66.3	63.2	46.3	78.3
2002-15% Crecimiento población	0.8	-0.2	1.2	2.1	1.5	2.1	0.4
Inmunización 2002 TB (%)	79	97	95	86	81	73	..
Sarampión (%)	79	96	91	82	68	58	90
2000 % Acceso agua	76	93	86	86	85	57	..
1990-02 PIB per capita (% crecimiento anual)*	5.4	-0.9	1.3	1	3.2	-0.8	1.7
2000-05 % Fertilidad	2	1.4	2.5	3.8	3.3	5.4	1.7
1995-02 % Partos atendidos	73	97	83	67	37	42	99
2002 Morta. infantil x 1000	32	18	27	48	69	108	5
2002 Morta.<5 años x 1000	42	22	34	62	95	178	7

* África Subsahariana - periodo 1975/2002. Resto de regiones 1990/2002

Fuente: PNUD (2004)

A estas diferencias entre regiones se han de añadir las que subsisten en el seno de los países, vinculadas a las desigualdades entre población rural y urbana, a las derivadas de factores asociados al género o a diferencias étnicas, entre otras. Así, por ejemplo, en Angola el 65% de la población vive en zonas rurales, pero en estos ámbitos sólo radica el 15% de los médicos existentes en el país; en Camboya un 13% del personal sanitario trabaja en zonas rurales donde vive, sin embargo, el 85% de la población.

Por su parte, de acuerdo al Banco Mundial, América Latina y el Caribe contó con una tasa de crecimiento poblacional del 1,2% en 2003, una mortalidad infantil del 27 por mil nacidos vivos y una esperanza media de vida de 70,7 años. El 91,3% de los menores de 12 meses han sido vacunados contra el sarampión, siendo la tasa de mortalidad en menores de cinco años de 344 por mil. Sin embargo, persisten las desigualdades entre países de la región y dentro de un mismo país. Por ejemplo, en Bolivia la tasa de mortalidad de menores de cinco años es más del doble de la tasa media regional (71 por mil).

3. Principales problemas en materia de salud

3. 1. Enfermedades transmisibles

El VIH/SIDA constituye uno de los principales riesgos para la salud a escala global. Su impacto va en aumento en algunas regiones, siendo África Subsahariana la más afectada. Según el último informe de ONUSIDA (2004) y los datos publicados en la XV Conferencia internacional de sida en Bangkok, el impacto del sida ha mantenido su tendencia alcista.

En 2003 se estima que en torno a 40 millones de personas viven con la enfermedad, de ellos más de dos millones son niños; y cerca de 3 millones de personas han muerto a causa del sida (2,8 millones en 2002) (cuadro 1.3). En ese mismo año 2003 se infectaron como consecuencia del virus cinco millones de nuevas personas. Los esfuerzos internacionales no parecen haber sido suficientes para hacer retroceder esta importante pandemia.

En todo caso, su incidencia es muy desigual por regiones. África Subsahariana aporta alrededor del 70% del total de personas que viven con la enfermedad, lo que revela la prioridad que esta región debiera tener en el tratamiento del sida. Sólo en África se estima que malviven más de 13 millones de huérfanos como consecuencia del VIH/SIDA. No obstante, la incidencia de la enfermedad no es uniforme en este continente, siendo las regiones sur y meridional las más afectadas. A esta percepción responde la *Iniciativa 3x5* (Tres millones para 2005), que pretende extender el tratamiento de antirretrovirales a tres millones de personas, especialmente en África (Recuadro 1.2).

Los estudios revelan que las mujeres africanas tienen más del doble de probabilidades de contraer la enfermedad que los varones; esta probabilidad entre mujeres de 15 a 19 años es de cinco a seis veces mayor que entre los hombre jóvenes.

El VIH/ SIDA en el mundo a finales de 2003

Región	Nº personas que viven con el VIH/SIDA	Nº personas infectadas	Prevalencia entre adultos (%)*	Defunciones por causa del SIDA
África Subsahariana	25,0 - 28,2 millones	3,0 - 3,4 mill	7,5 - 8,5	2,2 - 2,4 mill
África del Norte y Oriente Medio	470.000 - 730.000	43.000–67.00	0,2 - 0,4	35.000 - 50.000
Asia Meridional y Sudoriental	4,6 - 8,2 millones	610.000–1,1 mill	0,4 - 0,8	330.000-590.000
Asia Oriental y Pacífico	700.000-1,3 millones	150.000-270.000	0,1 - 0,1	32.000 - 58.000
América Latina	1,3 -1,9 millones	120.000-180.000	0,5 - 0,7	49.000 - 70.000
Caribe	350000 - 590000	45.000–80.000	1,9 - 3,1	30.000 - 50.000
Europa Oriental y Asia Central	1,2 - 1,8 millones	180.000-280.000	0,5 - 0,9	23.000 - 37.000
Europa Occidental	520.000 - 680.000	30.000–40.000	0,3 - 0,3	2.600 - 3.400
América del Norte	790.000 - 1,2 mill.	36.000–54.000	0,5 - 0,7	12.000 - 18.000
Australia y Nueva Zelanda	12.000 - 18.000	700 - 1.000	0,1 - 0,1	<100
TOTAL	40 millones (34 - 46 mill)	5 millones (4,2 - 5,8 mill.)	1,1% (0,9 - 1,3 %)	3 millones (2,5 - 3,5 mill)

* La proporción de adultos (15 a 49 años de edad) que viven con el VIH/SIDA en 2003, basándose en las cifras demográficas de 2003. Los datos se basan en la mejor información disponible. Esos márgenes son más precisos que los años anteriores, y se está trabajando para aumentar más aún la precisión de las dimensiones que se darán a conocer a mediados de 2004.

Fuente: ONUSIDA (2003)

Entre las causas más importantes de este sesgo están la mayor facilidad de contagio, por razones biológicas, la iniciación temprana y, a veces, obligada a las relaciones sexuales, las desigualdades de género y el más difícil acceso de las mujeres a los servicios sociales.

Los indicadores de algunas regiones de África confirman esta elevada exposición al riesgo de contagio de las mujeres. En concreto, en África meridional se alude a tasas de seroprevalencia en mujeres embarazadas cercanas al 40% en Botswana, al 20% en Zambia o al 16% en Malawi. Como consecuencia, el sida en África está rebajando dramáticamente la esperanza de vida en muchos países. En concreto, en Zambia, la esperanza de vida pasó de 47,4 a 32,7 entre 1990 y 2003. Sin embargo hay motivos para la esperanza, el caso de Uganda, en donde la incidencia de la enfermedad bajó hasta un 8% en 2002, demuestra que con voluntad política, planificación y medios se puede controlar la enfermedad.

La iniciativa 3x5

En 2001, asociados de ONUSIDA y otras organizaciones, junto a técnicos de la OMS, calcularon que, en condiciones óptimas, se podría proporcionar tratamiento antirretrovírico (TARV) y acceso a servicios médicos a 3 millones de personas de los países empobrecidos a finales de 2005. Ya en 2003 se reconoce el VIH/SIDA como una emergencia sanitaria mundial por parte de la OMS, ONUSIDA y GFATM. El objetivo de alcanzar los 3 millones de personas bajo tratamiento en 2005, que se estima necesario y alcanzable, se convierte en la *Iniciativa 3x5*, que lideran la OMS y ONUSIDA.

La OMS y sus asociados buscan contribuir en la mayor medida de lo posible a prolongar la supervivencia y restablecer la calidad de vida de las personas que viven con VIH/SIDA, avanzando hacia el objetivo último del acceso universal a los antirretrovíricos para las personas afectadas, como derecho humano y en el contexto de una acción global contra el VIH/SIDA. La meta definida en la estrategia diseñada por la OMS es *tratar con antirretrovirales de por vida a 3 millones de personas que viven con VIH/SIDA antes de que finalice 2005*. Los criterios principales de esta iniciativa son la urgencia, la equidad y la sostenibilidad.

La prevención se sigue viendo como un elemento fundamental, aunque la estrategia se plantea de forma integral, aunando tratamiento, prevención, atención y apoyo social a los afectados. Para lograrlo, esta iniciativa parte de las características comunes y específicas de los sistemas sanitarios nacionales y locales, requiriendo nuevas e importantes inversiones en estos sistemas.

En el documento oficial del programa 3x5, se recogen los siguientes pilares fundamentales para su puesta en marcha y su consecución: liderazgo mundial, alianzas y promoción; ayuda urgente y sostenida a los países; instrumentos normalizados y simplificados; suministro eficaz y fiable de medicamentos y de pruebas diagnósticas; e identificación y aplicación rápida de los conocimientos nuevos y las medidas eficaces.

Según se recoge en el informe de ONUSIDA, de julio 2004, para alcanzar los resultados estimados en la *Iniciativa 3x5* se necesitan 5.500 millones de dólares en el periodo 2004-2005 (80% de los fondos requeridos globalmente para tratamiento y cuidados en el periodo). En los primeros meses de 2004, los gobiernos nacionales, el Fondo Global de Lucha contra el Sida, la Malaria y la Tuberculosis, el Banco Mundial, los donantes bilaterales y las fundaciones han comprometido sólo 2.000

millones de dólares en la lucha contra el sida. La OMS ha comprometido 350 millones de dólares, de los que el 84% se destinará a financiar el personal necesario para implementar la estrategia y las actividades que la misma conlleva en países y regiones.

En cuanto a la eficacia de la *Iniciativa 3x5*, conviene destacar el siguiente cronograma de resultados intermedios:

Diciembre 2003 : 400.000 personas recibiendo tratamiento.

Junio 2004 : 500.000 personas recibiendo tratamiento.

Diciembre 2004 : 700.000 personas recibiendo tratamiento.

Junio 2005 : 1.600.000 personas recibiendo tratamiento.

Diciembre 2005 : 3.000.000 personas recibiendo tratamiento.

Aunque esta iniciativa parece en principio positiva, conviene hacer una evaluación detallada de la misma para destacar sus debilidades y sus fortalezas:

1. Se plantea un reto nuevo, tanto en su contenido como en su alcance, que ha conseguido aunar diferentes voluntades y cuyos principios son compartidos por multitud de gobiernos, ONGD y asociaciones de base, aunque sólo 15 de los 90 socios esperados en la puesta en marcha de la estrategia están de acuerdo con su papel. Esto implica una baja participación en la construcción de la iniciativa y dificulta enormemente la posibilidad de conseguir los objetivos propuestos.

2. No se explica cómo superar la contradicción planteada en la *Iniciativa 3x5* relativa al acceso al tratamiento. El coste medio del tratamiento antirretroviral de primera línea es de 150 dólares año y, aunque se ha rebajado mucho, aún es demasiado alto. Se ha creado el Servicio de medicamentos y pruebas diagnósticas del sida (AMDS) para garantizar el acceso al tratamiento en las mejores condiciones, pero no se explica cómo va a "lidar" con la OMC ni con los reiterados bloqueos de los países ricos a los acuerdos ADPIC. No se hace mención en todo el documento a la relación de la OMS con la OMC, siendo esta última fundamental en la regulación del comercio de bienes y servicios en el plano internacional y que, por tanto, regula las condiciones de compra y distribución de los ARV.

3. El número de personas con acceso a tratamiento en los países de renta media y baja era de 440.000 personas en junio de 2004, 60.000 menos que lo estimado. En los primeros seis meses, 40.000 nuevas personas accedieron al

tratamiento. En diciembre de 2004 se estima que 700.000 personas estarán recibiendo tratamiento, lo que supone que 260.000 personas más tendrán esa posibilidad. La previsión de personas tratadas se incrementa en 2005 hasta alcanzar 1.600.000 en junio y 3.000.000 en diciembre. Este incremento en el número de personas tratadas parece difícil de cumplirse a partir de los últimos resultados del primer informe de seguimiento.

4. Se ha fijado un presupuesto global de 5.500 millones de dólares, pero no se han fijado los mecanismos de financiación concretos de la *Iniciativa 3x5*. Aún quedan por financiar 3.500 millones de dólares hasta finales de 2005 como garantía para alcanzar los objetivos de la Iniciativa.

5. Actualmente necesitan tratamiento urgente en los países empobrecidos 6 millones de personas y sólo 440.000 tienen acceso al mismo. A finales de 2005, si se cumplen las mejores previsiones, 3 millones de personas podrán acceder al tratamiento. Los criterios de selección no están definidos, por lo que subyace un problema ético cuyas dimensiones se antojan cruciales a la hora de salvaguardar los principios de la iniciativa que no son otros que la urgencia, equidad y sostenibilidad. Es necesario asegurar que esta iniciativa no penalizará a ningún colectivo, sean mujeres, hombres o minorías de cualquier clase o condición.

6. La descentralización de los servicios de atención se reconoce como uno de los pilares para extender y garantizar el acceso igualitario al tratamiento. En la *Iniciativa 3x5* no se explica claramente cómo se va a producir esta descentralización ni quiénes son los agentes implicados (formación del personal de salud, gestión de farmacias, cadena de distribución de los medicamentos, responsabilidades de las direcciones regionales y distritales de salud).

A partir de esta evaluación se puede concluir que el futuro de esta iniciativa está plagado de incertidumbres que sería necesario despejar. Aparte de los problemas de equidad y participación, el mayor interrogante que actualmente presenta la *Iniciativa 3x5* es cuáles van a ser los mecanismos que se van a utilizar para asegurar el cumplimiento de los compromisos. ¿Cómo y de dónde saldrá la financiación capaz de sostener el coste del tratamiento de las personas que lo hayan iniciado entre 2003-2005? Si ni siquiera ahora están claros los mecanismos de financiación hasta finales de 2005, se conoce todavía menos cómo se van a mantener los tratamientos en el futuro. Sería impensable dejar que este considerable esfuerzo para luchar contra la pandemia más grave quede reducido a una iniciativa limitada a 3 años, porque, desgraciadamente, esta lucha se va a tener que mantener durante mucho más tiempo.

Pese a que su nivel de incidencia es menor, resulta preocupante el progreso que ha tenido la enfermedad en Asia, especialmente en países densamente poblados de Asia meridional. En esa región cerca de 1 millón de personas contrajeron el sida en 2003, haciendo que el colectivo de infectados alcance la cifra de 7,4 millones de personas. En Europa oriental y Asia central, se estiman unas 230.000 personas infectadas por el sida en 2003, con un total de 1.5 millones de personas que viven con la enfermedad. Las regiones más afectadas comprenden la Federación de Rusia, Ucrania y los Estados Bálticos. El informe de ONUSIDA, estima que alrededor de un millón de personas de entre 15 a 49 años viven con el VIH en la Federación Rusa.

América Latina y el Caribe también sufre las consecuencias del sida, con 2 millones de personas infectadas y en torno a 60.000 muertos en 2003. El país que más infectados tiene es Brasil, pero los niveles de prevalencia mayores se detectan en la región de El Caribe. En concreto merece la pena destacar el caso de Haití, en donde el número de defunciones al año es de 30.000, la mitad del total de defunciones contabilizadas en el continente. En Oriente Medio y África del Norte hubo 55.000 nuevos infectados durante 2003, con un total estimado de 600.000 infectados en la región.

Los hábitos sexuales y el consumo de ciertas drogas intravenosas constituyen factores de riesgo que facilitan la transmisión de la enfermedad. Alterar esas prácticas de riesgo choca con las estructuras sociales y hábitos culturales de alguna de estas regiones, obstaculizando el proceso de prevención y tratamiento de la enfermedad. Por lo tanto, las campañas de información, educación y sensibilización son necesarias para luchar contra la pandemia. Por último conviene destacar que el sida es una enfermedad que en todo el mundo en general y, en el África Subsahariana en particular, margina a las personas infectadas. El estigma social es uno de los principales problemas relacionados con la pandemia. En muchos países africanos todavía se abandona a los enfermos, se les retira el apoyo familiar o comunitario, dejándolos desamparados, sumidos en la vergüenza y en la inseguridad. El estigma se aprovecha de los prejuicios y las pautas de exclusión existentes y margina aún más a las personas que por su condición es posible que ya sean vulnerables al VIH/SIDA.

En los países desarrollados, el alcance del sida es menor, con un ligero aumento en el número de infectados, pero con un paulatino descenso en las defunciones, sobre todo gracias al impacto que los tratamientos antirretrovirales están teniendo en la población afectada. ONUSIDA estima en 1.6 millones de infectados en el mundo desarrollado, con un total de 80.000 infectados en 2003 y 18.000 defun-

ciones. Pese a su menor incidencia, también en los países desarrollados el impacto de la enfermedad es muy desigual de acuerdo con las condiciones sociales de la población. Así, por ejemplo, una reciente encuesta confirma que en EEUU, más de la mitad de los nuevos infectados pertenecen al colectivo afroamericano.

A lo largo de la última década se ha producido un avance notable en el grado de conocimiento de los factores asociados a la enfermedad y de los modos de tratamiento para paliar los riesgos de contagio y de incidencia sobre la vida de las personas. Se está todavía lejos de identificar una vacuna que permita eludir la enfermedad, pero se han logrado avances notables en los tratamientos requeridos para mejorar la longevidad y la calidad de vida de los infectados. (Recuadro 1.3). El problema es que esos tratamientos no se han hecho accesibles a las poblaciones más necesitadas, que son aquellas que padecen en mayor medida la incidencia de la enfermedad. Así, mientras que en España el 100% de las personas diagnosticadas VIH+ tiene acceso gratuito al tratamiento antirretroviral, sólo un 1,2% de las personas que necesitaría una terapia con antirretrovirales tiene acceso a ella en países de renta media y baja

Recuadro 1.3

En busca del Santo Grial: la situación actual de la investigación en vacunas contra el sida

Joan Tallada

Coordinador del Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del VIH

En 2003 se alcanzó en todo el mundo la cifra de 5 millones de personas infectadas de nuevo por el VIH, el virus que causa el SIDA. Después de descontar los 3 millones que fallecieron, la cifra total aproximada es de 40 millones de personas infectadas por el VIH. El número de afectados por el impacto de esta crisis es muy superior. Los especialistas dicen que se trata de la enfermedad que mayores estragos humanos, económicos, sociales, culturales y políticos está generando desde hace varios siglos.

El SIDA se ha convertido en el problema de salud número uno del planeta. Es tan apabullante su presencia, que incluso los líderes de las grandes superpotencias no pueden sustraerse a su influencia. Cumbres como las del G-8 se ven impelidas a citar el SIDA en sus documentos para evitar dar una imagen de insensibilidad, aunque la traducción de esos compromisos en la práctica es más bien escasa.

Efectivamente, de toda la inversión internacional en I+D relacionada con el VIH/SIDA, sólo el 2% está dedicado a encontrar una vacuna preventiva contra la enfermedad. Y eso pese a que a medio y largo plazo, la vacuna es la solución definitiva para detener la expansión de la infección y sus catastróficas consecuencias. Ciertamente hay que redoblar los esfuerzos en los métodos estándares de prevención (sexo más seguro y uso sin riesgo de drogas) y la presión por el acceso universal a la medicación antirretroviral, pero la historia nos muestra que las enfermedades transmisibles que la humanidad ha podido controlar o incluso erradicar lo han sido gracias a las vacunas. Aun así, los desafíos científicos, comunitarios y políticos son enormes.

El VIH es un retrovirus con alta capacidad de adaptación mutativa, que se subdivide en subtipos, y éstos en cepas. A su vez, estos tipos y cepas pueden recombinarse entre sí, dando lugar a nuevos ejemplares. Los científicos no saben todavía si una vacuna que funcione para un subtipo o cepa será también útil para los otros. Esto es particularmente relevante para los países en vías de desarrollo, ya que es crucial que los grupos internacionales de investigación tengan en cuenta las cepas prevalentes en las áreas más afectadas.

Para ello, es imprescindible que los ensayos se lleven a cabo con la activa participación de las comunidades locales en los comités éticos. En la actualidad, las Fases I y II de los ensayos en vacunas, las que básicamente intentan garantizar que el prototipo es seguro y que ofrece indicios de eficacia, y que requieren cantidades pequeñas o moderadas de participantes, se llevan a cabo en los países industrializados. La lamentable experiencia durante los años 50, 60 y 70, en los que se llevaron a cabo experimentos científicos no éticos sobre todo, pero no sólo, en África, con terribles efectos sobre la salud y la vida de los participantes, dejaron un alto grado de desconfianza y mala imagen de la ciencia occidental en esas regiones.

Pero los estudios de Fase III, los determinantes para saber si un prototipo es o no eficaz, tienen que hacerse obligadamente en todo o en parte en los países con más alta prevalencia. La Fase III requiere varios miles de voluntarios, entre 15 y 30 mil, junto con un esfuerzo de movilización de recursos económicos, formativos y de infraestructura realmente impresionantes. Baste señalar que estos miles de voluntarios tienen que ser seguidos durante dos o tres años, con lo que ello implica en términos de centros equipados, personal formado y grupos de apoyo social y psicológico.

Parece imposible, pero no lo es. A principios de 2004 se publicaron los resultados

de la primera Fase III en ser completada de una vacuna preventiva contra el SIDA: la candidata AIDSVAX, probada en centros de EE UU, Países Bajos y sobre todo Tailandia. Los datos fueron negativos, es decir, esta vacuna no es eficaz para prevenir la infección por VIH, pero el ensayo no se puede entender como un fracaso. Al contrario, fue un éxito en la medida en que se demostró que era posible llevar a cabo estudios de Fase III con miles de voluntarios también en los países con menos recursos.

Investigar y desarrollar vacunas contra el SIDA tiene un doble interés y un doble beneficio. El interés es doble porque a pesar de las dudas que plantean los subtipos y cepas virales, los avances en la comprensión de la acción del VIH y del sistema inmunitario que se derivan de esta I&D son útiles en todas las áreas científicas y para todas las regiones. El beneficio es doble, porque el compromiso exigible a quienes llevan a cabo experimentos en países en desarrollo es que su presencia tenga beneficios para la comunidad que se presta al estudio. Así, el equipamiento de clínicas, la formación de su personal y el apoyo a los participantes y sus familias no se circunscribe al experimento en sí, sino que ha de derivar en una mejora de la atención sanitaria de la comunidad local que además ha de permanecer más allá de los límites temporales de la investigación.

Investigar no basta, sin embargo. También hay que prepararse para suministrar la vacuna allí donde más falta hace una vez obtenida. Si AIDSVAX hubiese sido eficaz, todavía hubiera sido necesario un año para montar la producción del prototipo a gran escala, y meses o quizá años de duro trabajo para montar toda la infraestructura necesaria para llevarla a todas las áreas de todos los países con menos recursos y más afectados. Por eso es importante preparar esa logística desde ahora, y no perder un tiempo precioso en vidas humanas.

En la actualidad existen más de 20 prototipos de vacunas preventivas del SIDA en diferentes fases de desarrollo. Los patrocinadores incluyen entidades públicas como los Institutos Nacionales de Salud de EE UU, la ANRS francesa o el Instituto Superior de Sanidad de Italia, compañías farmacéuticas con tradición en elaboración de vacunas como GSK o Merck, empresas de biotecnología, grupos académicos universitarios y organizaciones sin ánimo de lucro, como la Iniciativa Internacional por una Vacuna contra el SIDA (IAVI).

Como ejemplo, IAVI es un partenariado público-privado (PPP) creado en 1996 con el objetivo de impulsar la investigación y desarrollo de vacunas preventivas contra el SIDA prioritariamente eficaces para las cepas prevalentes en los

países en desarrollo. Su carácter de PPP hace que IAVI preste especial atención a que las cuestiones de propiedad intelectual no frenen el acceso a la vacuna una vez conseguida y su ideario pone el énfasis en la política de doble beneficio (científico y sanitario) de la investigación para las comunidades locales donde se desarrolla. Se trata de un abordaje imprescindible para el éxito del proceso.

Sin embargo, a veces los intereses gremiales chocan con los de la población. El campo de la investigación médica es altamente competitivo y los recursos limitados, por lo que los equipos se enfrentan entre sí enarbolando su condición de pertenencia a tal país o región: el dinero español, para investigadores españoles, el europeo, para las redes de la UE.

La aportación europea, y por ende española, que debería incrementarse considerablemente, ha de superar las agendas particulares de la investigación localizada y sumarse al concierto mundial para coordinar el impulso definitivo a las mejores candidatas a vacunas contra el SIDA, con independencia de si están implicados o no determinados grupos científicos nacionales o regionales.

Encontrar el Santo Grial de la vacuna contra el SIDA requiere multiplicar el todavía tímido liderazgo político y aumentar exponencialmente la capacidad científica. Pero exige muy particularmente dotarse de la suficiente financiación internacional, un esfuerzo en el que nos gustaría ver a España en primera línea. Como nos gusta repetir a los activistas, ningún individuo, organización o país podrá por sí solo obtener una vacuna contra el SIDA y asegurar su acceso universal, pero cada uno puede contribuir a lograrlo.

La **malaria** (paludismo) constituye una segunda fuente de riesgo grave para la salud a escala internacional. Se trata de una enfermedad endémica que amenaza a más del 40% de la población mundial,. Las regiones principalmente afectadas son determinadas zonas de América Latina y Caribe, buena parte de Asia, especialmente oriental y meridional, Oceanía y, sobre todo, África Subsahariana, donde se registran los niveles más elevados de incidencia de la enfermedad. De hecho, el 90% de las defunciones por esta causa ocurren en África tropical.

Aunque los datos no son totalmente fiables, se estima que, en promedio, unos 350 millones de personas que habitan las regiones tropicales y subtropicales de África son infectadas anualmente, en algunos casos con reincidencia en la misma persona, causando entre 1 y 3 millones de defunciones. De hecho, se calcula que

en torno a 1 millón de niños de edad inferior a los cinco años mueren a causa de la malaria, siendo esa enfermedad responsable de aproximadamente el 10% de la mortalidad infantil agregada. Sin embargo, más que cualquier otra dolencia, en el caso de la malaria la mortalidad representa sólo una pequeña parte de los costes derivados de la morbilidad. Son notables las consecuencias que se derivan para las posibilidades de desarrollo de la existencia de una población recurrentemente enferma: hasta el punto de que para algunos investigadores la incidencia de la malaria constituye uno de los factores explicativos del subdesarrollo africano.

Como en el caso del sida, la malaria también concentra su efecto sobre África Subsahariana. Es causada por un protozoo, el plasmodium, que tiene 4 diferentes especies que afectan al ser humano, los *P. falciparum*, *P. vivax*, *P. ovale* y *P. malarie*, siendo el primero el que da problemas de salud más graves: alrededor de un 1% de las personas que contraen el *P. Falciparum* mueren. Además, esta región es la que presenta una ecología más proclive a la enfermedad, al combinar las temperaturas más adecuadas para el desarrollo del parásito (diversas variedades del plasmodio), especialmente de sus variedades más agresivas (la malaria falciparium requiere mayor temperatura que la malaria vivax), la existencia de condiciones para la reproducción del mosquito transmisor (anopheles), principalmente relacionadas con el estancamiento de aguas limpias y, por último, la presencia de variedades de mosquito más proclives a la sangre humana. Todos estos factores hacen de África Subsahariana una región de especial riesgo para esta enfermedad. De hecho, la tendencia reciente revela un incremento del número de muertes en África en las últimas cinco décadas, al contrario de lo que sucede en el resto de las regiones del mundo, donde parece ceder levemente la incidencia de la enfermedad.

Además de los fármacos, hay una serie de estrategias que sirven para controlar la incidencia de la malaria: drenar las aguas estancadas, rociar con plaguicidas los posibles viveros de mosquitos y usar mosquiteros en la noche. La aplicación de estas medidas está muy condicionada por las circunstancias socioeconómicas de la población. Se da de este modo el caso de que el 60% de las defunciones se producen en el quintil más pobre de las poblaciones respectivas. En estos casos, la mala alimentación, las inadecuadas medidas de higiene y salubridad y las pésimas condiciones de habitabilidad incrementan los riesgos de contagio.

Un factor determinante en el control de esta enfermedad endémica es la gran resistencia que la enfermedad parece haber adquirido a los tratamientos. Alrededor de los años cincuenta se introdujo para el tratamiento de la enfermedad una variedad sintética de la quinina (la cloroquina) relativamente eficaz y

notablemente accesible por sus bajos costes. Aun cuando continúa el uso de este fármaco, el parásito de la malaria, debido a una mutación, se ha vuelto resistente a la cloroquina en parte de Africa Subsahariana y Asia meridional². Un fármaco alternativo, igualmente eficaz y de bajo costo, como la sulfadoxina-pirimetamina, ha desarrollado una resistencia todavía más rápida que la cloroquina. Los investigadores volvieron su mirada hacia los tratamientos tradicionales aplicados en China, a partir de hierbas medicinales como la *artemisia annua*, detectando los elementos antimaláricos activos de esta hierba, denominados artemisininas, que se constituyeron en base del tratamiento en buena parte de Asia meridional. Pese a su eficacia, el principal inconveniente de este tratamiento es su relativo mayor coste que lo hace difícilmente accesible a la población más pobre. Especialmente, si se tiene en cuenta la necesidad de combinar las artemisininas con otros fármacos (terapia combinada, TCA) con objeto de evitar las resistencias al tratamiento.

En el caso de la malaria se da, como señala Arrow (2004), una manifiesta contradicción entre la biología y la economía de mercado: la biología convierte como principales afectados por la enfermedad a países y sectores sociales que carecen de la capacidad de mercado requerida para cubrir los costes fijos de investigación y desarrollo de fármacos adecuados para el tratamiento de la enfermedad. Es posible que los costes de producir la base del tratamiento TCA se reduzca en el tiempo, pero en la actualidad existen numerosas restricciones para el incremento de la oferta a los ritmos requeridos; y existe una demanda artificialmente limitada por la capacidad adquisitiva de los afectados. No obstante, lograr éxitos en el tratamiento de esta enfermedad genera beneficios que trascienden a los países más directamente afectados, incrementando los niveles de seguridad del planeta en materia de salud. Lo que sugiere que, en lo que se refiere al desarrollo de la investigación y al desarrollo de los tratamientos de la enfermedad se está ante un bien público global: un bien que, una vez provisto, genera beneficios para todos sin exclusión. (Recuadro 1.4).

La comunidad internacional trató de afrontar esta situación en una conferencia ministerial sobre malaria, en 1992, señalando la necesidad de considerar las condiciones específicas de cada región, tomando en cuenta sus bases sociales y ecológicas, para atajar el impacto de la enfermedad de forma más eficaz. Una propuesta global de interés respecto a esta enfermedad es la Iniciativa *Roll Back Malaria*, que formuló Gro Bruntland al acceder a la máxima responsabilidad de la OMS, en 1998. Con la colaboración del BM, el PNUD y UNICEF, el objetivo de esta

2. Science News Online (1997): "Genes Control Drug Resistance"; <http://www.geocities.com/aaadeel/malaria.html>

iniciativa es reducir el impacto de la enfermedad a nivel global, incorporando las estrategias adoptadas en la Conferencia de Ámsterdam. No obstante, persisten las limitaciones de recursos para hacer viable ese objetivo: se estima que serían necesarios en torno a 2 mil millones de dólares anuales para controlar de forma eficaz la enfermedad, pero actualmente los gastos apenas superan los 600 millones.

Recuadro 1. 4

Un futuro libre de malaria es posible

En el año 2003, el Día Mundial del Paludismo (25 de abril) se celebró bajo el lema "Un futuro libre de malaria". Aquel día, muchas organizaciones que trabajamos en salud reclamamos a los donantes que colaboraran con los países más afectados por el paludismo en introducir en sus protocolos de actuación los tratamientos combinados con derivados de la artemisina, que en ese momento era la principal esperanza para los más de 350 millones de personas que cada año desarrollan el paludismo, en lugar de utilizar medicamentos como la cloroquina de demostrada ineficacia en el tratamiento de la mencionada enfermedad. También reclamábamos un mayor esfuerzo en investigación y desarrollo de nuevos medicamentos que puedan combatir el paludismo y, sobre todo, una vacuna que evite la infección de más personas.

El 15 de octubre de 2004 apareció en la prensa la noticia referida a la vacuna experimental contra la malaria, conocida como RTS,S/AS02, ensayada en Mozambique por un equipo de investigadores dirigido por el Dr. Pedro Alonso, director del Centro de Salud Internacional del Hospital Clínic de Barcelona. En la información se hablaba de la protección a un porcentaje significativo de niños contra la enfermedad sin presencia de complicaciones, e incluso frente a las formas más graves de malaria durante un período de al menos seis meses. A partir de esa fecha, estamos más convencidos, si cabe, de que "un futuro libre de malaria es posible".

El estudio desarrollado por el equipo dirigido por el Dr. Alonso presenta una eficacia del 30% frente a episodios leves de la enfermedad, que asciende al 45% en el caso de nuevas infecciones y al 58% en la prevención de la patología en los niños y niñas. El Dr. Alonso afirma que la vacuna podría estar completamente desarrollada, registrada y lista para su distribución antes de 2010. Según los resultados avanzados por "The Lancet", la vacuna tiene un buen perfil de seguridad y tolerancia, y provoca "una buena respuesta inmune" en la fase infectante de la enfermedad.

Conviene recordar que, además del proyecto dirigido por el Dr. Alonso, hay en la actualidad otras investigaciones con el mismo objetivo de descubrir una vacuna contra la malaria.

Tal vacuna tendría un gran impacto en la salud pública y en la economía de muchos países del mundo, especialmente de África Subsahariana. Controlar la malaria supone poner en jaque a la principal causa de muerte en África en niños menores de 5 años (se calcula que en torno a 1 millón de niños de edad inferior a los cinco años mueren a causa de la malaria, siendo esa enfermedad responsable de, aproximadamente, el 10% de la mortalidad infantil agregada). Al mismo tiempo, disminuiría considerablemente la recurrencia de esta enfermedad en la población enferma lo que redundaría en un incremento considerable del PIB anual de África Subsahariana (un estudio realizado en el año 1999 estimaba en más de 100.000 millones de dólares el incremento del PIB anual de África Subsahariana si la malaria estuviese controlada). Es más, como se señala en el recuadro 4, lograr éxitos en el tratamiento de la malaria genera beneficios no sólo para los países directamente afectados, sino que incrementa los niveles de seguridad del planeta en materia de salud.

Por otro lado, este proyecto pone de manifiesto la eficacia que puede llegar a tener la cooperación entre los sectores público y privado. Resulta especialmente importante que los Estados y los organismos multilaterales dediquen más esfuerzo y recursos económicos a la investigación de las enfermedades olvidadas. Así mismo, es necesario que el sector privado se involucre técnica y económicamente en la investigación de enfermedades no rentables y que facilite el acceso de toda la población a los avances farmacéuticos. Para tal fin, la búsqueda del bien social debería primar sobre el beneficio económico.

El estudio dirigido por el Dr. Alonso se lleva a cabo en el centro de investigación de Manhica, en Mozambique, en coordinación con centros de otros países de África Subsahariana. Este hecho confirma que es posible trabajar en la investigación de las enfermedades olvidadas en los propios países que las padecen. Para ello, es necesario alcanzar compromisos internacionales que potencien la investigación y el desarrollo en los países empobrecidos, así como el reconocimiento y apoyo a sus investigadores quienes carecen de los medios técnicos y económicos necesarios para llevar a cabo su labor.

Una tercera enfermedad transmisible de gran impacto es la **tuberculosis (TBC)**. Se trata, además, de una enfermedad con alta probabilidad de contagio, que se transmite por el aire, a través de la respiración y exudación de las personas infectadas. De hecho, cada segundo hay un nuevo infectado de TBC (el bacilo de Koch) en el mundo y provoca anualmente 1,8 millones de muertos.

Como en los casos anteriores, África es la región en la que se produce una mayor incidencia de la enfermedad, con cerca de 350 casos por cada 100.000 habitantes: una tasa que duplica la de la siguiente región, que es Asia meridional, con 182 casos por cada 100.000 habitantes (cuadro 1.4). También en la tasa de mortalidad derivada de la enfermedad África es con diferencia la principal región afectada, con una tasa (83 por cada 100.000 habitantes) que más que duplica la propia de Asia meridional (39 por 100.000) y triplica holgadamente la del resto de las regiones principalmente afectadas (Mediterráneo oriental y Asia oriental). Sin embargo, debido a su mayor peso poblacional, es Asia meridional la región que presenta un mayor número absoluto de defunciones al año (625 mil), superando ligeramente a África (556 mil). Se da, además, la circunstancia de que la presencia de otras enfermedades, como el sida, incrementa el riesgo y gravedad de la enfermedad, con lo que se acentúa su incidencia en regiones altamente afectadas, como África Subsahariana.

Cuadro 1. 4 **Datos estimados de incidencia y mortalidad de tuberculosis en 2002**

Datos estimados de incidencia y mortalidad de TBC 2002			
	Nº casos por 100,000		Mortalidad por TBC
Región OMS	Total	Análisis positivo	Nºcasos por 100,000
África	350	149	83
Las Américas	43	19	6
Este Mediterráneo	124	55	28
Europa	54	24	8
Asia Sudeste	182	81	39
Pacífico Oeste	122	55	22
Global	141	63	29

Fuente: OMS, datos revisados en 2004

El tratamiento más eficaz para esta enfermedad actualmente disponible es el conocido como estrategia DOTS: tratamiento inmediato bajo observación directa (*directly observed treatment short course*). Esta estrategia, impulsada por la OMS, incluye un tratamiento con cuatro fármacos diferentes, bajo observación clínica, se está intentando aplicar en la mayor parte de los países. No obstante, los 14 millones de casos bacilíferos notificados por los programas DOTS, en 2002, representan tan sólo un 37% de la incidencia estimada, de acuerdo con datos de la OMS (2004). Y, de hecho, el grado de éxito de la estrategia DOTS varía de acuerdo con las regiones que se consideren: mientras se acerca al 92% en el caso de las regiones del Pacífico, apenas llega al 73% en África, e igualmente bajo es el grado de éxito en los países de la antigua Unión Soviética.

Otro problema asociado al desarrollo de la enfermedad es la resistencia detectada a los diversos fármacos para su tratamiento, sobre todo con respecto a los más efectivos, como son la *isoniazid* y la *rifampicin*. El resultado es que los infectados con un problema de resistencia a los fármacos pasan a otro nivel de tratamiento que es notablemente más costoso, resulta más tóxico para los enfermos y puede llegar a durar hasta dos años (frente a los 6 - 8 meses de los tratamientos tradicionales). La OMS junto con otros organismos colaboradores han fundado un grupo de trabajo DOTS-Plus, para tratar la política global de los infectados con TB multiresistente y facilitar el acceso a los tratamientos adecuados.

Como en otros casos, la voluntad de afrontar la enfermedad se enfrenta a la limitación de recursos aportados por la comunidad internacional. En concreto, la OMS (2004) estima que para 2005 habría que gastar unos 950 millones de dólares en los 21 países con alta carga de TB (todos, excepto la Federación de Rusia), y 1.100 millones adicionales en investigación, lo que contrasta abiertamente con los 650 millones de dólares gastados en 2002 y los 850 millones de dólares que se presupuestaron para 2003.

Adicionalmente a las enfermedades más conocidas y publicitadas -VIH/SIDA, malaria y tuberculosis-, existen otras que también afectan gravemente a los países en desarrollo y que, sin embargo, parecen estar marginadas del foco de atención internacional: son las llamadas **enfermedades olvidadas**. Por tales se entiende aquellas enfermedades mortales o muy discapacitantes que no cuentan con tratamiento adecuado, pese al desarrollo científico y tecnológico de las últimas décadas. Se trata de afecciones como el dengue, la leishmaniasis, la enfermedad del sueño o la enfermedad de Chagas, entre otras, enfermedades a las que apenas se dedican un 1% de la investigación en materia de salud. No obstante, se trata de enfermedades vivas, con incidencia en el mundo en desarrollo. Según

la organización Médicos Sin Fronteras, hay 500.000 personas afectadas por la enfermedad del sueño cada año y su amenaza se cierne sobre 60 millones de 36 países africanos.

Recientemente, por ejemplo, una de estas enfermedades, la leishmaniasis cutánea, afectó a más de 5.000 personas en Pakistán, en un campo de refugiados. Enfermedad que se propagó con relativa facilidad. Gracias a la intervención de la OMS, ACNUR, algunas ONGD sanitarias y el ministerio de sanidad local se pudo realizar un plan de acción para controlar la enfermedad. Esta experiencia revela la necesidad de reforzar el seguimiento y estudio de estas enfermedades, para mejorar su prevención y tratamiento.

De hecho, en julio de 2003, nació una iniciativa, denominada DNDi, orientada al desarrollo de medicamentos para enfermedades que afectan a los más pobres y que quedan fuera del mercado farmacéutico habitual. En esta iniciativa participan 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 la Salud de Malasia y la fundación Oswaldo Cruz de Brasil.

3. 2. Enfermedades no transmisibles

Pese a la mayor visibilidad de las enfermedades transmisibles, lo cierto es que las enfermedades no transmisibles (ENT) representan el 60% de las defunciones y el 47% de la carga de morbilidad mundial; y se prevé que para 2020 esas tasas aumenten al 73% y al 60%, respectivamente. Incluso en los países en desarrollo, donde mayor es la morbilidad causada por enfermedades transmisibles, las no transmisibles son causa del 63% de la muertes. Entre las enfermedades no transmisibles de mayor incidencia de muerte han de mencionarse las de tipo cardiovascular, el cáncer, la neumopatía obstructiva crónica, la diabetes, las enfermedades mentales y las lesiones o defunciones por accidentes de transportes y como consecuencia de la violencia.

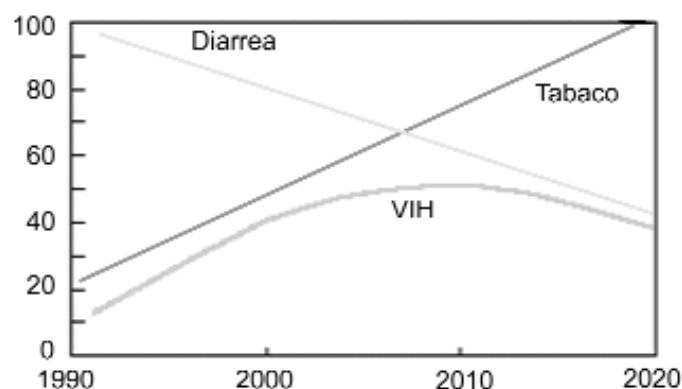
Algunas de estas afecciones tienen que ver con la dieta, los modos de vida y los hábitos sociales de las poblaciones afectadas. Así, por ejemplo, el abuso del alcohol y el uso del tabaquismo se constituyen en causa notable de enfermedad. Así, se prevé un aumento de las defunciones a causa del tabaco en los próximos 30 años, que podrán llegar a sobrepasar las muertes combinadas del sida, tuberculosis y complicaciones por el parto, para el año 2025 (gráfico 1.3). De hecho, se estima que para ese año el número de muertes a causa del tabaquismo puede

acercarse a los 7 millones de personas en los países en desarrollo y a cerca de 3 millones en los países desarrollados. Por lo que se refiere a los accidentes en carretera, se estima que pueden llegar a ser una importante causa de discapacidad y muerte para el año 2020, con una carga de enfermedad cercana al 5%. A este factor es necesario añadir, como causa de muerte, la violencia y las agresiones físicas. Así, por ejemplo, en un país como Méjico, sólo en 2002 se produjeron 8.697 defunciones por agresiones.

Así pues, se precisan respuestas políticas para establecer la sensibilización y toma de conciencia acerca de estas enfermedades, promoviendo la prevención y hábitos de vida más sanos.

En los países en desarrollo se llevan a cabo actividades parecidas, y muchas en colaboración con el Programa Intersalud de la OMS, iniciado en 1986 (Boletín de la OMS, 2002). El principal objetivo es aplicar un programa integrado en poblaciones de todo el mundo, a través de planteamientos comunitarios centrados en la promoción de la salud. No cabe olvidar que en el futuro, las enfermedades no transmisibles - principalmente relacionadas con enfermedades cardiovasculares, cánceres o enfermedades mentales - y los accidentes añadirán una importante carga a las afecciones de los países en desarrollo, incrementando el coste para sus sistemas de salud.

Gráfico 1. 3 **Incremento de la pérdida de DALY como consecuencia del consumo de tabaco en el mundo - 1990-2020**
Pérdida en millones de Daly



Fuente: Banco Mundial (2004)

No obstante, pese a la incidencia de factores genéricos, como el tabaco o el alcohol, los factores de riesgo que mayor carga de enfermedad o de lesiones generan están altamente relacionados con las carencias que caracterizan a la pobreza. En concreto, el principal factor de riesgo sigue siendo la malnutrición, con un 11% de muertes y cerca del 22% de los años perdidos a causa de las enfermedades derivadas. Y el segundo factor de riesgo es la falta de agua y saneamiento, de nuevo un factor relacionado con la pobreza (cuadro 1.5).

Cuadro 1.5 **Carga de enfermedades y lesiones globales atribuible a factores de riesgo seleccionados**

Carga de las enfermedades y lesiones globales atribuible a factores de riesgo seleccionados				
Factor de riesgo	% Muertes	%YLL *	%YLD**	% DALY***
Malnutrición	11.7	22	4.2	15.9
Falta agua y saneamiento	5.3	9.4	1.7	6.8
Sexo inseguro	2.2	3.0	4.5	3.5
Tabaco	6.0	2.9	2.1	2.6
Alcohol	1.5	2.1	6.0	3.5
Ocupación	2.2	2.5	3.3	2.7
Hipertensión	5.8	1.9	0.3	1.4
Inactividad	3.9	1.3	0.5	1.0
Consumo drogas	0.2	0.3	1.2	0.6
Polución	1.1	0.6	0.3	0.5

*YLL (Years of Life Lost) Años de vida perdidos. ** YLD (Years of Life Disabled) Años de vida discapacitado. *** DALY (Disability - Adjusted Life Year) Discapacidad ajustada a años de vida.

Fuente: Banco Mundial (2004)

Recuadro 1.5

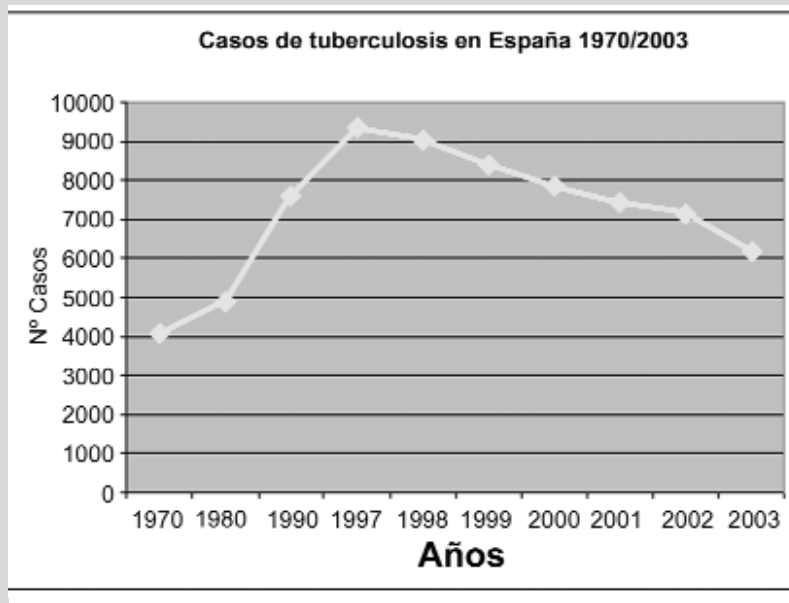
La globalización de las enfermedades infecciosas: consideraciones sobre enfermedades importadas y emergentes

En el ámbito de la salud, es necesario prestar en todo el mundo una atención mayor a las enfermedades infecciosas, porque la realidad nos dice que no es una lucha que hayamos ganado a pesar de los avances obtenidos en las últimas décadas. Además de la problemática de la resistencia microbiana a los fármacos habituales, existen otras cuestiones en este campo que mencionamos a continuación: el descubrimiento en el mundo de nuevos gérmenes capaces de producir enfermedades en el hombre, más de 30 en los últimos 25 años³; la globalización de algunas enfermedades infecciosas, ya que debido sobre todo al aumento de viajes y a la migración, estas enfermedades, que se desarrollaban en un ámbito geográfico limitado, se están extendiendo por todo el planeta. En este contexto, en los países desarrollados está comenzando a tener una creciente relevancia el control de dos clases de enfermedades que, o bien no existían en este entorno, o se creían controladas. Estas enfermedades pueden provocar un aumento en las demandas y necesidades de atención de la población.

En primer lugar debemos hablar de las **enfermedades reemergentes**, que son aquellas que, habiendo sido controladas en el pasado, vuelven a manifestarse con fuerza. Entre este tipo de enfermedades, destaca en España la tuberculosis respiratoria, que en los años 70 se creía prácticamente controlada. Sin embargo, se han notificado oficialmente más de 272.000 casos entre 1964 y 2002. Como se puede ver en el gráfico, hasta 1997, el número de casos ha ido en aumento. Dos son las causas principales: la relación entre sida y tuberculosis y su incidencia en el colectivo de los drogadictos que utilizaban drogas por vía parenteral; y el incremento de personas inmigrantes que ya sufrían la enfermedad antes de entrar en nuestro país, debido a que tenían un deficiente estado de salud y no se le ha dado acceso a tratamiento adecuado.

Aunque en la gráfica puede parecer que en los últimos años se da un cierto descenso de los enfermos, según los datos ofrecidos en el XXXVII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica en 2004, existe un subregistro en el Centro Nacional de Epidemiología que impide conocer el número de casos reales. En este Congreso, se ha cifrado el número de casos nuevos al año en unos 10.000, lo que duplica la tasa media de la Unión Europea y nos coloca a la cabeza de los países de la Unión Europea, por detrás de Portugal.

3. "Eliminar obstáculos al desarrollo saludable", OMS, 1999



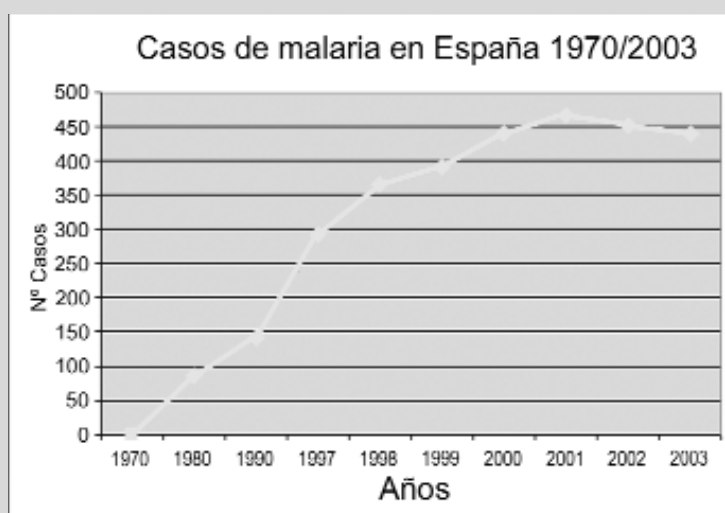
Fuente: Elaboración propia con datos del Boletín Epidemiológico Semanal, Centro Nacional de Epidemiología; años 1970-2003

Otro grupo de enfermedades que son consecuencia principalmente del aumento de migración y del incremento del flujo de viajeros internacionales son las denominadas **enfermedades importadas**. Son afecciones que en principio no existían en España, por ejemplo, pero acaban transmitiéndose a la población autóctona. En España se podrían reconocer multitud de enfermedades importadas, como la fiebre amarilla, la oncocercosis, ciertas filariosis, el cólera o la malaria, cuyo primer caso se notificó en 1973. Muchas de estas enfermedades son a veces difíciles de diagnosticar, pues existe un relativo desconocimiento de las mismas, al no ser enfermedades frecuentes en nuestro entorno.

Si nos detenemos en el comportamiento de la malaria, aunque se dio a principios del siglo XX en España, hace tiempo que se considera erradicada y podemos afirmar que todos los casos vistos hasta el momento son de personas procedentes del extranjero (viajeros e inmigrantes). Se trata de una enfermedad que no se puede transmitir por las picaduras de los mosquitos que habitan en España. Sin embargo, como se puede observar en el gráfico siguiente, el número de casos de malaria en nuestro país está aumentando, rondando actualmente los 450 casos por año, con un incremento notable desde los años 90, por lo que ya empieza a ser una enfermedad a la que se le debe prestar atención. Ahora bien, no todas las enfermedades importadas tienen la misma incidencia. Por ejemplo, en el periodo 1997-2003 no se ha detectado en España

ningún caso de fiebre amarilla o de cólera, lo que no impide que se sigan manteniendo los mecanismos de control y registro para estas enfermedades.

En todo el mundo, y en particular en España, sería necesario una política global de lucha contra este tipo de enfermedades, que permita el acceso de los enfermos a los tratamientos, que incremente los gastos de investigación, la preparación de los profesionales sanitarios, así como los medios materiales, diagnósticos y de control necesarios para que no sean en el futuro un problema de salud de mayor magnitud. En un mundo globalizado donde el derecho a la salud es uno de los derechos inalienables de las comunidades y personas que lo forman, las enfermedades infecciosas no son sólo un problema de todos sino que además, de uno u otro modo, todos podemos estar afectados.



Fuente: Elaboración propia con datos del Boletín Epidemiológico Semanal, Centro Nacional de Epidemiología; años 1970-2003

3.3 Salud sexual y reproductiva

La Cumbre Mundial de El Cairo sobre Población y Desarrollo, de 1994, subrayó la importancia que para el proceso de desarrollo tienen los derechos y servicios en materia sexual y reproductiva. Los derechos sexuales y reproductivos se refieren a la capacidad que toda persona debe tener para ejercer libremente su sexualidad, de procrear y desarrollar una vida sexual responsable, satisfactoria y segura. Las mujeres y los hombre tienen derecho a obtener información, a la disponibilidad,

acceso y uso responsable de métodos seguros, inocuos y asequibles de su elección para la regulación de su fecundidad, así como a recibir servicios sanitarios adecuados que permitan embarazos y partos sin riesgos. La vulneración de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres entraña graves situaciones de riesgo para la salud y bienestar, lo que se traduce en altas tasas de morbilidad y mortalidad materna, y altas tasas de embarazos no deseados⁴.

De hecho, una consideración agregada de las causas de muerte convierte al binomio materno-infantil, en los países en desarrollo, en uno de los colectivos más vulnerables por su exposición al riesgo de enfermedad y muerte. Los datos revelan que cada año más de 200 millones de mujeres quedan embarazadas, de las cuales más de 50 millones tienen complicaciones durante el embarazo, 15 millones desarrollan discapacidades de largo plazo y 585.000 pierden la vida (gráfico 1.4). La OMS confirma este juicio al señalar que el 18% de la carga de enfermedad global está relacionada con problemas vinculados con la salud sexual y reproductiva (UNFPA, 2004). Si se estima la carga de la enfermedad en función del porcentaje de años de vida perdidos, de acuerdo con la metodología que al efecto elabora el Banco Mundial (valores de Daly), se observa que los aspectos relacionados con la salud materna, como es el caso de los partos, abortos o disfunciones en el embarazo, suponen un 2% de pérdida de años de vida; los relacionados con las complicaciones perinatales, como bajo peso del niño al nacer o el trauma sufrido en el parto, suponen el 7%; los problemas relacionados con el sida suponen el 6%; y otras causas de salud sexual y reproductiva el 3%.

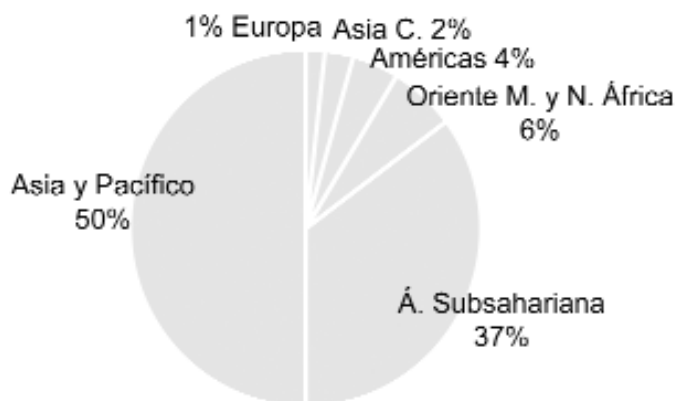
Aun cuando se trata de un problema general del mundo en desarrollo, los niveles de incidencia de estos aspectos relacionados con la salud sexual y reproductiva se encuentran muy desigualmente repartidos a escala internacional, con un claro predominio de las dos regiones más pobres del planeta: África Subsahariana y Asia meridional y oriental. De hecho, estas dos regiones concentran el 87% de las muertes asociadas a embarazos y partos. La deficiente salud materna, las insuficiencias nutricionales y la falta de acceso a la atención sanitaria en los partos son la causa del 75% (total 7.5 millones) de muertes perinatales anuales. No es extraño, por tanto, que se considere este ámbito como uno de los más requeridos de atención internacional.

4. "Guía práctica para la integración de la igualdad entre mujeres y hombres en los proyectos de la Cooperación Española", Ministerio de Asuntos Exteriores, 2004.

Gráfico 1. 4

Mortalidad materna a causa de embarazos y partos (Por regiones)

Mortalidad en embarazos y partos	
	Mort. anual (Nº total)
Europa	3.000
Asia Central	14.000
América	23.000
Oriente Medio y Norte África	35.000
África Subsahariana	219.000
Asia y Pacífico	291.000
Mundo	585.000



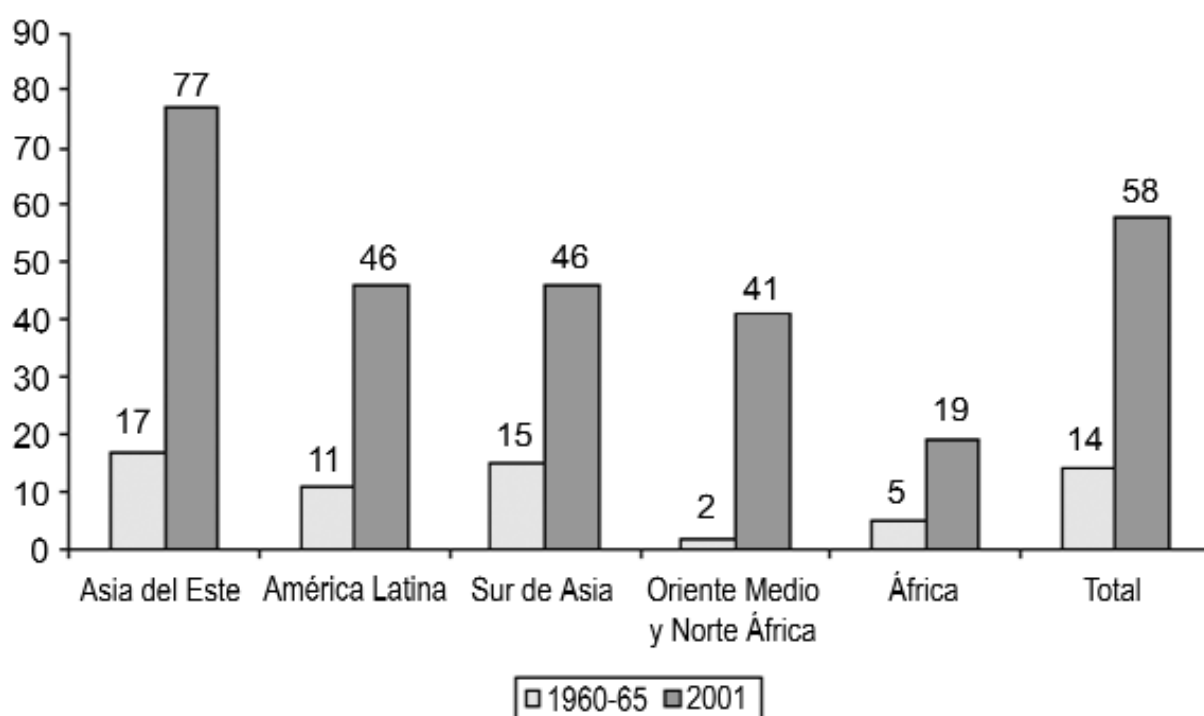
Fuente: Banco Mundial (2004)

De hecho, a lo largo de los últimos años se percibe un cierto progreso en este ámbito. Así, por ejemplo, se ha incrementado el acceso de la población a métodos anticonceptivos y se ha ampliado el porcentaje de partos atendidos por personal especializado. Todo ello ha contribuido a reducir la tasa de fecundidad agregada a nivel mundial, que entre 1970 y la actualidad ha descendido de 4,5 a 2,7 (del 54 al 2,9 en el caso de los países en desarrollo). Aún así, existen notables desigualdades en el logro de estos avances. Por ejemplo, en África Subsahariana, pese a producirse un leve progreso, sólo un 20% de las mujeres hacen uso de métodos anticonceptivos y la cuota de partos atendidos apenas afecta al 42% de los casos (gráfico 1.5). Esa cuota de partos atendido está en el 37% en el caso de Asia meridional, siendo la región que presenta la más baja tasa. Mejores son los parámetros que presentan América Latina y Oriente Medio, si bien las tasas de utilización de métodos anticonceptivos se encuentran por debajo del 50% y la correspondiente a los partos atendidos se encuentra en el entorno del 70%. Sigue siendo necesario, por tanto, los esfuerzos a nivel internacional para poner en marcha políticas activas dirigidas a la promoción y defensa de los derechos sexuales y reproductivos de los hombres y, muy especialmente, de las mujeres.

Los datos revelan, una vez más, la limitada y desigual implantación y cobertura de los servicios de planificación familiar. Una limitación que se ve agravada por los patrones culturales y por las extremas desigualdades de género vigentes en muchas de estas regiones. De ahí la importancia de que los gobiernos refuercen

su inversión en este ámbito, no sólo porque ello redundaría en una ampliación de los derechos y opciones de las personas, particularmente de las mujeres, sino también porque constituye una utilización de los recursos notablemente eficiente. Como ejemplo, valga señalar que en Vietnam, un estudio que cubre el periodo 1979 - 2010 indica que a largo plazo por cada dólar invertido en planificación familiar, se ahorran 8 dólares en gastos en materia de salud, educación y otros servicios sociales (UNFPA, 2004).

Gráfico 1.5 **Porcentaje de mujeres que hacen uso de métodos anticonceptivos**



Fuente: NNUU (2004): Millenium Project - Grupo de Trabajo para el ODM (4) Salud Materna e Infantil

Las prácticas culturales son en ocasiones un obstáculo fundamental a la hora de proponer acciones en defensa de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. Un claro ejemplo de estas prácticas lo sigue representando la mutilación genital femenina. Se trata de una serie de prácticas tradicionales que incluyen la ablación de los genitales femeninos. Estas prácticas se realizan generalmente a niñas de entre 4 y 12 años, como acto ritual que marca el paso a la edad adulta. En la actualidad existen más de 120 millones de niñas que han sido objeto de mutilación genital femenina. Se calcula que cada año otros dos millones son sometidas a esta práctica, lo que implica unos 6.000 nuevos casos cada día, cinco niñas por minuto. Es muy difícil conocer con exactitud el número de mujeres niñas que mueren como resultado de las mencionadas prácticas. Algunas cifras,

en cualquier caso muy conservadoras, hablan de más de un millón de mujeres en República Centroafricana, Egipto y Eritrea, únicos países donde esta información está disponible. Pero además, las mutilaciones genitales provocan una serie de complicaciones físicas y psicológicas a corto, medio y largo plazo: shock, dolores intensos y hemorragias, infecciones en la herida, daños a otros órganos cercanos, dolores coitales, infección por VIH, anemia severa, dismenorrea, infertilidad, fístulas rectovaginales, incontinencia urinaria, etc⁵. Para poder enfrentar este tipo de prácticas culturales y religiosas es necesario fortalecer las acciones de información, educación y comunicación y trabajar por el establecimiento de una relaciones más equitativas desde la perspectiva de género.

Recuadro 1. 6

La salud como Bien Público Global

José Antonio Alonso

Director del Instituto Complutense de Estudios Internacionales

El proceso de globalización ha tendido a acentuar las interdependencias existentes a escala internacional. Fenómenos que antes tenían un alcance geográficamente acotado han adquirido un rango regional o global en virtud de la mayor movilidad de personas, ideas, bienes, servicios y capitales derivada del proceso de globalización. Como consecuencia, se ha ampliado el espacio de los bienes (y de los males) públicos internacionales o globales: aquellos que, una vez generados, están disponibles para todos sin exclusión, por encima de las fronteras nacionales. A estos bienes les caracteriza dos tipos de rasgos: son *no excluibles* -es decir, no es fácil limitar el acceso al bien una vez producido- y su consumo es *no rival* -es decir, el disfrute del bien por un agente no limita su disfrute por otros-. Este tipo de bienes plantea un problema importante de asignación económica, ya que en ellos el mercado no puede operar como un mecanismo eficiente. El mercado se basa en el principio de correspondencia entre el esfuerzo individual que ha de realizar el agente para acceder a un bien (habitualmente medido por el precio que ha de pagar) y el disfrute privativo que obtiene del consumo de ese bien. Pero ese principio de correspondencia se rompe si, por no ser excluible, el bien está disponible para todos, incluso para aquellos que no están dispuestos a pagar; o si, por no ser rival, el disfrute

5. Federación de Planificación Familiar de España (FPFE) "Las mutilaciones genitales femeninas," Cuadernos Salud y derechos sexuales y reproductivos, Nº 4, 2002..

que obtiene el agente por el consumo del bien no es privativo, de modo que otros que no han pagado pueden sentirse igualmente beneficiados. En estas condiciones los agentes intentarán comportarse de *modo oportunista*: es decir, tratarán de evitar el pago a la espera de que otro lo haga, sabiendo que finalmente disfrutarán del bien cuando éste se produzca. Al comportarse todos los agentes de este modo, evitando pagar por la obtención del bien, el resultado será la subproducción de ese bien respecto a lo que sería socialmente deseable. Existe, por tanto, en estos casos un conflicto entre el interés colectivo (que exigiría producir más del bien) y el interés privado (que pretende conseguirlo sin pagar por ello). Esto es lo que justifica que el mercado sea un mecanismo ineficiente para coordinar la producción y distribución de este tipo de bienes. Para evitar estos problemas es necesario apelar a una acción social coordinada, a través de las instituciones, que impongan el interés colectivo por encima del interés individual de los agentes. Por eso las sociedades encomiendan al Estado, como una de sus tareas básicas, la provisión de bienes públicos.

Pues bien, amplios ámbitos de la salud constituyen espacios propios de un bien público: en algunos casos de un bien público nacional, en otros de un bien público global, de acuerdo con el alcance geográfico de sus efectos. Las enfermedades infecciosas serían un ejemplo notable de un mal público global; y su tratamiento y prevención, de un bien público global. Esto se conoce desde antiguo: la peste bubónica tuvo su origen en Asia, pero sus efectos llegaron a Europa, generando una mortandad impresionante en países como Italia, en 1347; buena parte de la reducción de la población nativa de América se debió al efecto de enfermedades transmitidas por los europeos (o sus animales) para las que no tenían defensas biológicas los amerindios; la gripe sacudió reiteradamente el continente europeo a lo largo del siglo XIX y de comienzos del XX, dando origen a mortandades muy elevadas. En todos los casos se trata de enfermedades que, nacidas en un punto de la geografía concreto, extienden su efecto por encima de las fronteras nacionales.

Justamente esta convicción fue la que alentó la respuesta internacional coordinada frente a las enfermedades transmisibles. Así, en 1851, se realizó una Conferencia Internacional de Salud, en París, como respuesta frente al cólera. Los resultados de esta Conferencia fueron escasos y dieron lugar a una nueva Conferencia, en 1892, que puso en marcha medidas preventivas más eficaces. Más adelante, ya iniciado el siglo XX, a raíz de la Convención Internacional de Sanidad, de 1903, se propuso la creación de la Organización Internacional de Higiene Pública (OIHP), que comenzó sus trabajos en 1907 con el propósito de dar seguimiento a las enfermedades transmisibles y analizar las medidas

requeridas para su prevención y tratamiento. Tanto la Convención como la OIHP crearon las primeras bases de una arquitectura multilateral en el ámbito de la salud. Tras la segunda guerra mundial, en 1948, se creó la Organización Mundial de la Salud (OMS), con la triple misión de: i) aportar información sobre el estado de la salud en el mundo; ii) coordinar los esfuerzos internacionales para controlar las enfermedades epidémicas y endémicas; y iii) promover y difundir el conocimiento acerca de las mejores prácticas en salud. Adicionalmente a este organismo, otros como UNICEF y el propio Banco Mundial se incorporaron al desarrollo de programas multilaterales en el ámbito de la salud. Tiene especial relevancia el caso del Banco Mundial, que dedicó su Informe sobre el Desarrollo Económico de 1993 al tema de la salud: *Investing in Health* fue su título. Y, de hecho, en la actualidad, por la dimensión económica de sus programas, el Banco Mundial ha sobrepasado a la OMS como actor multilateral en el ámbito de la salud: un resultado que no deja de suscitar preocupación en muy diversos ámbitos.

Todo esto revela que efectivamente parte de la salud constituye un bien público global. Ahora bien ¿qué ámbitos debieran considerarse como tales?

i) Indudablemente un primer ámbito es el que se refiere a la seguridad internacional en materia de salud, relacionada principalmente con los riesgos asociados a las enfermedades transmisibles. Es claro que una enfermedad transmisible tiene las características propias de un mal público global: cualquiera que sea su origen, nadie está a salvo de padecer sus consecuencias en un mundo de creciente movilidad e interdependencia. El ejemplo más próximo en el tiempo tal vez sea el SARS (síndrome respiratorio agudo severo) que nació originariamente en una provincia de China (Guangdong), terminó por afectar a los espacios más modernos y desarrollados del mundo industrial (Montreal). Es claro, por tanto, que avanzar en las medidas de prevención, seguimiento y tratamiento de este tipo de enfermedades constituye un logro que a todos beneficia: se trata, por tanto de un bien público global.

ii) Hay un segundo ámbito con rasgos manifiestos de bien público global que es el que se refiere a la investigación en materia de salud. El conocimiento, una vez adquirido, beneficia a todos los que accedan a él. No es necesario realizar de nuevo el esfuerzo investigador para descubrir las vacunas de la viruela o de la polio: una vez disponibles, el conjunto de la población mundial se puede beneficiar de los conocimientos adquiridos. Es más, cuanto mayores sean estos conocimientos, más probable es que se produzcan avances ulteriores en el descubrimiento de nuevas terapias. Todos salen beneficiados, por tanto, de

la mejora en los niveles de conocimiento sobre el tratamiento de la enfermedad y la promoción de la salud.

iii) En los epígrafes anteriores se han considerado ámbitos de la salud que tienen los rasgos de bienes públicos puros, pero junto a ellos existen otros con características parciales de bienes públicos. Por ejemplo, los observatorios para la alerta temprana respecto a ciertas enfermedades o las tareas de difusión de la investigación son *bienes públicos impuros*, ya que es posible una cierta excluibilidad (es decir, la fijación de un precio) en el acceso a esos servicios. En otros casos se trata de *bienes de club*, en los que existe posibilidad de exclusión, pero no de rivalidad: es el caso, por ejemplo, de las redes de hospitales para su complementariedad en el tratamiento de enfermedades o de las redes de comunicación entre centros de investigación, departamentos hospitalarios o médicos para compartir la información en el tratamiento de determinadas dolencias. Y, en fin, puede haber también *bienes de producción conjunta*, que generan beneficios públicos y privados simultáneamente: es el caso, por ejemplo, de las tareas de inmunización a la población o de la asistencia técnica para la formación hospitalaria o para la adecuada gestión de los sistemas de salud.

En todos estos casos el mercado opera de forma no eficiente, de modo que la provisión de estos bienes debe hacerse a través de una acción social coordinada. Para gestionar esa provisión es importante, no obstante, considerar la tecnología de provisión de los diversos bienes. Así, por ejemplo, hay bienes cuya provisión global viene definida por el nivel que tiene el agente de más baja provisión: son los bienes públicos de bajo nivel (*weakest-link*). En este ámbito caen los bienes relacionados con la seguridad en materia de salud: el nivel agregado dependerá no de la fortaleza del sistema de salud nacional más sólido, sino de la que tenga el sistema más frágil. Pues es mayor la probabilidad de que el siguiente foco infeccioso se origine en este tipo de países, extendiéndose posteriormente al resto. Así pues, para mejorar la provisión de este tipo de bienes es necesario mejorar la condición de los países más pobres, que son los que tienen los sistemas de salud más frágiles. Mejorar estos sistemas beneficia al conjunto del sistema internacional.

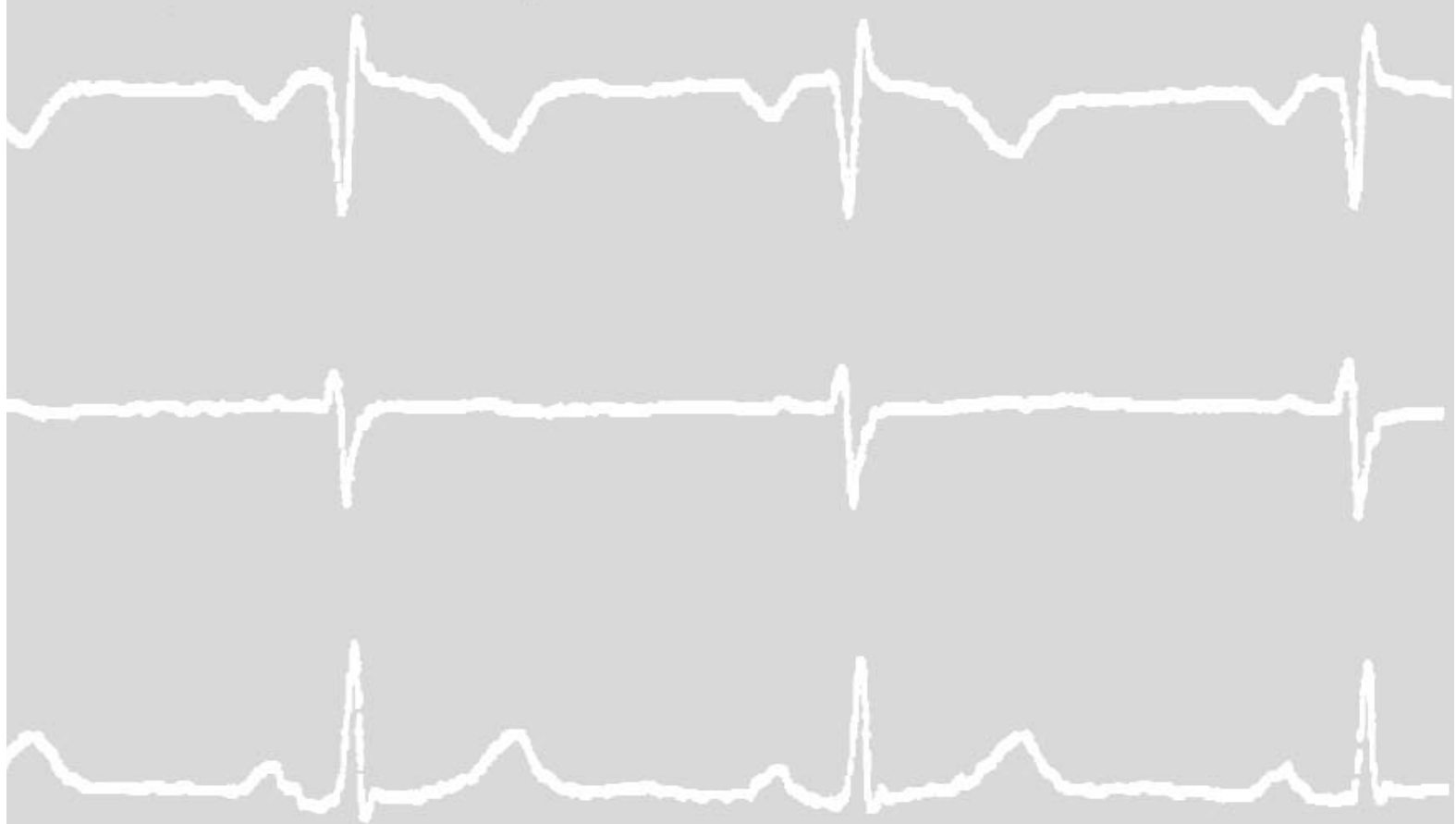
En otros casos, sin embargo, la tecnología de provisión del bien es de alto nivel (*best-shot*): el nivel de provisión global viene determinado por aquél que se encuentra en mejores condiciones. Esto sucede, por ejemplo, en el ámbito de la investigación: el grado de conocimiento acerca de una enfermedad no lo proporciona el que menos ha investigado sobre ella, sino el que acumula más

conocimientos. En este caso, la mejora global se produce a través del apoyo a los centros de excelencia, difundiendo después los conocimientos a todo el resto.

Así pues, debiera considerarse que buena parte de los bienes básicos de salud caen dentro del concepto de bienes públicos globales. Toda la comunidad internacional sale beneficiada de que se logren avances efectivos en ese ámbito; y, por consiguiente, en la medida en que es también beneficiaria, toda la comunidad debiera estar implicada en sufragar los costes que comporte alcanzar esos objetivos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Quien quiera profundizar en esta materia puede acudir a los excelentes trabajos de T. Sandler, entre los que se encuentra en editado en 1997, *Global challenges: An approach to environmental, political, an economic problems*, Cambridge University Pres. El PNUD impulsó algunos estudios en esta línea de investigación, dos son especialmente relevantes porque recogen estudios de diversos especialistas. Se trata de I. Kaul, I. Grunberg y M. Stern (ed) (1999), *Global public goods: international Cooperation in the 21st Century*, Oxford University Press; y I. Kaul, P.Conceicao, K. Le Goulven y R.U. Mendoza (2004): *Providing global public goods. Managing globalization*, Oxford University Press. Una introducción accesible a estos temas se puede encontrar en J. A. Alonso (2002), "Bienes públicos globales y cooperación al desarrollo", en *La Realidad de la Ayuda 2002-2003*, Intermon Oxfam. Finalmente, referidos estrictamente a la salud pueden considerarse los trabajos de M. Arce y T. Sandler (2001): "Health promoting alliances: A cooperative game approach", Rhodes Collage, Memphis; WHO (1999): "Globalization an public health: A new challenge for WHO?", *World Health*, 51 (2), 24 o, finalmente, T. Sandler y D. Arce (2003): "A conceptual framework for understanding global and transnacional goods for heath", CMH Working Paper Series, nº WG21.



La respuesta internacional

El recorrido realizado en el capítulo precedente es suficiente para evidenciar el nivel de las carencias y los problemas existentes en materia de salud para la población mundial. La comunidad internacional ha tratado de responder a esas carencias y riesgos a través de acuerdos e iniciativas de diverso alcance y contenido. No todas las respuestas tienen el mismo nivel de consistencia, ni implican al mismo número de países, pero su existencia revela que la comunidad internacional, aunque sea de modo poco consecuente, ha asumido que la salud constituye un prerrequisito para el desarrollo: al tiempo, un derecho de los pueblos y un bien cuya provisión beneficia a todos, sin exclusión. Veamos brevemente algunas de las principales iniciativas en curso⁶.

1. Los condicionantes del acceso a la salud: la atención primaria de salud

La salud es un concepto multisectorial que abarca mucho más que el ámbito puramente sanitario: la educación, la agricultura, las infraestructuras viarias, el medio ambiente, el estatus de la mujer, la paz, etc., todos estos aspectos influyen de una manera muy relevante en la salud de las personas y de las comunidades. Referido al ámbito sanitario, aspectos como el acceso a fuentes de agua potable, una vivienda en condiciones higiénico-sanitarias o una eliminación de excretas adecuadas son elementos que influyen en la mejora de la salud de una población. Uno de los retos fundamentales para los sistemas de salud de la mayoría de los países empobrecidos consiste en garantizar el acceso universal y equitativo para todos sus habitantes. No obstante, como ya se ha mencionado, 750 millones de personas no tienen acceso a unos servicios de salud adecuados.

A ello se debe añadir que en muchos países existe una falta de recursos económicos, materiales y humanos que afectan directamente al desarrollo de servicios de salud operativos, que cumplan con la función de salvaguardar la salud de sus habitantes. Así, existen problemas de falta de personal, de acceso a los medicamentos adecuados (mientras el 14% de la población consume el 80% de los medicamentos que se producen en el mundo, el 86% restante apenas alcanza a consumir un 20%), de medios de diagnóstico y de medidas de prevención y planificación. La falta de definición de políticas sanitarias adecuadas a la realidad

6. Anexo1 - Compromisos Internacionales en Salud

de los países, las carencias en la gestión eficiente de los recursos y las deficiencias en la programación agravan los problemas de salud. De ahí que fortalecer los sistemas públicos de salud se constituya en uno de los principales objetivos que debería contemplar la cooperación internacional.

Existe otro elemento que merece la pena destacar y que empieza a ser preocupante: la "fuga de cerebros", es decir la pérdida de personal cualificado sanitario de los países en desarrollo hacia los países más desarrollados. Parte del personal sanitario (especialmente médicos) de los países en desarrollo emigran al mundo desarrollado con el objeto de mejorar su calidad de vida, sus recursos y su estatus profesional. Una situación que ahonda la precariedad de la oferta sanitaria de los países en desarrollo⁷. En concreto, en África, 23.000 profesionales abandonan sus países anualmente (*Pang et al. 2002*), en general con destino a Europa o Norteamérica, mientras que no se cubren las plazas que dejan vacantes en sus propios países. En el año 2000, emigraron 18.000 enfermeros al Reino Unido. Pero este hecho tiene otras repercusiones sobre las frágiles economías de los países en desarrollo: la Comisión de las Naciones Unidas para el Comercio y el Desarrollo calculó que cada profesional que se va de África le cuesta al continente 184.000 dólares, mientras que debe invertir miles de millones de dólares en los salarios de 100.000 expertos extranjeros.

La comunidad internacional hace ya tiempo que se dio cuenta del grave problema mundial que supone el acceso a la salud y a finales de los setenta definió una estrategia para facilitar el acceso a la salud de toda la población que, hasta entonces, se encontraba excluida. Comprobó que los sistemas de salud basados exclusivamente en una visión asistencialista de la medicina, primando unos servicios médicos basados en infraestructuras hospitalarias, no estaba dando los resultados esperados. Por ello, en la 31ª Asamblea de la OMS, celebrada en 1978, en Alma-Ata (en la actual Kazajistán), fue concebida y aprobada la estrategia de la atención primaria de salud (APS)⁸.

La APS ha generado un nuevo enfoque para abordar los problemas de la salud. La definición de la APS aclara el enfoque: *"Es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente*

7. Marchall y Kegels (2003) "¿Cuál es el papel que debe desarrollar Medicus Mundi Internacional en el desarrollo de los recursos humanos? Temas críticos actuales dentro de los recursos humanos sanitarios en los países en vías en desarrollo"; Medicus Mundi Internacional.

8. OMS (1978) "Declaration of Alma-Ata International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978.

*aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su **plena participación** y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto entre los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria."*

La APS busca la equidad y el acceso universal de los servicios básicos de salud a través de los nueve componentes que se observan en el cuadro 2.1, mediante un enfoque multisectorial y participativo para resolver los problemas de salud, a la vez que se relaciona con el resto de los niveles de atención sanitaria existente, como es la atención hospitalaria.

Cuadro 2. 1 **Componentes de la atención primaria de salud (APS)**

- Promoción de la salud.
- Atención materno infantil
- Inmunizaciones
- Saneamiento ambiental, control y tratamiento de agua
- Salud y vivienda
- Control de excretas y basuras
- Alimentación y nutrición adecuada
- Prevención y control de enfermedades endémicas
- Suministro de medicamentos esenciales

A pesar de que éste no es un modelo exclusivamente dirigido a los países empobrecidos, sino que tiene un alcance universal, uno de los motivos por los que cuenta con tanto apoyo internacional es porque es más sostenible para los países y las comunidades más pobres, pues el coste económico y de estructura de la promoción y la prevención es menor que la asistencia especializada. Además, al evitar la enfermedad, evita el sufrimiento que ella conlleva. Por último, la atención primaria de salud es más accesible culturalmente, pues exige la

participación de la población afectada, haciendo que los miembros de las comunidades sean los protagonistas de todas las políticas que se desarrollen y que afecten a su salud.

Esta estrategia ha demostrado su utilidad y, como se citó en anteriores informes, puede llegar a solucionar el 80% de los problemas de salud de las comunidades en las que se implante. De hecho, en aquellos países donde se ha puesto en marcha de forma adecuada y completa, la atención primaria de salud ha logrado mejoras evidentes del grado de salud de la población, pese a las condiciones económicas y políticas adversas que han limitado sus efectos⁹. Por lo tanto, y a pesar de tener que revisar y mejorar esta estrategia, la APS debe ser apoyada y reforzada por toda la comunidad internacional, con el fin de disminuir las inequidades en salud que se producen en todo el mundo.

2. La Cumbre Mundial del Milenio 2000

De entre las conferencias internacionales recientes, la que mayor impacto ha tenido por el tipo de compromisos suscritos es la llamada Cumbre del Milenio, celebrada en el año 2000, en Nueva York. Como es sabido, en esa fecha 189 países se comprometieron, en la llamada Declaración del Milenio¹⁰, a hacer el máximo esfuerzo para avanzar en la erradicación de la pobreza y del hambre y en la promoción de la educación, la salud, la equidad de género y la sostenibilidad ambiental. Semejantes propósitos se concretaron en 8 objetivos genéricos, traducidos a 18 metas y con cerca de 48 indicadores para su seguimiento. De entre esos objetivos, al menos 4 tienen una relación directa con parámetros relacionados con la salud. De este modo, la comunidad internacional reconocía el papel clave que la salud tiene en el combate contra la pobreza y por la promoción del desarrollo humano.

Pues bien, la revisión del grado de cumplimiento de lo acordado arroja un balance notablemente crítico, con dos grupos de países claramente diferenciados: los que están en condiciones de alcanzar los objetivos acordados y aquellos que difícilmente los cumplirán de seguir con las tendencias actuales. Por regiones, Asia oriental y, en menor medida, Asia meridional forman parte del primer grupo,

9. Javier Santacruz Varela. "La atención primaria de salud: viejo compromiso y nuevos retos." OPS/OMS Costa Rica. 2002

10. Anexo.2: Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud.

con una manifiesta tendencia hacia el cumplimiento de los objetivos propuestos. El muy destacado comportamiento económico, a lo largo de la última década, de dos de los países de mayor volumen demográfico del área, India y China, ayuda a explicar estos resultados agregados. En el segundo grupo, entre aquellos que difícilmente cumplirán los objetivos, se encuentran América Latina, Europa Oriental y, sobre todo, África Subsahariana. En conjunto, y pese a la dimensión demográfica de las regiones asiáticas, lo cierto es que, de seguir las tendencias actuales, a escala internacional sólo se lograrán cumplir dos de los objetivos marcados: reducir a la mitad la pobreza y reducir a la mitad la población sin acceso al agua.

No obstante, incluso estos resultados pueden ser engañosos, ya que los logros en países de alto peso demográfico puede enmascarar, tras los valores promedio, el inadecuado comportamiento del resto. A este respecto, conviene recordar que los Objetivos de Desarrollo del Milenio deben ser alcanzados no sólo a nivel agregado, sino también a escala de todos y cada uno de los países y regiones. Y aquí los resultados son notablemente más pesimistas.

Más allá de esta percepción general, conviene hacer un balance más preciso de los objetivos relacionados con la salud. En este ámbito son relevantes los informes de la OMS, así como el seguimiento que de los ODM hace Naciones Unidas.

a) Objetivo 4: Reducir la mortalidad infantil

Un total de 11 millones de niños menores de 5 años mueren al año, algunos de ellos como consecuencia de enfermedades fácilmente tratables. Pues bien, el Objetivo 4 hace alusión a la necesidad de reducir a las dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la tasa de mortalidad infantil. En el cuadro 2.2 se ofrece información de los tres indicadores que se asocian al seguimiento de este objetivo, poniendo en relación la meta perseguida con los niveles vigentes en la actualidad. La información sugiere que existen regiones que han alcanzado ya la meta propuesta. Es el caso, por ejemplo de Asia sudoriental, que ha reducido la tasa de mortalidad de los menores de 5 años por debajo del objetivo propuesto y está cerca de lograr la meta en relación al segundo índice de mortalidad infantil. La segunda región de aceptable comportamiento es América Latina y el Caribe que ha logrado alcanzar las metas propuestas en los dos índices de mortalidad infantil. También ha alcanzado ya las metas propuestas la región del Norte de África. Sin embargo, incluso en estos casos de comportamiento más aceptable, se está lejos de cumplir con lo que establece el tercero de los indicadores de seguimiento, relacionado con el porcentaje de niños vacunados contra el sarampión.

Junto a estas regiones, existen otras de comportamiento notablemente más negativo, que no cumplen con ninguno de los indicadores de seguimiento establecidos. Entre ellas se encuentran Oceanía o Asia occidental, que todavía les resta un notable esfuerzo para alcanzar los objetivos propuestos, a juzgar por la distancia que existe respecto a la meta en los tres indicadores seleccionados. De todos modos, la situación más extrema es la de África Subsahariana, que es la que presenta parámetros peores, cuya evolución en el tiempo no permite suponer el logro de las metas propuestas. En concreto, a lo largo de toda la última década, África ha obtenido sólo una mejora de 4 puntos en la tasa de mortalidad de menores de 5 años, de 7 en la tasa de mortalidad infantil y de apenas 1 en el caso de la vacunación infantil. A este ritmo es virtualmente imposible que esta región cumpla con los objetivos señalados.

Cuadro 2. 2 **Objetivo 4 - Reducir la mortalidad infantil**

META-5 REDUCIR LA MORTALIDAD INFANTIL EN 2/3 2015									
Indicadores	13-Mortalidad <5 años (total x 1000 n.v)			14-Mortalidad Infantil (total x 1000 n.v.)			15- % Niños Vacunados contra Sarampión		
	1990	2001	Reducción estimada 2015	1990	2001	Reducción estimada 2015	1990	2001	Aumento estimado 2015*
Mundo	92	82	61	64	57	43	73	72	100
Países desarrollados	13	9	9	12	8	8	83	91	100
Países en Desarrollo	102	90	68	70	63	47	72	70	100
Norte de África	88	43	59	63	39	42	85	93	100
África Subsahariana	176	172	117	110	106	73	57	58	95
América Latina y el Caribe	54	36	36	43	29	29	77	91	100
Asia del Este	44	36	29	37	31	25	98	79	100
Asia Central y Meridional	125	95	83	85	70	57	59	61	98
Asia Sudoriental	77	51	51	54	39	36	72	73	100
Asia Occidental	70	62	47	53	51	35	80	90	100
Oceanía	85	76	57	67	66	45	69	64	100

* Se espera alcanzar el 100% de niñas y niños vacunados contra el sarampión (2015)

Fuente: Naciones Unidas (2003 y 2004)

b) Objetivo 5: Mejorar la salud materna

El segundo Objetivo que se relaciona directamente con las condiciones de salud es el referido a la necesidad de reducir a sus tres cuartas partes la tasa de

mortalidad materna, entre 1990 y 2015. En este ámbito se han realizado muy pocos progresos. En la actualidad, las mujeres tienen 175 veces más probabilidades de morir en el parto en África Subsahariana que en un país desarrollado; la relación es algo menos extrema, pero igualmente alarmante en los casos de Asia y Oceanía, con tasas 20 y 60 veces superiores, respectivamente, a las existentes en los países desarrollados.

De nuevo, hay regiones que han logrado ya cumplir con los objetivos propuestos: es el caso del Norte de África y de Asia oriental, que han logrado superar las metas propuestas en los dos indicadores de seguimiento; y Asia sudoriental se encuentra en camino de superarlas. No obstante, son mayoría las regiones que se encuentran muy distantes de la posibilidad de cumplir el objetivo propuesto, incluyendo América Latina, Oceanía, Asia meridional, central, y occidental y África Subsahariana. Especialmente graves son los casos de África Subsahariana, cuya tasa de mortalidad materna se encuentra cerca de 200 puntos por encima del objetivo, y Asia meridional y central que no sólo no redujo su tasa, sino que la incrementó en la última década (cuadro 2.3). De nuevo se trata de regiones que difícilmente alcanzarán los objetivos si la comunidad internacional y los propios países no se comprometen más activamente a alterar las tendencias vigentes en los últimos años. Lo que necesariamente debe comportar una mayor atención y apoyo a los programas en materia de salud sexual y reproductiva, mejorando, al tiempo, la capacidad de acceso a los servicios de salud para las embarazadas.

Cuadro 2.3 **Objetivo 5 - Mejorar la salud materna**

META-6 REDUCIR LA MORTALIDAD MATERNA EN 3/4 - 2015						
Indicadores	16-Mortalidad Materna (Total x 100,000 nacidos vivos)			17- % de Partos con asistencia sanitaria		
	1999	2000	*Reducción estimada 2015	1990	2001	Aumento estimado 2015
Mundo	-	400	-	-	-	-
Países desarrollados	21	20	16	-	-	-
Países en Desarrollo	-	440	0	42	52	74
Norte de África	450	130	338	39	64	68
África Subsahariana	1100	920	825	40	43	70
América Latina y el Caribe	190	190	143	76	85	100
Asia del Este	55	5	41	53	72	93
Asia Central y Meridional	410	520	308	27	35	47
Asia Sudoriental	300	310	225	36	59	63
Asia Occidental	230	190	173	59	64	103
Oceanía	260	240	195			

*Estimación calculada en base a 1999

Fuente: NNUU (2003 y 2004)

c) Objetivo 6: Combatir el VIH/ SIDA, la malaria y otras enfermedades

El Objetivo 6 definido en la Declaración del Milenio alude a la necesidad de combatir el VIH/SIDA y, adicionalmente, el paludismo, la malaria y otras enfermedades transmisibles. En concreto, se pretende detener y reducir en 2015 la incidencia de estas enfermedades. Aunque es difícil realizar el seguimiento de estas enfermedades, porque los datos se comenzaron a recoger muy recientemente, los pronósticos no son muy optimistas (cuadros 2.4 y 2.5). Tanto el paludismo como la tuberculosis parecen ir en aumento; y en algunas regiones del planeta, como es el caso de África Subsahariana, la incidencia del sida está lejos de contenerse. Los problemas, además, se multiplican por la incidencia cruzada de estas enfermedades: en concreto, los infectados por el sida multiplican por 7 sus probabilidades de contraer la tuberculosis.

Cuadro 2. 4 **Objetivo 6 - Combatir el VIH/SIDA, la malaria, la tuberculosis (1)**

META-7/8 DETENER Y REDUCIR LA PROPAGACIÓN DEL VIH/SIDA, TBC, MALARIA- 2015					
Indicadores	SIDA			MALARIA	
	18- (%) Embarazadas con Sida	19- (%) Uso de preservativos	20- Proporción de huérfanos a causa del Sida en la escuela	21-Mortalidad infantil 0-4 años (Total x 100.000 n.v.)	22-Proporción población que aplica medidas vs. malaria (%)
	2002	1996/01	*1996/01	2000	*2000
Mundo	1.2			148	
Países desarrollados	0.5			0	
Países en desarrollo	1.4		0.85	166	
Norte de África	<0.1		0.85	47	2
África Subsahariana	8.5	21		791	2
América Latina	0.6	36		1	
Caribe	2.4	36		1	
Asia del Este	0.2	-		0	
Asia del Sur y Central	0.5	40		6	
Asia Sudoriental	0.5			2	
Asia Occidental	<0.1			26	
Oceanía	0.6			2	
Países en transición					

* África 38 países no especifican zonas. Los datos corresponden a este periodo

Fuente: Elaboración propia a partir del seguimiento de los ODM, datos NNUU

Los datos revelan que en África Subsahariana cerca de un 8% de las embarazadas tienen sida y sólo un 21% confirman haber usado preservativos en sus relaciones sexuales. En una encuesta de las NNUU se pregunta si son conscientes de que una persona que *parece sana* puede estar infectada de sida y sólo un 51% de las encuestadas confirman ser conscientes de ello. Con relación a la malaria, sólo el 2% de la población accede a programas de prevención, dato preocupante considerando que África Subsahariana cuenta con una mortalidad infantil de 0-4 años de 741 por mil, relacionada directamente con esta enfermedad. Por último, en lo que respecta a la tuberculosis, las zonas de mayor riesgo de contagio se encuentran en África, Asia y Oceanía. Esta última región tiene un índice de prevalencia de tuberculosis de 215 por 100.000 casos. Resta, pues, un importante trabajo por hacer para lograr que este objetivo esté en vías de realizarse en el plazo previsto.

Cuadro 2. 5 **Objetivo 6 - Combatir el VIH/SIDA, la malaria, la tuberculosis (2)**

META-7/8 DETENER Y REDUCIR LA PROPAGACIÓN DEL VIH/SIDA, TBC, MALARIA- 2015						
Indicadores	TUBERCULOSIS					
	23- Prevalencia Total de casos x 100.000	23- Muertes x 100.000	24- Casos de TBC detectados con el método DOTS** (%)		24- Casos de TBC curados con el método DOTS (%)	
	2001	2001	1995	2001	1995	2000
Mundo	120	26	11	33	77	82
Países desarrollados	23	5				
Países en desarrollo	144	31				
Norte de África	27	5				
África Subsahariana	197	46				
América Latina	41	9				
Caribe	41	9				
Asia del Este	184	40				
Asia Central-Meridional	218	47				
Asia Sudoriental	108	21				
Asia Occidental	40	9				
Oceanía	215	36				
Países en transición	66	16				

** Directly Observed Treatment Short Course - Tratamiento a corto plazo centrado en la Observación Directa

Fuente: Elaboración propia a partir del seguimiento de los ODM, datos NNUU

d) Objetivo 8: Fomentar una asociación mundial para el desarrollo

Por último, el Objetivo 8 presenta la necesidad de fomentar una asociación mundial para el desarrollo. Entre los aspectos que se consideran relevantes para alcanzar este objetivo se encuentra el acceso de las poblaciones pobres a los medicamentos esenciales. Según el informe del PNUD de 2003, el 63% de la población de África Subsahariana no tiene garantizado este acceso: un porcentaje similar al de Asia central y meridional.

Un avance en esta línea se produjo el 30 de agosto de 2003, cuando el Consejo General de la Organización Mundial del Comercio (OMC) anunció la decisión de permitir a los países más necesitados importar (bajo determinadas condiciones) medicamentos genéricos más baratos fabricados al amparo de una licencia obligatoria, siempre que estos países no fuesen capaces de fabricarlos por sí mismos. Semejante decisión fue calificada de "histórica" por el director general de la OMC. El problema no es sólo el elevado precio de los fármacos, sometidos al estricto sistema de patentes de propiedad intelectual, situando al comercio por encima del derecho a la salud.

El limitado uso que se ha hecho de la posibilidad abierta por la OMC revela el restrictivo y poco realista enfoque de la decisión adoptada. Por lo demás, no basta con el acceso físico a la producción de medicamentos, sino que es necesario, además, que éstos sean dispensados en condiciones de calidad y coste que los hagan accesibles a la población de riesgo, que normalmente se ubica en los estratos de menores ingresos. Enfermedades como las citadas "enfermedades olvidadas" afectan fundamentalmente a los pobres, por lo que los potenciales consumidores nunca podrán compensar a la industria los costes de investigación y desarrollo de los medicamentos.

Objetivo 8 - Fomentar la asociación mundial para el desarrollo (%)

META 17 PROPORCIÓN DE LA POBLACIÓN CON ACCESO A MEDICAMENTOS ESENCIALES ASEQUIBLES		
Indicador	46- % de la población con acceso a medicamentos esenciales asequibles de manera sostenible	
	1987	1999
Mundo	63	70
Países desarrollados		91
Países en desarrollo	55	65
Norte de África		83
África Subsahariana		47
América Latina y Caribe		64
Asia del Este		84
Asia Central-Meridional		44
Asia Sudoriental		77
Asia Occidental		86
Oceanía		77

Fuente: Elaboración propia a partir del seguimiento de los ODM, datos NNUU

3. Conferencia Internacional sobre Financiación para el Desarrollo (Conferencia de Monterrey)

La Conferencia de Monterrey es una de las últimas conferencias intergubernamentales convocada por Naciones Unidas. Celebrada en México, en 2002, con la participación del Banco Mundial y del Fondo Monetario Internacional, la Conferencia se proponía encontrar nuevos mecanismos de financiación del desarrollo que permitiesen corregir los niveles de pobreza existentes y hacer realidad los Objetivos del Milenio, suscritos dos años antes. Lo cierto es que, pese a su importancia, el resultado de la Conferencia estuvo muy por detrás de las expectativas que su convocatoria suscitó.

Entre los aspectos positivos de la Conferencia figura la reiteración del compromiso de la comunidad internacional con los Objetivos de Desarrollo del Milenio y la voluntad de establecer una *arquitectura de responsabilidad mutua* entre los países desarrollados y los países en desarrollo para hacer realidad aquellos propósitos. En términos poco precisos, los países desarrollados se comprometieron a incrementar sus esfuerzos en materia de ayuda, acceso a mercados, asistencia técnica y alivio de la deuda¹¹. Mientras que, por su parte, los países

11. Anexo.3: Principales compromisos del consenso de Monterrey.

en desarrollo se comprometieron a redoblar sus esfuerzos por aplicar políticas correctas, garantizando la estabilidad macroeconómica y la apertura a los mercados internacionales, la mejora de las condiciones de gobernabilidad y el fortalecimiento de la capacidad institucional. Al tiempo, se alienta al sector privado a participar en el proceso, a través del aumento de la inversión extranjera directa, de estimular los beneficios del comercio internacional para los más vulnerables y de promover un mayor alivio de la deuda externa.

Dos años después de la Conferencia de Monterrey son muchos los ámbitos en los que apenas se ha avanzado. En 2003, se registra, una vez más, una transferencia neta negativa de capital de los países desarrollados a los países pobres. La inversión extranjera directa a los países en desarrollo, después de su notable expansión en la segunda mitad de los noventa, parece remitir, habiendo caído en los dos últimos años un 25%. Tampoco se avanzó en el ámbito de la deuda externa, cuyo proceso de alivio se está produciendo a ritmos excesivamente lentos para posibilitar que los países afectados encuentren vías de progreso. De hecho, del conjunto de los 49 países PMA, sólo 8 se encuentran en vías de beneficiarse de condonaciones efectivas de su deuda externa, tras haber avanzado en el proceso definido por la Iniciativa HIPC II. Acaso, uno de los pocos ámbitos en los que se lograron ciertos avances, en todo caso muy por detrás de lo deseable, es en materia de ayuda. Y no tanto por lo acordado en la Conferencia de Monterrey cuanto por los propios compromisos que los países asumieron públicamente.

En concreto, los países comunitarios acordaron llegar en 2006 a un coeficiente promedio de ayuda del 0,39% del PNB (actualmente está en el 0,34%), comprometiéndose a superar un coeficiente mínimo del 0,33%. Igualmente, Estados Unidos acordó incrementar sus recursos de ayuda, si bien sometiendo la asignación de fondos a una estricta condicionalidad vinculada a las condiciones de gobernabilidad y de libertad de mercado de los países receptores. Como consecuencia de estos compromisos, han crecido los recursos de ayuda en los dos últimos años. En concreto, el volumen total de la *Ayuda Oficial al Desarrollo* (AOD) movilizado en 2003 por el conjunto del CAD alcanzó la cifra de 68.483 millones de dólares. Ello supuso un aumento de 10.209 millones de dólares respecto a la canalizada en el año precedente: es decir, en términos corrientes la ayuda creció un significativo 17,5%. Como consecuencia de este incremento en los recursos, se ha elevado también el coeficiente que expresa el esfuerzo financiero en términos del PNB de los donantes, que ha pasado del 0,23% del año 2002 al 0,25% propio de 2003. Todavía se está muy lejos, sin embargo, del coeficiente que venía siendo habitual hasta comienzos de la década de los noventa, que oscilaba en torno al 0,34% (cuadro 2.7).

Cuadro 2. 7

**Panorama general de la ayuda internacional.
Países miembros del CAD**

Regiones	Millones EE.UU. \$		% AOD/PNB	
	2002	2003	2002	2003
Nueva Zelanda	122	169	0.22	0.23
Luxemburgo	147	189	0.77	0.8
Portugal	323	298	0.27	0.21
Grecia	276	356	0.21	0.21
Austria	520	503	0.26	0.2
Irlanda	398	510	0.4	0.41
Finlandia	462	556	0.35	0.34
Australia	989	1237	0.26	0.25
Suiza	939	1297	0.32	0.38
Dinamarca	1643	1747	0.96	0.84
Bélgica	1072	1887	0.43	0.61
ESPAÑA*	1712	2030	0.26	0.25
Noruega	1696	2043	0.89	0.92
Suecia	1991	2100	0.83	0.7
Canadá	2006	2209	0.28	0.26
Italia	2332	2393	0.2	0.16
Holanda	3338	4059	0.81	0.81
Gran Bretaña	4924	6166	0.31	0.34
Alemania	5324	6694	0.27	0.28
Francia	5486	7337	0.38	0.41
Japón	9283	8911	0.23	0.2
Estados Unidos	13290	15791	0.13	0.14
Total CAD	58274	68483	0.23	0.25
del cual:				
Países miembros de la UE	29949	36825	0.35	0.35
Memo:				
Esfuerzo promedio país			0.41	0.41

Fuente: CAD, OCDE

4. Otras conferencias con impacto en el ámbito de la salud

4.1 Declaración de Nuevo León

Uno de los últimos compromisos internacionales asumidos en la región americana es la *Declaración de Nuevo León*, suscrita en la Cumbre Extraordinaria de las Américas, que se celebró en Monterrey, en enero de 2004. La declaración final reafirma los compromisos de la Carta Democrática Interamericana¹² en relación con la lucha contra la pobreza y se compromete al logro de tres objetivos: el crecimiento económico con equidad, el desarrollo social y la gobernabilidad democrática.

Los Estados que suscriben la declaración se comprometen a ampliar las estrategias de prevención, atención y promoción de la salud. Uno de los objetivos es la mejora de la calidad de los servicios sanitarios, para enfrentar las consecuencias del auge del sida. A este respecto, los Estados se comprometen a facilitar el acceso a los tratamientos necesarios a unas 600.000 personas de la región, en 2005.

El documento expresa, también, una preocupación por las enfermedades emergentes, como la malaria, el dengue, la fiebre amarilla, la tuberculosis, la lepra o el mal de Chagas, que están ligadas a problemas de saneamiento, al impacto de los desastres naturales y a un crecimiento demográfico en áreas pobladas. Como resultado, los diversos Estados se comprometen a impulsar programas de prevención, control y tratamiento de estas enfermedades. Destacan, al tiempo, la necesidad de un compromiso en cooperación técnica entre los países de la región, así como con la Organización Panamericana de la Salud, el Banco Interamericano de Desarrollo y otros organismos internacionales, para llevar a cabo acciones integrales de salud pública.

4.2 Conferencia de Dublín

Otra conferencia reciente de interés es la celebrada en Dublín, 23 y 24 de febrero de 2004, en la que tomaron parte 55 Estados miembros de la Comisión Económica de las NNUU para Europa y Asia central, bajo el lema "*Breaking the Barriers - Partnership to Fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia*". En esta conferencia se analizó la preocupante situación de esta enfermedad en la región,

12. Art. 11 de la Carta: La democracia y el desarrollo económico y social son interdependientes y se refuerzan mutuamente.

con más de 2,1 millones de personas que viven con el virus del sida. Especialmente grave resulta el incremento de casos entre la población joven de Europa del Este y las resistencias a los tratamientos antirretrovirales.

El borrador de la declaración de esta conferencia establece compromisos en materia de liderazgo, de tareas de prevención, de atención a las personas que viven con VIH y de seguimiento de la enfermedad. Entre estos compromisos conviene destacar, por ejemplo, el que reconoce el compromiso de eliminar para 2010 la infección por VIH entre todos los menores de Europa y Asia central; o el que compromete a la comunidad internacional en la provisión de tratamiento antirretroviral a 100.000 personas VIH+ en 22 países de esta región en donde el acceso a este tratamiento no es universal.

5. Iniciativas globales en materia de salud

A lo largo de los epígrafes precedentes se han mencionado ya algunas iniciativas globales de interés, como la Iniciativa DNDi, referida a las enfermedades olvidadas, o *Roll Back Malaria*, promovida por la OMS para hacer retroceder la incidencia de esta última enfermedad, o la iniciativa 3x5. Aquí, por tanto, se considerarán otras dos iniciativas de interés global: la iniciativa *Scaling up* y el *Fondo Global contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria*.

a) *Scaling up*

Para tratar de afrontar el deterioro de las condiciones de salud de la parte más vulnerable del planeta, la OMS, el Banco Mundial y diversas agencias de Naciones Unidas (UNESCO, UNICEF, ONUSIDA y FNUAP) unieron sus fuerzas para presentar una iniciativa de lucha contra el sida, la tuberculosis y la malaria, como las tres grandes epidemias de mayor impacto en el mundo actual. Los esfuerzos se tradujeron en el programa *Scaling up the response to infectious diseases*, con el ánimo de potenciar los esfuerzos de coordinación de estos organismos.

Los coordinadores de esta iniciativa creen posible reducir las muertes producidas por la tuberculosis y la malaria, en un 50% y reducir las infecciones del VIH en un 25% en diez años. Uno de los requisitos para alcanzar estos objetivos es incrementar el acceso de la población a los tratamientos, lo que comporta la movilización de profesionales y de voluntarios que puedan proveer de servicios sanitarios esenciales a millones de hogares. El programa *Scaling up* trata de centrarse en ayudar a los más necesitados, lo que supone actuar sobre los factores que condicionan la pobreza, hacer un uso eficiente de los tratamientos

existentes, eludir los problemas derivados de la resistencia a los tratamientos tradicionales de la tuberculosis y la malaria, reducir la expansión de las enfermedades a causa de la movilidad de las poblaciones e impedir la expansión del VIH/SIDA hacia Asia o Europa del Este. Para todo ello es necesario fortalecer los servicios de salud, lo que supone una mayor asignación de recursos a estos ámbitos. No obstante, se considera que es posible que la inversión realizada se recupere holgadamente a medio y largo plazo, en virtud de la disminución de costes (no sólo sociales, sino también económicos) que se derivan de la reducción de la carga de las enfermedades, si la iniciativa es suficientemente eficaz.

b) Fondo Global contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria

El Fondo Global para la Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria se creó en una Sesión Especial de las Naciones Unidas, en enero de 2002. El Fondo es un *instrumento financiero* para la recaudación, gestión y concesión de subvenciones. Su objetivo es conseguir la financiación internacional, tanto pública como privada, para luchar contra estas enfermedades. Los objetivos del Fondo incluyen programas de erradicación de la pobreza y de mejora de la salud pública (Global Fund, 2003).

El Fondo ha aprobado un presupuesto total de 3.000 millones de dólares, para un periodo de dos años, con 307 donaciones dirigidas a 129 países (cuadro 2.8). Según estimaciones, el total de los 3.000 millones de dólares aprobados para dos años se distribuiría aportando un 61% para África, un 23% para Asia y un 16% para América Latina y Europa del Este. El Fondo pretende tener una destacada orientación hacia los países más pobres: de hecho, el 70% del presupuesto se destina a los países de renta baja, el 26% a los de renta media-baja y el 4% a los de renta media-alta. En cuanto al porcentaje que se destina a las diferentes pandemias, el 56% iría dirigida para proyectos de lucha contra el sida, el 31% contra la malaria y el 13% contra la tuberculosis. En relación a los beneficiarios es relevante la importancia de los gobiernos en la adjudicación de los recursos, seguidos de las ONG.

El total de los desembolsos realizados hasta el momento ha estado muy por debajo de lo presupuestado, con un monto total de 466 millones de dólares. Entre los proyectos más recientes con cargo al Fondo se encuentra la apertura de 38 centros VCT (*Voluntary Counselling and Testing*) para el tratamiento del VIH/SIDA en Ruanda; en Marruecos, se programa una campaña nacional sobre el sida; en Zambia se prevé la distribución del tratamiento basado en *artemisina* en 28 centros del país, dirigido a los enfermos que padecen resistencia frente a los

tratamientos habituales antimalaria; y, en relación a la tuberculosis, se programan cursos de formación para la aplicación de la estrategia DOTS en Filipinas.

Cuadro 2. 8 **Progresos en el Fondo Global - (Millones de \$)**

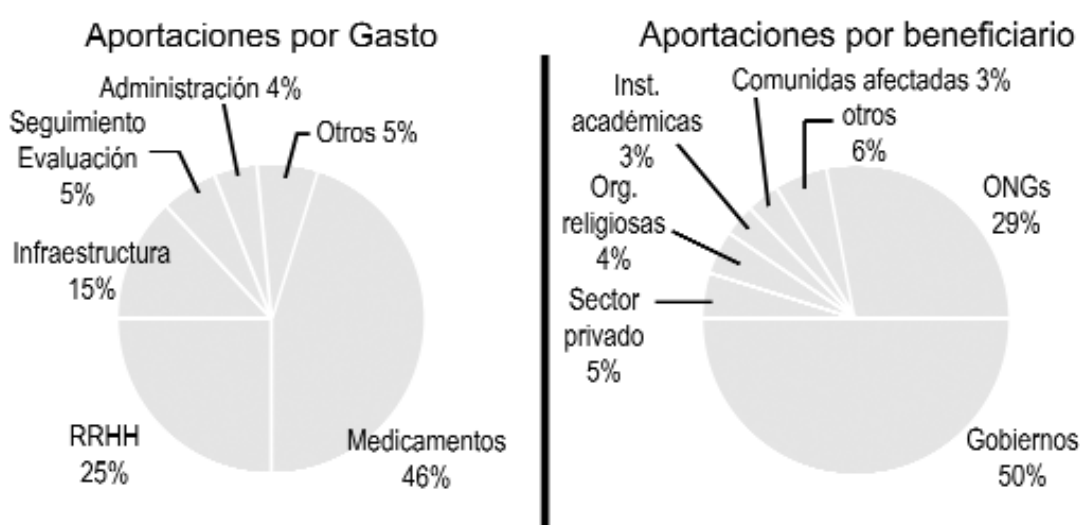
Región	Presupuesto Aprobado: Total Año: 1º y 2º	Desembolsos hasta la fecha* (\$)
Asia del Este y Pacífico	401	89
Europa del Este-Asia C.	212	29
AL y el Caribe	286	78
N de África y Oriente Medio	133	12
Asia Meridional	187	11
África Subsahariana	180	248
TOTAL	3.016	466

*Informe del 26 Julio 2004

Fuente: Fondo Global - www.theglobalfund.org.

La aportación de España al Fondo es de 50 millones de dólares para el bienio 2003-2004 y está prevista otra aportación de 50 millones para el bienio 2005-2006. La mayor parte de estos recursos van a los Estados receptores para cubrir en un 46% los gastos de medicamentos, un 25% para gastos en recursos humanos y un 15% en infraestructuras (gráfico 2.1). Con relación a la distribución de recursos por beneficiarios, la mayor aportación va dirigida a los gobiernos (50%), seguido de las ONG (29%).

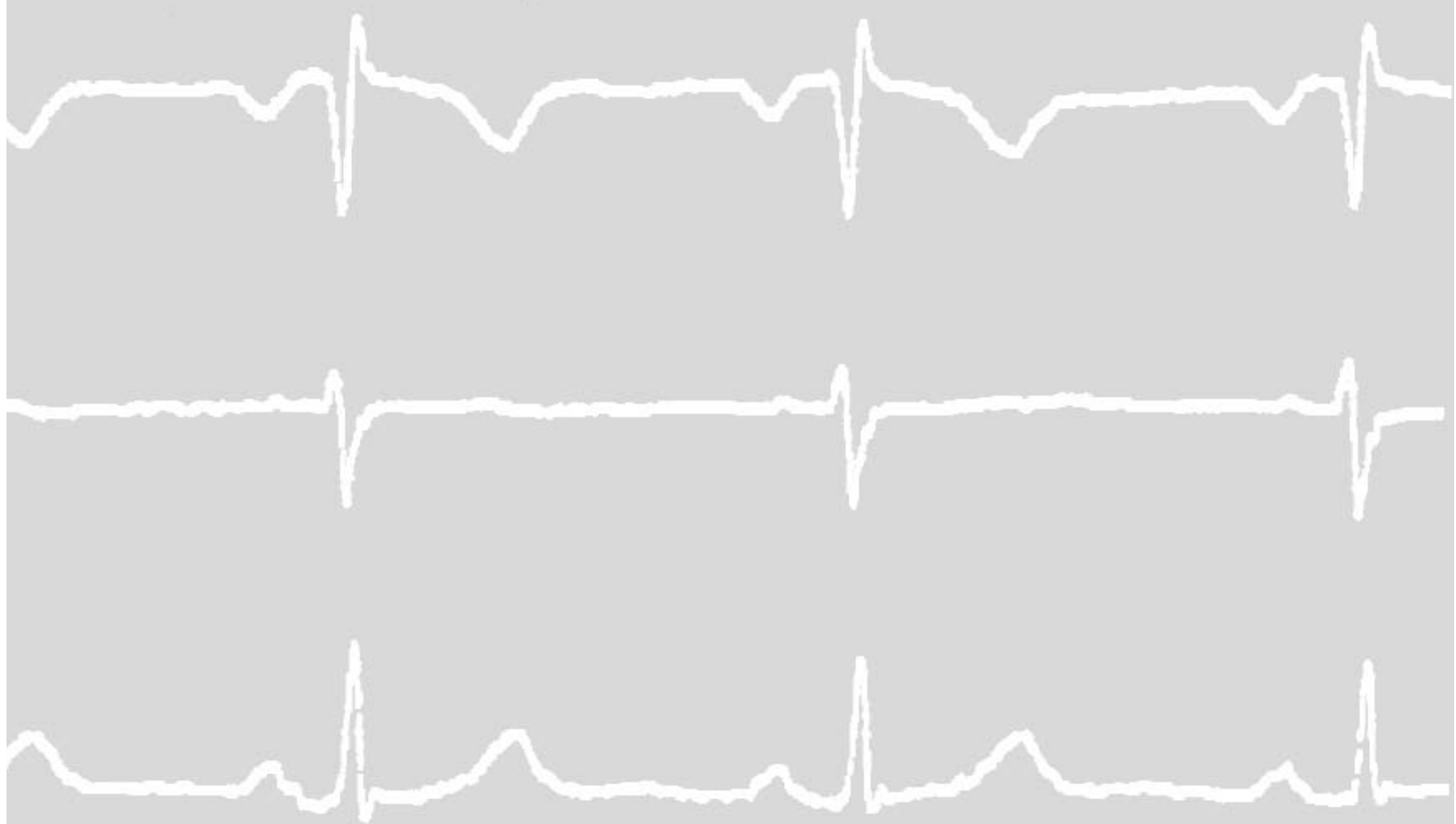
Gráfico 2. 1 **Aportaciones de España al Fondo Global**



Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo y Ministerio de Economía

Sin embargo, son muchas las críticas recibidas por esta nueva herramienta de lucha contra las principales enfermedades infecciosas. En un artículo publicado en la revista Lancet en julio de 2004¹³, los miembros del Departamento de Salud Pública de la London School of Hygiene and Tropical Medicine y otras universidades africanas, basándose en un estudio realizado en cuatro países de África Subsahariana (Mozambique, Tanzania, Uganda y Zambia), reconocen que el Fondo Global impone condiciones de desembolso muy restrictivas, ha frustrado intervenciones de control epidemiológico debido al retraso en los pagos y carece de mecanismos efectivos entre los donantes. Aunque el estudio confirma que es muy pronto para evaluar la efectividad del Fondo, sostiene que está generando enormes expectativas, especialmente entre personas que viven con VIH. Para gestionar bien estas expectativas, el Fondo, los gobiernos y sus socios deben fortalecer los débiles sistemas de salud, aumentar la capacidad del personal sanitario y mejorar los mecanismos de coordinación, financiación, gestión y evaluación.

13. "The Global Fund: Managing great expectations"; Lancet 2004.



La cooperación al desarrollo en salud. Perspectiva internacional

Introducción

Para identificar de forma más precisa los rasgos constitutivos de la cooperación española en materia de salud, conviene analizar su comportamiento en relación a la trayectoria del resto de los donantes. El análisis comparado permitirá detectar más claramente las fortalezas y debilidades, los aciertos y deficiencias de la cooperación española. Tal es lo que propone el presente capítulo. Para ello se recurre a la información correspondiente al período que media entre 1998 y 2002: la etapa que se abre tras la aprobación de la Ley 23/1998 de Cooperación Internacional para el Desarrollo y la publicación de la segunda evaluación realizada por el CAD sobre la cooperación española que se extiende hasta donde existen datos consolidados para el conjunto de los donantes. Se trata, por lo demás, de un período significativo desde el punto de vista político, por cuanto abarca parte de lo que han sido las dos últimas legislaturas.

Antes de proceder al análisis cuantitativo de la ayuda, conviene aludir al marco normativo y estratégico que los donantes han definido a escala internacional en el ámbito de la salud. Como en informes anteriores, dos referencias son obligadas para España en este ámbito: el CAD de la OCDE y la Unión Europea, pues ambos son los foros de concertación en los que opera España como donante.

Como es sabido, entre las funciones del **CAD** figura la de sistematizar las buenas prácticas y elaborar recomendaciones que orienten el trabajo de los donantes. En particular, de interés para el caso que aquí se considera es la reciente elaboración, en 2001, de las *Directrices del CAD sobre la Reducción de la Pobreza*, donde se otorga una especial consideración al papel que la provisión de servicios sociales básicos tiene en toda estrategia dirigida a erradicar la pobreza. Dentro de ese amplio rótulo se acogen las actividades desplegadas en el ámbito de la salud básica y las relacionada con la salud sexual y reproductiva. Uno y otro ámbito quedan recogidos en una de las cinco dimensiones básica de la pobreza, relacionada con las carencias en las capacidades humanas.

Más recientemente, en 2003, el CAD, en colaboración con la OMS, elaboró unas *Directrices en materia de pobreza y salud*, que amplían las ya establecidas sobre

la reducción de la pobreza. En este nuevo documento se determinan los *componentes fundamentales de un enfoque sanitario a favor de los pobres* y se proporciona un marco de actuación, tanto dentro del sistema sanitario como fuera de él, implicando otras políticas nacionales, así como iniciativas de carácter global, para obtener mejoras efectivas y sostenibles en los niveles de salud. Pese a la formulación de ese marco general, el apoyo de las agencias para el desarrollo deberá variar en función de las necesidades, capacidades y políticas de cada país asociado.

Con estas características, el documento describe una estrategia de salud a favor de los países en vías de desarrollo bajo cinco lineamientos claves:

- Conceder prioridad a la promoción, protección y mejora de la salud.
- Incluir el desarrollo de sistemas de salud a favor de los pobres, con mecanismos de financiación equitativos.
- Contemplar políticas en áreas -no necesariamente sanitarias- con una repercusión capital en la salud de los pobres (educación, nutrición, agua y saneamiento).
- Integrar estrategias de reducción de la pobreza y programas en el sector sanitario dirigidos por los propios países receptores.
- Tener en cuenta la provisión de bienes públicos mundiales y los problemas de coherencia de las políticas en ámbitos como la vigilancia de la salud, la I+D en enfermedades relacionadas con la pobreza, las cuestiones de política comercial relativas a medicamentos y vacunas, y la migración.

Por su parte, y con respecto a la política de cooperación de la **Unión Europea** en materia de salud, no existen grandes avances en referencia a lo ya publicado en los informes de años anteriores¹⁴. La política comunitaria sienta sus bases en el artículo 35 de la Carta de los Derechos Fundamentales de la UE, en el que se aboga por un alto nivel de protección de la salud humana a la hora de definir y poner en práctica todas las políticas y acciones de la UE. En el año 2000, se aprueban las nuevas directrices de la política de desarrollo de la Comunidad Europea¹⁵, donde se señala la salud como uno de sus sectores de actividad prioritarios, estableciendo las nuevas orientaciones de la estrategia en el sector. En 2001 se aprueba el programa de acción para la *"Aceleración de la lucha*

14. Véase *La salud en la cooperación al desarrollo española. Informe 2002*" y *La salud en la cooperación al desarrollo y la acción humanitaria . Informe 2003*".

15. Declaración del Consejo y la Comisión, de 20 de noviembre de 2000, relativa a la política comunitaria de desarrollo, sobre la base de la "Comunicación de la Comisión al Consejo y al Parlamento Europeo - Política de desarrollo de la Comunidad Europea" - de 26 de abril de 2000.

contra el VIH/SIDA, la malaria y la tuberculosis en el contexto de la reducción de la pobreza. 2001-2006" 16 .

Pero no es hasta marzo de 2002, en respuesta a los compromisos contraídos en relación a los Objetivos del Milenio en el ámbito de la salud y de la pobreza, cuando la UE establece los principales elementos y objetivos de la política comunitaria en cooperación al desarrollo en materia de salud, con la Comunicación *La salud y la reducción de la pobreza en los países en desarrollo*¹⁷. En este documento se detalla la relación entre la salud y la pobreza, se sintetizan los elementos fundamentales de un planteamiento coherente de desarrollo para mejorar la salud y el bienestar y se establece un marco para guiar la inversión relativa a la salud, el sida y la población en el contexto de la ayuda europea global a los países en desarrollo. Dicha Comunicación establece a su vez, los cuatro objetivos que deben regir la política comunitaria de salud y pobreza. A saber:

- mejorar los resultados en cuanto a la salud, el sida y la población a nivel nacional, especialmente entre los más pobres;
- maximizar las prestaciones sanitarias y minimizar los efectos sanitarios negativos potenciales de la ayuda comunitaria en otros sectores;
- proteger a los más vulnerables contra la pobreza a través del apoyo a mecanismos financieros sanitarios equitativos y justos;
- invertir en el desarrollo de bienes públicos mundiales.

En aras a la consecución de estos objetivos se insiste en la necesidad de dirigir las acciones de la UE hacia los países más pobres y a los grupos de población más desfavorecidos de los países en desarrollo, así como mejorar la coherencia, la complementariedad y la coordinación, a todos los niveles, entre las políticas y actividades de la Unión Europea y las de los Estados miembros.

En febrero de 2003¹⁸ , se establece una Actualización del Programa de Acción aprobado en 2001, habida cuenta de la evaluación realizada. Se constata, también, la necesidad de conseguir un diálogo periódico y estructurado con los países en desarrollo. Para ello, se propone la creación de un foro de las partes interesadas

16. Comunicación de la Comisión, de 21 de febrero de 2001, al Consejo y al Parlamento Europeo: "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".

17. Comunicación de la Comisión, de 22 de marzo de 2002, al Consejo y al Parlamento Europeo

18. Comunicación de la Comisión, de 26 de febrero de 2003, al Consejo y al Parlamento Europeo: "Actualización del programa de acción comunitario: Aceleración de la lucha contra el VIH/SIDA, el paludismo y la tuberculosis en el marco de la reducción de la pobreza - Cuestiones políticas pendientes y desafíos futuros".

dedicado a la lucha contra las enfermedades transmisibles, en el marco de la lucha contra la pobreza. Poco después, en mayo de 2003, se dicta un reglamento¹⁹ al objeto de desarrollar el segundo de los objetivos del Programa de Acción, tratando de instaurar un régimen para potenciar que las industrias farmacéuticas vendan medicamentos esenciales a precios reducidos a los países en desarrollo, evitando, al tiempo, que esos medicamentos vuelvan a introducirse en los países de la Unión Europea.

El último de los reglamentos²⁰ relevantes en la cooperación sanitaria europea se dictó en julio de 2003, referido a la salud y a los derechos sexuales y reproductivos. En este documento se describen dos lineamientos clave, estrechamente vinculados: promover la salud y proteger los derechos que asisten a las personas en los ámbitos sexual y reproductivo. Se trata de dar a las personas el derecho y la posibilidad de proteger plenamente su salud reproductiva y sexual, para que puedan adoptar sus decisiones con plena libertad e información. Al tiempo, la protección de estos derechos implica poner fin a agresiones como la mutilación genital, la esterilización obligatoria, etc.

Por otra parte, en cuanto a la evaluación de las políticas de desarrollo de los Estados miembros en el ámbito de la salud, se concluye que la mayoría tienen políticas sanitarias aceptablemente elaboradas para los países en desarrollo; y algunos de ellos han reformulado sus políticas de cooperación en el ámbito de la salud de acuerdo con las nuevas directrices que se derivan de asumir como objetivo central la lucha contra la pobreza²¹. No obstante, se presta una muy limitada atención a la coherencia de las políticas a nivel nacional y mundial, perdiendo eficacia en el diseño y desarrollo de sus acciones. Pocos Estados miembros destacan el potencial de un planteamiento integrado, de carácter plurisectorial, al margen del VIH/SIDA; y pocos concentran su atención en lograr una financiación equitativa de los sistemas sanitarios nacionales y en la promoción de las inversiones en bienes públicos mundiales relacionados con la salud.

Aunque esta valoración se realiza sólo respecto a los Estados miembros de la UE, puede ser fácilmente generalizable a escala internacional, no sólo porque

19. Reglamento (CE) Nº 953/2003 del Consejo, de 26 de mayo de 2003, destinado a evitar el desvío comercial hacia la Unión Europea de determinados medicamentos esenciales [Diario Oficial L 135 de 3.6.2003].

20. Reglamento (CE) Nº 1567/2003 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 15 de julio de 2003, relativo a la ayuda para políticas y acciones sobre la salud y derechos en materia de reproducción y sexualidad en los países en desarrollo.

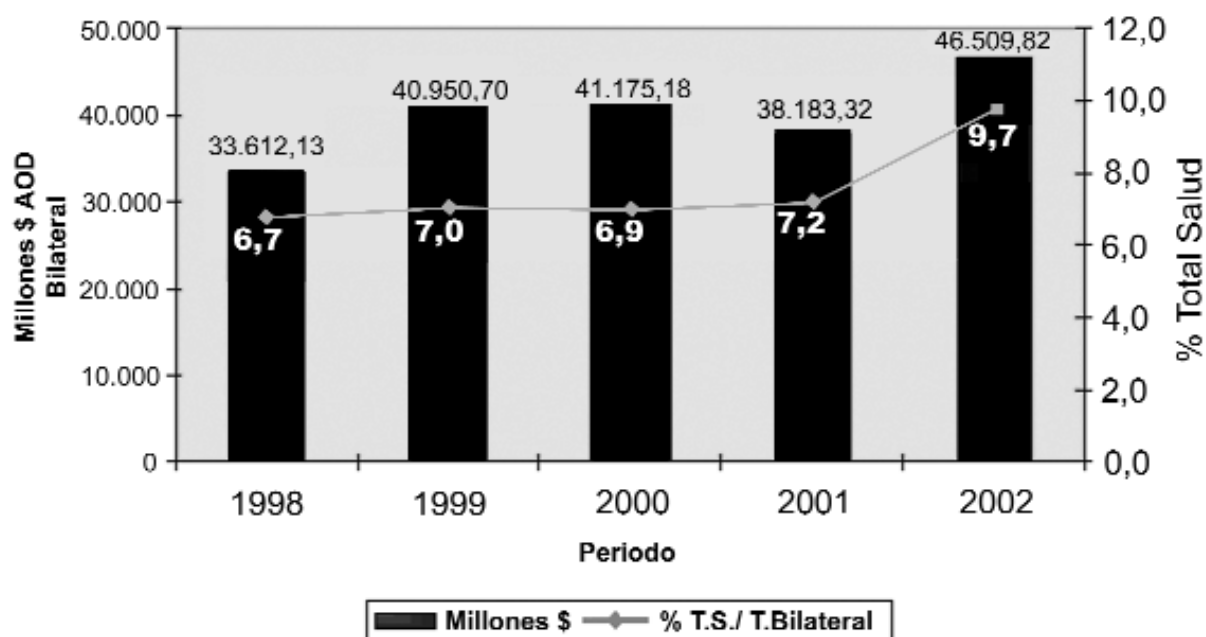
21. Comunicación de la Comisión, de 22 de marzo de 2002, al Consejo y al Parlamento Europeo: "La salud y la reducción de la pobreza en los países en desarrollo".

buena parte de las deficiencias son extensibles a otros donantes, sino también porque los países comunitarios son altamente representativos del comportamiento agregado de los donantes, no en vano son responsables de más de la mitad de la ayuda internacional.

1. Evolución de la ayuda bilateral en salud

En el último lustro, la evolución de los recursos de la AOD bilateral bruta del conjunto de los países del CAD dedicada a la salud sigue una tendencia levemente creciente, que se acentúa en el año de cierre del período objeto de estudio (gráfico 3.1). De tal modo, que si supone el 6,7% del total de la ayuda bilateral bruta en 1998, llega a suponer el 9,7% cuatro años más tarde. En la base de semejante tendencia puede estar el más firme compromiso que los donantes adquirieron con respecto a las intervenciones en materia de salud a raíz de la Cumbre del Milenio, del año 2000, y de los compromisos adquiridos con motivo de la Conferencia de Monterrey, de 2002. En todo caso, se trata de una tendencia muy tenue, que hace difícil asentar sobre ella previsiones fundadas; máxime si se tiene en cuenta que sólo en uno de los años del período ha habido un crecimiento significativo de los recursos.

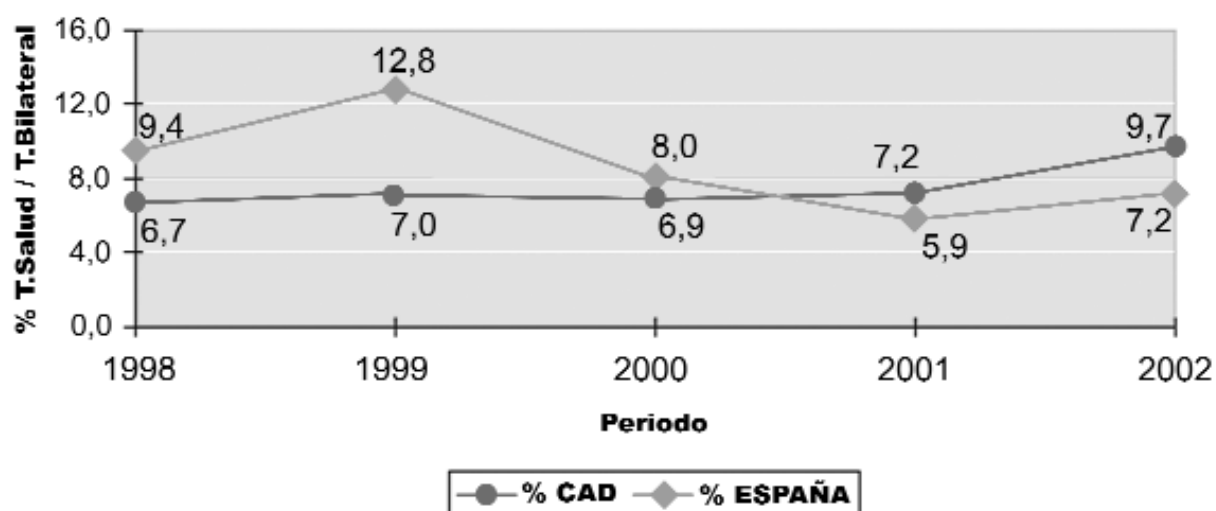
Gráfico 3. 1 **Evolución de la ayuda en salud respecto a la AOD bilateral bruta del CAD (1998-2002)**



Fuente: CRS (CAD/OCDE).

El comportamiento español en este ámbito sigue una tendencia muy distinta a la evidenciada por el CAD. En concreto, la cuota de ayuda bilateral bruta española dedicada al sector de la salud se encuentra por encima de la media del CAD al iniciarse el período objeto de estudio, pero, posteriormente, a partir de 1999, sufre un marcado deterioro hasta situarse perceptiblemente por debajo de la media de los donantes (gráfico 3.2). Como en el conjunto del CAD, en el año 2002 se registra un incremento en la cuota correspondiente al sector de la salud en la cooperación española, pero a pesar de ello se mantiene por debajo del promedio (7,2% frente a 9,7%, respectivamente). Es conveniente señalar que tanto en el crecimiento notable de la ayuda en salud, del año 1999, como en su posterior descenso, tras esa fecha, han tenido un papel clave los créditos FAD. Son las inversiones financiadas con este instrumento de la ayuda reembolsable las que explican el incremento de la cuota dedicada al sector de la salud en la cooperación española, en el final de la década de los noventa: momento en que el peso relativo del sector alcanza sus valores máximos.

Gráfico 3.2 **Evolución AOD bilateral bruta en salud CAD-España 1998-2002**

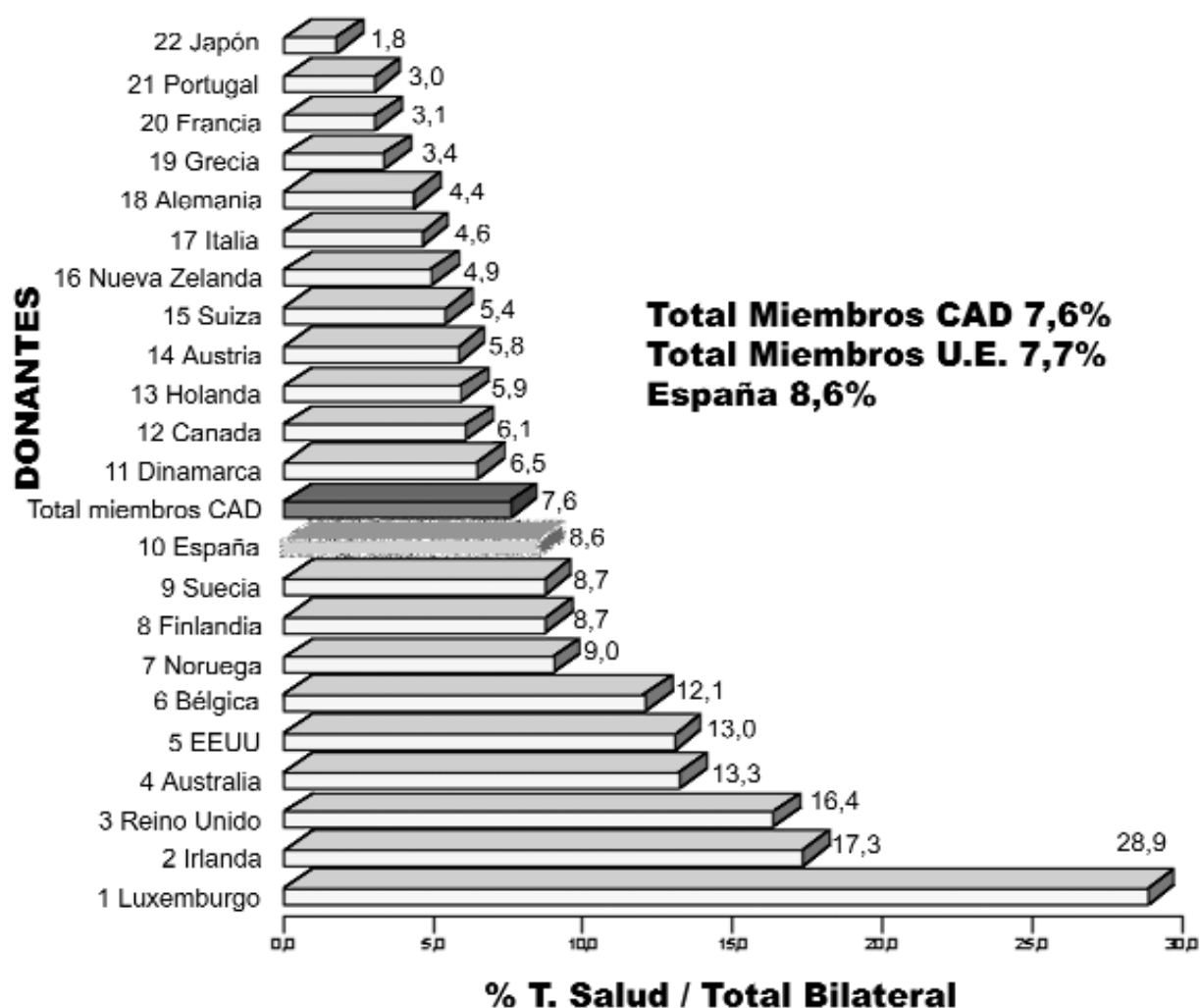


Fuente: CRS (CAD/OCDE)

Si se considera el conjunto del período, la ayuda española en materia de salud no queda mal parada en la comparación internacional, en gran medida debido a las inversiones realizadas en los dos primeros años del período (gráfico 3.3). El donante que encabeza la relación es Luxemburgo, que dedica al sector de la salud cerca del 29% de su ayuda bilateral bruta, durante el período 1998-2002. España, con un 8,6%, se sitúa en el décimo lugar, por encima de la media del

CAD (7,6%) y de la UE (7,7%). No obstante, como se señaló anteriormente, la cuota española no responde a un comportamiento regular y sostenido, sino al peso de ciertas operaciones de ayuda reembolsable en uno de los años del período. En el resto de los donantes, acaso con la excepción de Austria, el recurso a la ayuda reembolsable en el sector de la salud es o inexistente o claramente marginal, pero en España llega a suponer el 50% de la ayuda dedicada al sector.

Gráfico 3. 3 **% AOD bruta en salud sobre el total AOD bilateral bruta 1998-2002**



Fuente: CRS (CAD/OCDE).

El peso de la salud en la cooperación al desarrollo

José Antonio Alonso

Director del Instituto Complutense de Estudios Internacionales

Es difícil precisar la cuota óptima que debiera asignarse a cada uno de los componentes sectoriales de la ayuda al desarrollo. Es más, podría ser contraproducente componer la política de ayuda a partir del agregado de unas cuotas preestablecidas -y absolutamente rígidas- para cada uno de sus ámbitos de trabajo. Más bien, la cooperación debiera tener la capacidad de modular sus contenidos de acuerdo tanto con las necesidades de cada receptor, que no necesariamente son similares, como con las competencias, recursos y activos del donante, que, de nuevo, pueden ser disímiles. Todo ello sugiere la necesidad de una cierta flexibilidad en los contenidos y en la especialización de los diversos sistemas de ayuda.

Ahora bien, si no se adopta con un criterio rígido, puede ser de interés conocer cuál debiera ser la ponderación tentativa de cada uno de los contenidos de la política de ayuda, al objeto de orientar a los gestores. Un ejercicio tanto más conveniente si se tiene en cuenta que la comunidad internacional definió unos compromisos - los Objetivos de Desarrollo del Milenio - que debieran ser cumplidos en plazo fijo y que demandan esfuerzos en ámbitos muy precisos de la agenda del desarrollo. Con ese ánimo, de orientar más que de definir criterios inapelables, se realiza la siguiente estimación.

Una estimación que parte de las principales evaluaciones realizadas acerca del coste que comporta hacer realidad los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Dos son las investigaciones más relevantes que aquí se van a considerar: la realizada en el seno del Banco Mundial por Devarajan, Millar y Swanson (2002) y la que acometió, en el seno de la OMS, la Comisión de Macroeconomía y Salud.

a) Estimación del Banco Mundial

La estimación del Banco Mundial pretende determinar los costes asociados al cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Para ello se procede a través de dos vías. Una primera intenta estimar los costes agregados requeridos para reducir, en 2015, la pobreza y el hambre a la mitad de la existente en 1995. El resultado de esta estimación señala unos costes equivalentes a una horquilla de entre 54 y 62 mil millones de dólares anuales adicionales a los canalizados a través de la ayuda. Esta estimación es próxima a la realizada por

el "Informe Zedillo", que se elaboró con motivo de la Conferencia Intergubernamental de Financiación para el Desarrollo (Conferencia de Monterrey). También en ese caso se estimaba necesario incrementar la ayuda en 50 mil millones de dólares si se quería garantizar el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

Adicionalmente, el estudio utiliza un segundo método de estimación, tomando en cuenta los diversos ámbitos a los que remiten los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Su estimación es la siguiente

- Educación 10-30 mil millones
- Salud.....20-25 mil millones
- Medio Ambiente.....5-21 mil millones
- TOTAL.....35-76 mil millones

La media de esta segunda estimación está cercana a la anterior, señalando los 55 mil millones de dólares como estimación promedio. Por supuesto, los autores advierten acerca del carácter tentativo de la estimación. Especialmente, porque es difícil escindir los costes en cada uno de los ámbitos, habida cuenta de las interrelaciones existentes en todo proceso de desarrollo. No obstante, de acuerdo con esta estimación, el total de la ayuda debiera de situarse en el inmediato futuro (pensemos en 2006) en los 120 mil millones de dólares, de los cuales deberían dedicarse a salud en torno a 28 mil millones de dólares. Esta cifra resulta de sumar la ayuda que actualmente se gasta en salud y la adicional requerida, de acuerdo a la estimación ofrecida. Es decir, debiera dedicarse a salud en torno al 23% de la AOD.

b) Estimación de la Comisión Macroeconomía y Salud

El segundo de los estudios relevantes es el realizado por el equipo de J. Sachs, en el seno de la Comisión Macroeconomía y Salud. En este caso, se trató de estimar el coste de conseguir que la humanidad tenga unos mínimos parámetros de salud garantizados. En concreto, se estima que para que exista un sistema de salud adecuado es necesario invertir, como mínimo, 34 dólares por persona. En estos momentos, en los países menos adelantados (PMA) se gasta en salud, sumando los fondos nacionales y la ayuda recibida, un promedio de 11 dólares por persona: es necesario multiplicar por tres esos recursos. De hecho, si se supone que los gobiernos locales pudieran asumir en el 2007 hasta 15 dólares por persona de gasto en salud, sería necesario que la ayuda cubriese el resto: 19 dólares por persona en cada uno de los PMA.

Los niveles de cobertura son mayores en los países de mayor nivel de renta, requiriéndose, por tanto, menores niveles de apoyo de la cooperación internacional. De tal forma que si se hiciera la estimación para el conjunto de los países, las necesidades sanitarias comportarían una inversión en salud, para 2007, equivalente a los 27.000 mil millones de dólares: una cifra muy próxima a la estimación que se ha derivado del estudio del Banco Mundial. Dado que los cálculos están hechos para el año 2007, esa cifra supondría una cuota cercana al 21% del total de la AOD estimada de ese año.

c) Propuesta

Así pues, tomando en cuenta ambas estimaciones, habría que convenir en que los recursos dedicados a la salud debieran situarse entre el 21% y el 23% de la AOD. En este cálculo se integra tanto la aportación bilateral como la multilateral, dependiendo su distribución del protagonismo que cada una de estas modalidades de ayuda quiera asumir en el ámbito de la salud. Por lo demás, es necesario llamar de nuevo a la cautela acerca de los cálculos ofrecidos, por cuanto se basan en estimaciones tentativas, dirigidas a conocer el orden de magnitud -y no tanto la cifra exacta- del esfuerzo que debe realizar la comunidad internacional.

En todo caso, la estimación realizada garantizaría, al tiempo, el cumplimiento de otro de los compromisos internacionales: dedicar el 20% de la ayuda bilateral distribuible a los sectores sociales básicos. Dado que, en torno al 70% de los gastos en salud caen dentro del capítulo de necesidades básicas, del total de los gastos en salud (supuesto que supongan un 21% de la AOD), el 14,7% de la AOD serían computables como necesidades básicas. Bajo un supuesto de contribución homogénea de la ayuda bilateral y de la multilateral a la salud, ese coeficiente sería suficiente para garantizar que al sumar el resto de los componentes de las necesidades básicas se alcanzase el 20% de la ayuda bilateral.

2. Composición de la ayuda en salud

La descomposición de la ayuda en el sector de la salud en sus grandes componentes subsectoriales permite aproximar el diverso comportamiento de los donantes (cuadro 3.1). En concreto, España concentra buena parte de sus contribuciones en el subsector de "salud básica": la cuota correspondiente a ese subsector (56%) es superior a las medias del CAD (36%) y de la Unión Europea (39%) y a las propias del Reino Unido o de Suecia²². De hecho, España ocupa el tercer lugar entre los donantes por el peso que otorga a este subsector en el total de la ayuda en materia de salud. Al contrario, destaca la baja atención que la cooperación española dedica a los programas de población y salud reproductiva (en adelante "salud reproductiva"), con una cuota (6%) que está muy por detrás de las medias del CAD, de la UE y de los donantes objeto de comparación. Más en concreto, España ocupa el decimoctavo lugar entre los veintidós donantes del CAD por la atención que dedica a este subsector dentro de su ayuda sanitaria. Y, en fin, un comportamiento más próximo a la norma se encuentra en el caso del subsector de "salud general", cuya cuota (38%) es superior a la media del CAD (22%), pero no muy distante de la que presenta la UE (33%).

Cuadro 3. 1 **Distribución AOD bilateral en salud por componentes 1998-2002 (%)**

Subsectores salud	España	CAD	UE	R. Unido	Suecia
Salud general	38	22.1	33.3	21.4	40.2
Salud básica	56.3	36.4	39.1	40.3	19.6
Salud reproductiva	5.7	41.5	27.5	38.3	40.2
Total Salud	100	100	100	100	100
T. Salud / AOD Bilateral	8.5	7.6	7.7	16.7	8.7

Fuente: CRS (CAD/OCDE)

Como se ha visto, en el perfil comparado de la cooperación española destaca, como rasgo singular, el bajo peso atribuido al subsector de "salud reproductiva". Semejante comportamiento parece contradecir:

- En primer lugar, la importancia que para la salud agregada tienen los programas y políticas sobre población y salud reproductiva, especialmente debido a

22. Aunque la elección de países objeto de comparación es discrecional, se optó por el Reino Unido por su experiencia y calidad probada; y por Suecia porque, además de su calidad como donante, su ayuda tiene una dimensión similar a la española

la extensión de las enfermedades de transmisión sexual (incluido el sida).

- En segundo lugar, el hecho de que el binomio materno infantil constituye uno de los sectores más vulnerables de la población, por los elevados riesgos de salud que padecen, por lo que superar esa situación requiere una acción decidida en el ámbito de la salud sexual y reproductiva y en los programas de atención familiar.
- En tercer lugar, que para mejorar las condiciones de vida de los países en desarrollo es conveniente facilitar el descenso de la tasa de fecundidad a través del acceso de la población, especialmente de las mujeres, a programas de planificación familiar y a métodos anticonceptivos, para que la procreación sea más libre y conscientemente decidida.
- En cuarto lugar, que alrededor del 70% de los pobres del mundo son mujeres; y una de las manifestaciones más extremas de la pobreza es la que se refiere a los riesgos de salud que afectan a esas mujeres. Por ello, actuar en el ámbito de la salud sexual y reproductiva comporta no sólo una efectiva ampliación de los derechos de las personas -especialmente de las mujeres-, sino también sentar las bases para una mejora apreciable de sus condiciones de vida.
- Dos de los cuatro Objetivos de Desarrollo del Milenio que aluden directamente a la salud se relacionan con ámbitos en los que operan los programas de población y salud sexual y reproductiva.

En suma, parece que la limitada atención prestada por España al subsector de "salud reproductiva" no sólo difiere del comportamiento internacional, sino también carece de fundamento alguno si se atiende a la importancia de ese ámbito en una estrategia comprometida con la lucha contra la pobreza. De hecho, sólo desde opciones ideológicas de los responsables entonces de la ayuda cabe interpretar el comportamiento seguido por la cooperación española en este ámbito en el más inmediato pasado.

No obstante, hasta ahora el análisis se ha movido en términos excesivamente agregados: por este motivo se ha decidido desagregar el sector salud en las partidas básicas que lo componen, de acuerdo con la nomenclatura que al efecto utiliza el *Creditor Reporting System del CAD* (cuadro 3.2). Semejante información permite interpretar más adecuadamente otro de los rasgos propios de la cooperación española en materia de salud: la elevada cuota que alcanza el subsector de "infraestructura básica". Como se puede comprobar, en este caso, la elevada

cuota de este subsector deriva del peso que en la ayuda española tiene la inversión en infraestructura sanitaria, principalmente debido al recurso a los créditos FAD. De hecho, el peso del resto de las partidas del subsector, especialmente aquellas que tienen más relación con la atención social o la formación del personal sanitario, está por debajo del que presentan el CAD, la UE o los dos donantes objeto de comparación. Es la inversión en infraestructuras, financiada en gran parte por ayuda reembolsable, lo que justifica el peso que la "salud básica" tiene en la ayuda sanitaria española.

En el subsector de "salud general", el grueso de la ayuda española se concentra en la partida de servicios médicos, de nuevo un ámbito en el que se registran

Cuadro 3. 2 **Distribución AOD bilateral bruta en salud entre los distintos subsectores CRS 1998-2002 (%)**

Sectores salud	España	CAD	UE	R.Unido	Suecia
SALUD GENERAL					
12110 Política Sanit. Y Gestión Admtr.	4,3	12,0	20,0	17,3	30,1
12181 Enseñanza y Formación médica	1,2	1,4	1,5	0,5	0,0
12182 Investigación médica	0,2	0,8	1,3	2,4	0,0
12191 Servicios Médicos	32,3	7,3	9,1	1,3	10,1
Total Salud General	38,0	21,4	32,0	21,5	40,2
SALUD BÁSICA					
12220 Atención Sanitaria	15,4	14,3	14,8	15,6	14,5
12230 Infraestructura Básica	31,5	5,9	7,9	1,1	1,6
12240 Nutrición Básica	2,3	2,5	1,6	0,3	0,6
12250 Control de Enfermed. Infec.	3,3	12,1	12,4	20,4	0,1
12281 Educación Sanitaria	2,4	1,2	1,8	2,6	1,5
12282 Formación de personal sanitario	1,5	0,6	0,9	0,0	1,3
Total Salud Básica	56,3	36,6	39,5	40,1	19,6
SALUD S. Y REPRODUCTIVA					
13010 Política sb población y Gestión Ad.	0,1	6,2	0,6	0,3	1,0
13020 Atención en Salud Reproductiva	3,1	6,9	8,0	12,7	21,9
13030 Planificación familiar	0,1	11,4	6,6	9,2	0,0
13040 Lucha contra ETS (incl :SIDA)	2,3	17,5	13,3	16,2	17,3
13081 Formación para poblac. y S.Rep	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0
Total Salud Reproductiva	5,7	42,0	28,5	38,5	40,2
Total SALUD / Total AOD Bilateral	8,6	7,6	7,7	16,4	8,7

Fuente: CRS (CAD/ OCDE)

operaciones de créditos FAD asociados a la financiación de equipos. Por el contrario, apenas dedica atención a los componentes de gasto en política sanitaria y gestión administrativa, que es la partida más relacionada con el fortalecimiento institucional de los sistemas públicos de salud: una partida a la que, sin embargo, prestan mucha mayor atención el resto de los donantes.

Por último, se puede observar que, además de las carencias ya vistas en el subsector de salud sexual y reproductiva, el comportamiento de los diferentes apartados dista mucho de ser equilibrado. Así, mientras la suma de la atención en salud reproductiva y la lucha contra las ETS absorbe buena parte de los escasos recursos destinados a este subsector, no se destina prácticamente nada a la formación, planificación familiar o desarrollo de políticas sobre población.

3. La salud en las necesidades sociales básicas

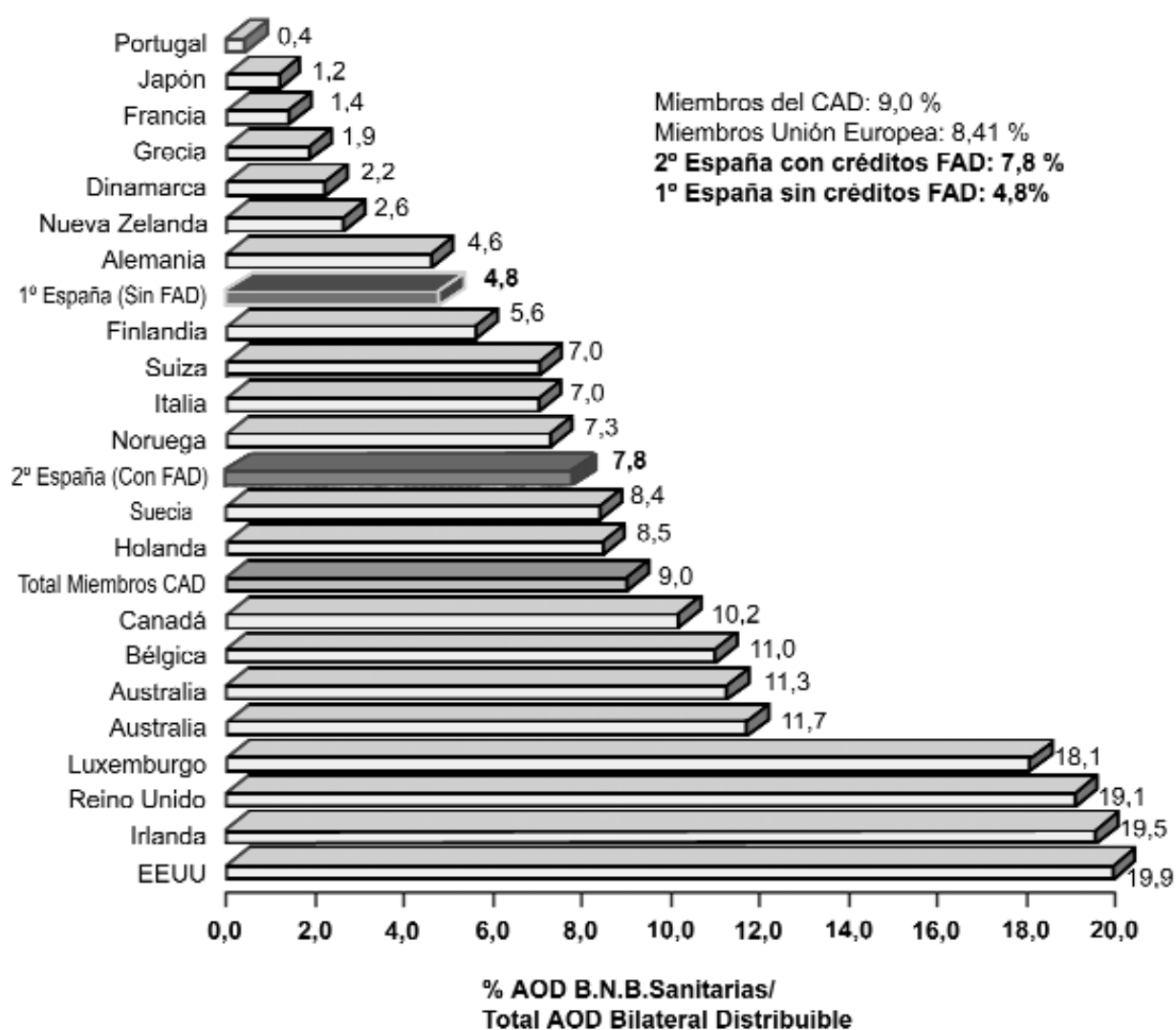
Un aspecto central en el análisis de la composición de la ayuda en salud es conocer qué gastos van destinados a la cobertura de las necesidades sociales básicas: al fin, en ese ámbito existe un acuerdo internacional, suscrito en la Cumbre de Copenhague, de dedicar el 20% de los recursos de la ayuda. Es razonable, por tanto, tratar de medir qué parte de los gastos en necesidades sociales básicas están relacionadas con la salud. Al respecto, puede surgir la idea equivocada de suponer que el subsector "salud básica" recoge adecuadamente ese componente. Realmente, en el concepto de "necesidades sociales básicas" se integra tanto ese subsector como el correspondiente a "salud reproductiva". Incluso, en una concepción más precisa habría que integrar en las necesidades sociales básicas sanitarias una parte de los gastos en sistemas de agua y saneamiento. No obstante, ante la imposibilidad de desagregar ese componente, la estimación se limitará a los dos subsectores antes mencionados.

Pues bien, con las precisiones anteriores, los países que encabezan la relación por el nivel de ayuda que dedican a los sectores sociales básicos sanitarios son EEUU (19,9%), Irlanda (19,5%), el Reino Unido (19,1%) y Luxemburgo (18,1%)²³. En buena medida, estos donantes coinciden con aquellos que mayor atención dedicaban a la salud, en general, dentro de su acción de ayuda. En esta relación España ocupa un lugar intermedio (el undécimo), con un coeficiente del 7,8%, porcentaje que le sitúa por debajo de la Unión Europea (8,4%) y más alejada aún de la media del CAD (9%).

23. Estos países conservan también los primeros puestos para la totalidad de las necesidades básicas sociales, aunque en diferente orden (Luxemburgo 34%, Irlanda 32%, R.Unido 30% y EEUU 24%). España ocupa en este caso el puesto decimotercero con un 17%, frente al 19% del CAD y el 20% de la UE.

No obstante, el puesto que ocupa España puede ser equívoco, si se tiene en cuenta la forma de financiar la ayuda. Existen opiniones que juzgan, con cierto fundamento, que la ayuda a través de créditos FAD no puede computarse como gastos en necesidades sociales básicas. Se entiende que los créditos FAD, por el tipo de operaciones que financian (en general grandes infraestructuras o inversiones en equipamientos) y por la relación a que dan lugar (generando compromisos posteriores de pagos por parte del receptor) no son un instrumento adecuado para la provisión de servicios sociales básicos²⁴. Si se aceptase ese

Gráfico 3. 4 **% destinado a necesidades básicas sanitarias en relación al total AOD bruta bilateral distribuible. Todos los miembros del CAD 1998-2002**



Fuente: CRS (CAD/OCDE)

24. Véase, por ejemplo, La realidad de la ayuda 2003-2004, Intermón Oxfam, Barcelona, 2003.

criterio, el coeficiente español, tras eliminar los créditos FAD, sería del 4,8%, pasando a ocupar el puesto decimoquinto, por debajo de las medias del CAD y de la UE (gráfico 3.4).

El análisis más específico de las partidas que componen las "necesidades sociales básicas sanitarias" confirma los juicios anteriores (cuadro 3.3). En concreto, se observa el elevado peso que en la cooperación española tiene el gasto en infraestructura sanitaria básica (construcción de hospitales regionales, clínicas y dispensarios, así como su equipamiento correspondiente, excluidos hospitales y clínicas especializados), que destaca de manera sobresaliente respecto a la estructura de gastos del resto de los donantes. Pues bien, ese componente se financia en un 63% a través de créditos FAD, que están en un 90% ligados a la venta de productos españoles. De hecho, del total de los miembros del CAD, España es el segundo país después de Austria (96%) por el peso relativo de la ayuda reembolsable dedicada a la financiación de las infraestructuras sanitarias básicas. Ello hace que el porcentaje de financiación reembolsable de los gastos en necesidades sociales básicas en salud por parte de España (38%) sea muy superior a la media del CAD (2%) o de la Unión Europea (6%).

Cuadro 3. 3 **Distribución del peso de los componentes en necesidades básicas en salud 1998-2002 (%)**

Sectores sanitarios de las NBS	España	CAD	UE	R.Unido	Suecia
SALUD BÁSICA					
12220 Atención Sanitaria	24,9	18,2	21,8	19,8	24,2
12230 Infraestructura Básica	50,7	7,5	11,6	1,4	2,6
12240 Nutrición Básica	3,6	3,2	2,4	0,4	1
12250 Control de Enfermed. Infec.	5,3	15,4	18,2	26	0,2
12281 Educación Sanitaria	3,9	1,5	2,7	3,3	2,6
12282 Formación de personal sanitario	2,4	0,7	1,4	0,1	2,1
Total Salud Básica	90,8	46,6	58,1	51,0	32,8
SALUD S. Y REPRODUCTIVA					
13010 Política sb población y Gestión Ad.	0,2	7,9	0,9	0,4	1,7
13020 Atención en Salud Reproductiva	4,9	8,7	11,7	16,1	36,6
13030 Planificación familiar	0,2	14,5	9,6	11,7	x
13040 Lucha contra ETS (incl :SIDA)	3,7	22,3	19,5	20,7	28,9
13081 Formación para poblac. y S.Rep	0,1	0,0	0,1	0	x
Total Salud Reproductiva	9,2	53,4	41,9	49,0	67,2
N.B. Sanitarias / N.B. Sociales	50,7	47,9	42,9	80,1	57,4

Fuente: CRS (CAD/OCDE)

En cuanto a la distribución de los gastos en necesidades básicas sanitarias según el nivel de renta del país receptor, el grueso de los recursos españoles (37%) se dirige hacia los países de renta media-baja, un porcentaje que dobla la cuota que estos países tienen en el seno del CAD (16%) o de la UE (10%). Tras ellos se encuentran los países de renta baja con un 28% y, con una cuota relativamente similar, los países menos adelantados (con un 27%). La cuota de gastos en necesidades básicas sanitarias que destina España a estos últimos países es relativamente semejante al promedio del CAD, aunque cuatro puntos por debajo del correspondiente a la UE.

4. Distribución geográfica de la ayuda

En principio, si la ayuda quiere comportarse como un instrumento redistributivo, dirigido a combatir la pobreza, debiera orientar prioritariamente sus recursos hacia aquellos países con mayores niveles de carencias. A este criterio responde el acuerdo internacional de dedicar, como mínimo, de entre el 0,15% y el 0,20% del PNB de los donantes, en forma de ayuda al desarrollo, a los países menos adelantados (PMA). Conviene, pues, conocer si la ayuda española en el ámbito de la salud cumple con los criterios de progresividad que se le debiera suponer.

Cuadro 3. 4 **Distribución según nivel de renta: AOD bilateral bruta en salud 1998-2002 (%)**

Países según nivel de renta	España	CAD	UE	R.Unido	Suecia
Países Menos Adelantados	22,3	28,6	33,7	21,3	31,0
P. Renta Baja	34,0	23,7	31,5	41,9	17,6
P. Renta Media-Baja	36,3	18,2	12,2	6,8	9,9
P. Renta Media-Alta	3,2	1,6	2,2	1,5	0,7
P.V.D. de Renta No Especificada	4,2	28,0	20,4	28,5	40,8
Total Países según nivel de renta	100	100	100	100	100

Fuente: CRS (CAD/OCDE)

El análisis de los datos confirma la concentración de la ayuda sanitaria española en los países de renta media-baja, a los que destina el 36% de sus recursos (cuadro 3.4). Esa cuota es muy superior a la que la media de los donantes del CAD (18%) o de la Unión Europea (12%) dedican a este grupo de países y está muy por encima igualmente de la correspondiente a los dos donantes, Reino Unido y Suecia, objeto de comparación. Y, al contrario, es relativamente baja la cuota que España dedica a los países menos adelantados (22%), por detrás de la que estos países tienen en el seno del CAD (29%) y de la UE (34%). En todo caso, las comparaciones deben realizarse con cautela, habida cuenta del importante volumen de ayuda que el resto de los donantes objeto de comparación dedican a países de nivel de renta no especificada²⁵. Si se descontase ese componente de la comparación, la baja dedicación de la ayuda española a los países menos adelantados sería todavía más acusada.

Por lo que se refiere a la distribución de la ayuda por regiones, de nuevo la presencia de una partida importante de ayuda dedicada a "región sin especificar" complica las comparaciones. Con esa salvedad, la ayuda sanitaria española del período parece concentrada sobre tres regiones: América Latina, hacia donde va el 33% de los recursos, África Subsahariana, que capta el 30%, y el Extremo Oriente, al que se destina el 23% de los fondos (cuadro 3.5). Desde el punto de vista comparado, el peso que España otorga a África Subsahariana está sólo ligeramente por debajo del que, como media, esa región tiene en la ayuda del CAD (33%) o de la UE (42%). Es muy diferente, sin embargo, el contenido de la ayuda dedicado a esa región, destacándose, de nuevo, la escasa atención que la cooperación española presta a los programas relacionados con la población y la salud sexual y reproductiva.

Resulta más destacable, sin embargo, el peso que en la cooperación española adquieren las regiones de América Latina, Norte de África y Extremo Oriente. El primer caso no hace sino confirmar lo que constituye uno de los rasgos más característicos de la cooperación española: su marcada preferencia por América Latina. De hecho, la cuota de ayuda sanitaria que España dedica a esa región multiplica por más de tres la correspondiente al promedio del CAD y por cuatro la propia de la UE. También resulta razonable que la cooperación española dedique al norte de África una cuota de la ayuda sanitaria superior a la del resto de los donantes: al fin, el norte de África es una de las regiones prioritarias de la

25. Todos los países de la OCDE tienen un capítulo de países sin clasificar. Las razones para la existencia de ese apartado son varias y no siempre suficientemente conocidas. Por ejemplo, en algunos casos son problemas estadísticos (inadecuada información), en otros son la consecuencia de programas regionales (no atribuibles a ningún país en concreto).

cooperación española. Más sorprendente es, sin embargo, la elevada cuota que adquiere la región de Extremo Oriente, habida cuenta que no constituye una región en la que tradicionalmente opere la cooperación española. Para entender su peso en el total de la ayuda de nuevo hay que recurrir al peso adquirido por los créditos FAD en la ayuda sanitaria. Porque son esos créditos, asignados con notable autonomía respecto a la definición de prioridades geográficas de la ayuda, los que en buena medida determinan el peso adquirido por esa región en la cooperación sanitaria española en el período.

Cuadro 3. 5 **Distribución regional: AOD bilateral bruta salud 1998-2002 (%)**

Región	España	CAD	UE	R.Unido	Suecia
África – Norte Sáhara-	4,3	2,4	1,0	0,0	0,2
África - Sur Sáhara-	30,2	33,2	42,5	36,0	28,2
África Sin Especificar	0,2	1,5	1,1	1,1	6,7
Extremo Oriente	23,0	10,0	10,8	6,4	8,0
Centro y Sur Asia	2,7	13,1	15,3	24,5	10,6
Oriente Medio	2,5	2,2	1,7	0,6	3,1
Asia Sin Especificar	0,0	0,6	0,3	0,3	0,5
Norte y Centro América	18,7	5,9	3,9	1,2	10,8
Sur de América	14,3	4,4	4,3	2,7	1,2
América Sin Especificar	1,4	0,5	0,4	0,4	0,5
Europa	1,3	1,7	1,7	0,7	2,6
Oceanía	0,0	2,1	0,2	0,2	0,0
Región Sin Especificar	1,3	22,2	16,8	26,0	27,7
Total Regiones	100	100	100	100	100

Fuente: CRS (CAD/OCDE)

El análisis de los diez principales receptores confirma los juicios emitidos sobre la distribución regional de la ayuda (cuadro 3.6). La relación la encabezan Indonesia y Uganda, que no forman parte de la relación de países prioritarios de la ayuda española, pero que, no obstante, fueron receptores de sendas líneas de financiación con cargo a los créditos FAD. Lo que confirma, en primer lugar, la autonomía con la que se adjudican los recursos de ese instrumento, con muy poca sujeción a las prioridades regionales de la ayuda; y, en segundo lugar, la

distorsión que puede generar ese instrumento en la planificación de la ayuda sanitaria, al operar con autonomía respecto al resto de los instrumentos de cooperación. Más allá de estos juicios, cabe concluir la limitada capacidad que la cooperación española muestra para convertir en criterios operativos su definición de países prioritarios: un aspecto ya señalado por la última evaluación que el CAD realizó sobre la cooperación española. De hecho, de los diez principales receptores, hasta tres países no forman parte de la relación de prioritarios de la cooperación española.

Cuadro 3. 6 **Principales receptores de AOD bilateral bruta en salud 1998-2002 (Millones \$)**

España		CAD		UE	
Indonesia	63,67	India	585	India	552
Uganda	26,59	Tanzania	448	Tanzania	329
R. Dominicana	25,31	China	356	Bangladesh	274
Bolivia	22,28	Bangladesh	315	Nigeria	259
China	20,78	Indonesia	301	China	255
Mozambique	18,96	Mozambique	301	Mozambique	227
Filipinas	18,70	Nigeria	283	Indonesia	221
Honduras	17,90	Kenya	226	Kenya	195
Paraguay	17,50	Nueva Guinea	214	Zambia	182
Ghana	13,97	Zambia	213	Ghana	182

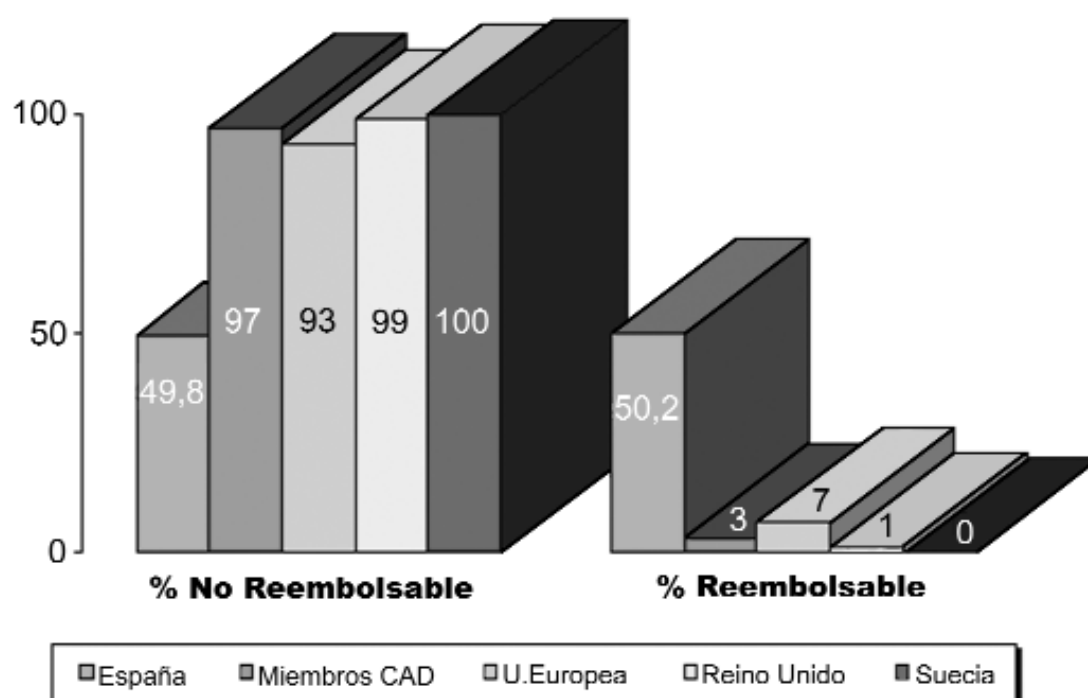
Fuente: CRS (CAD/OCDE)

5. Instrumentación de la ayuda

Dada la importancia que la cooperación reembolsable tiene en la configuración de la ayuda española en materia de salud, conviene analizar este aspecto de forma comparada. Pues bien, sólo ocho donantes utilizan la ayuda reembolsable como instrumento de cooperación en el ámbito de la salud. En esa relación, España ocupa un lugar preferente por la cuota atribuible a ese instrumento. En efecto, la cuota que representa la ayuda reembolsable en el total de la ayuda sanitaria española (50%) supera muy holgadamente la correspondiente a ese instrumento tanto en el CAD (3%), la UE (7%) o los donantes bilaterales objeto de comparación, Reino Unido (1%) o Suecia que carece de ayuda reembolsable (gráfico 3.5). Así pues, se está aludiendo a un instrumento claramente marginal

en el comportamiento de buena parte de los donantes. No así en el caso español, donde la cooperación reembolsable ha desempeñado un papel crucial en la política de ayuda en materia de salud. De hecho, el sector de la salud se ha convertido en uno de los ámbitos preferentes de actividad de los créditos FAD: hacia ese sector ha ido el 13% de la ayuda reembolsable agregada del período, una cuota que sólo es superada por Austria (con un 31%).

Gráfico 3. 5 **Distribución AOD bilateral bruta en salud según instrumentos 1998-2002**



Fuente: CRS (CAD/ OCDE)

No obstante, debe señalarse que en los últimos años se aprecia un cierto descenso en el peso de esta modalidad de ayuda. De hecho, el peso de la ayuda reembolsable en el sector salud en el año 2002 se sitúa en el 27%²⁶, relativamente por debajo de la media del período. En este descenso del peso de los créditos FAD han influido muy diversos factores, pero muy especialmente las dificultades que para los gestores españoles tiene la colocación de nuevos

26. Posiblemente este porcentaje responda a un error de los datos suministrados por el CRS (CAD-OCDE), puesto que según el Seguimiento PACI existe una partida de más de 33 millones de euros destinada a salud básica, que sin embargo no aparece en las estadísticas que ofrece el CRS. Si se considerase esa partida la cuota se elevaría al 35%.

créditos en un entorno internacional con mercados de capital más abiertos y accesibles para muchos países en desarrollo.

El peso de la ayuda reembolsable varía de acuerdo con el subsector que se considere (cuadro 3.7). Así, en términos relativos la ayuda reembolsable adquiere su máxima relevancia en el caso del subsector "salud general", aportando cerca del 70% de los recursos destinados a ese fin. También es elevada la cuota (42%) de la ayuda reembolsable en el subsector de "salud básica", debido principalmente a las inversiones en infraestructuras. Por el contrario, apenas tiene relevancia la ayuda reembolsable en el caso del subsector de "salud reproductiva", acaso porque es más difícil encontrar operaciones en este caso que sean manejables para los créditos FAD.

Cuadro 3. 7 **Instrumentación de la AOD bilateral bruta en salud según componentes 1998-2002 (%)**

Donantes Sector	No reembolsable			Reembolsable		
	España	CAD	UE	España	CAD	UE
Salud General	31	93	90	69	7	10
Salud Básica	58	95	91	42	4	9
S. Sexual y Reproductiva	95	100	100	5	0	0
T. Salud	49.8	96.7	92.8	50.2	3.3	7.2

Fuente: CRS (CAD/OCDE)

Es importante también conocer el grado de vinculación de la ayuda reembolsable española. Como es sabido, existe una posición contraria al recurso a la ayuda ligada entre buena parte de los analistas, que es compartida por algunos donantes. A través de la vinculación de la ayuda se limita la libertad del receptor, que se ve obligado a emplear los recursos en la adquisición de los bienes y servicios exportados por el donante. De este modo, se invierte la lógica de la ayuda, que aparece inducida más por el interés del donante que por las necesidades del receptor; se limita la competencia en los mercados de provisión de la ayuda y se encarecen los recursos de la ayuda. De hecho, las estimaciones más solventes hablan de sobrepuestos que se mueven entre el 15% y el 25% en el caso de la ayuda ligada. Estas son las razones que animan a alguno de los donantes a proponer en el seno del CAD la eliminación progresiva de este tipo de ayuda: una decisión que ya ha sido tomada en el caso de la cooperación con los países menos adelantados (PMA).

En el caso español los datos confirman el elevado nivel de vinculación de la ayuda reembolsable española. De hecho, el grado de vinculación de la ayuda reembolsable ha sido para el total del sector salud de un 92%, por encima de la media del CAD (86%) y de la UE (88%). Dado que el peso de la ayuda reembolsable es mayor también en el caso de la ayuda española, el resultado es una cooperación altamente ligada. El grado de vinculación es, además, superior en todos los subsectores de la salud: salud general (88% CAD, 99% España), salud básica (87% CAD, 90% España) y salud sexual y reproductiva (19% CAD, 100% España).

Como cabía esperar, varía el peso de la ayuda reembolsable de acuerdo con el destino geográfico de la ayuda. En principio, cuanto más pobre y necesitado sea el país receptor, menos pertinente es utilizar los créditos como forma de financiar la ayuda. Este criterio se cumple aceptablemente en el caso de la cooperación agregada del CAD o de la UE, pero no así en el de España (cuadro 3.8). En concreto, la cuota más elevada de la cooperación reembolsable en el total de la ayuda sanitaria corresponde a los países de renta baja, con una tasa cercana al 81%; le siguen los países menos adelantados, con una tasa del 40%. Por el contrario, es más baja la cuota de ayuda reembolsable en el caso de los países de renta media. Así pues, España parece contradecir el criterio de pobreza a la hora de asignar su ayuda reembolsable en materia de salud.

Cuadro 3. 8 **Instrumentación de la AOD bilateral bruta en salud según nivel de renta del país receptor: 1998-2002 (%)**

Donantes	No reembolsable			Reembolsable			
	Países según renta	España	CAD	UE	España	CAD	UE
P. Menos Adelantados		59,9	99,1	98,2	40,1	0,9	1,8
P. Renta Baja		19,3	91,0	84,9	80,7	9,0	15,1
P. R. Media-Baja		63,5	96,0	88,2	36,5	4,0	11,8
P. R. Media-Alta		82,5	89,0	82,5	17,5	11,0	17,5
P. Renta Sin Especificar		100,0	100,0	100,0	0,0	0,0	0,0
Total 1998-2002		49,8	96,7	92,8	50,2	3,3	7,2

Fuente: CRS (CAD/OCDE)

De forma más precisa, es sobresaliente el peso que la ayuda reembolsable tiene en el caso de la ayuda destinada a los PMA en el ámbito de las necesidades sociales básicas. En concreto, han sido precisamente los países más pobres a los que se ha dirigido los mayores porcentajes de ayuda reembolsable en los dos subsectores que conforman las necesidades básicas sanitarias (40% y 72%, respectivamente).

Finalmente, conviene considerar también el peso de la cooperación reembolsable en la ayuda sanitaria dirigida a las diversas regiones (cuadro 3.9). Pues bien, es en el caso de la ayuda dirigida al Extremo Oriente (como ya se adelantó anteriormente) y a África Subsahariana en las que la cooperación reembolsable alcanza una cuota mayor (del 89% y del 52%, respectivamente). Llama la atención que la ayuda dirigida a África, la región con niveles de pobreza más altos, reciba la ayuda sanitaria española a través de un instrumento generador de deuda. Semejante comportamiento no encuentra parangón en la actitud del resto de los donantes, que otorgan de forma dominante (con cuotas superiores al 95%) su ayuda en forma de cooperación no reembolsable. Por último, también es elevado, aunque con cuotas menores (de entorno al 37%), el peso de la cooperación reembolsable en la ayuda sanitaria dirigida a América Latina.

Cuadro 3. 9 **Instrumentación regional de la AOD bilateral bruta en salud 1998-2002 (%)**

Donantes Regiones	No reembolsable			Reembolsable		
	España	CAD	UE	España	CAD	UE
Norte de África	100,0	100,0	100,0	0,0	0,0	0,0
África Subsahariana	47,9	97,9	96,0	52,1	2,1	4,0
África Sin Especificar	100,0	100,0	100,0	0,0	0,0	0,0
Extremo Oriente	11,1	82,3	63,0	88,9	17,7	37,0
Centro y Sur Asia	61,6	98,7	99,0	38,4	1,3	1,0
Oriente Medio	74,2	98,2	95,0	25,8	1,8	5,0
Asia Sin Especificar	x	100,0	99,0	x	0,0	1,0
Norte y Centro América	64,1	96,2	97,0	35,9	3,8	13,0
Sur de América	61,9	90,8	79,0	38,1	9,2	21,0
América Sin Especificar	100,0	100,0	100,0	0,0	0,0	0,0
Europa	100,0	100,0	100,0	0,0	0,0	0,0
Oceanía	x	100,0	100,0	x	0,0	0,0
Región Sin Especificar	100,0	100,0	100,0	0,0	0,0	0,0
Total Regiones	49,8	96,7	93,0	50,2	3,3	7,0

Fuente: CRS (CAD/CRS)

El caso de África Subsahariana representa el ejemplo más notable de esta perversa utilización por parte española de la ayuda reembolsable. De los dieciocho países a los que España ha destinado su ayuda reembolsable en materia de salud, siete de ellos pertenecen a África Subsahariana: Uganda, Ghana, Senegal, Kenya, Costa de Marfil, Mauritania y Mozambique, todos ellos países que pertenecen al colectivo de PMA y que acumulan una importante carga de deuda externa.

Finalmente, de la comparativa del listado de los diez principales países receptores de ayuda reembolsable confirma los anteriores juicios (cuadros 3.10 y 3.11). Entre ellos destaca Indonesia y Uganda, países que aparecían entre los principales receptores de ayuda española en materia de salud en el período. Si se extiende el análisis al total de los dieciocho países a los que la cooperación española ha destinado su ayuda reembolsable en salud, se constata que en trece de ellos (6 de África: Uganda, Senegal, Kenya, Costa de Marfil, Mozambique, Mauritania; 5 de América: Honduras, República Dominicana, Paraguay, Bolivia, Panamá; 1 de Oriente Medio: Palestina y 1 de Europa Oriental: Uzbekistán) España es la única

Cuadro 3. 10 **Principales receptores de AOD bilateral bruta reembolsable en salud 1998-2002 (%)**

España		CAD		UE	
Indonesia	62,6	Indonesia	168	Indonesia	168
Uganda	24,5	China	73	China	73
China	19,8	Ghana	33	Ghana	33
R. Dominicana	17,4	Uganda	24,5	Uganda	24,5
Paraguay	15,7	Argentina	24	Argentina	24
Ghana	13,5	R. Dominicana	17,4	R. Dominicana	17,4
Honduras	11	Filipinas	17	Filipinas	17
Filipinas	10,9	Paraguay	15,74	Paraguay	15,74
Senegal	10,1	Perú	13	Perú	13
Kenya	9,8	Vietnam	13	Vietnam	13

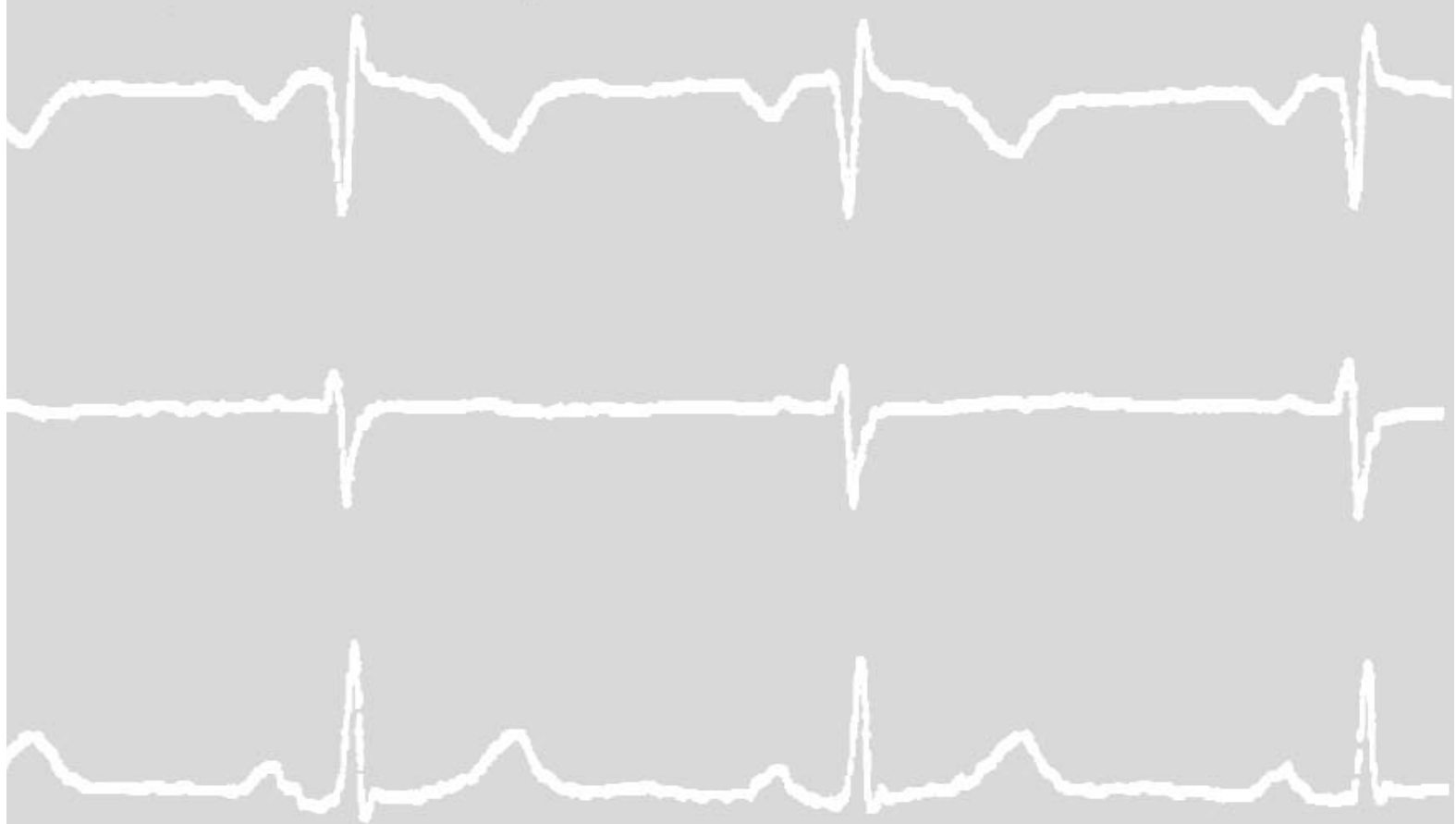
Fuente: CRS (CAD/OCDE)

gestora de este tipo de ayuda, no haciéndolo ningún otro donante del CAD ni de la UE. Por su parte, entre los principales receptores de ayuda no reembolsable figuran Mozambique, Marruecos, Bolivia o Guinea Ecuatorial. En este caso se aprecia una mayor correspondencia entre principales receptores y países prioritarios de la cooperación española. Lo que revela que el principal problema deriva del modo de asignación de la ayuda reembolsable.

Cuadro 3. 11 **Principales receptores de AOD bilateral bruta no reembolsable en salud 1998-2002 (%)**

España		CAD		UE	
Mozambique	16,84	India	582	India	548
Marruecos	12,86	Tanzania	448	Tanzania	329
Bolivia	12,76	Bangladesh	315	Bangladesh	274
G. Ecuatorial	12,47	Mozambique	299	Nigeria	259
Perú	11,34	Nigeria	283.5	Mozambique	225
Cuba	10,58	China	282.8	Kenya	185
Nicaragua	9,11	Kenya	216	Zambia	182
Guatemala	8,86	Nueva Guinea	214	China	181
R. Dominicana	7,86	Zambia	213	Malawi	149
Filipinas	7,73	Malawi	196	Ghana	149

Fuente: CRS (CAD/OCDE)



La cooperación española en salud, 2003

Introducción

La *Ley 23/1998 de Cooperación Internacional para el Desarrollo* identifica en su artículo 1 la lucha contra la pobreza, en todas sus manifestaciones, como el objetivo central al que referir el conjunto de los esfuerzos en materia de ayuda. Al tiempo, en su artículo 7, al definir las prioridades sectoriales, declara como uno de los ámbitos del trabajo preferente de la cooperación española los "servicios sociales básicos, con especial incidencia en salud, saneamiento, educación, obtención de seguridad alimentaria y formación de recursos humanos".

El *Plan Director de la Cooperación Española 2001-2004* define las necesidades sociales básicas como uno de los ámbitos sectoriales prioritarios para la ayuda. Dentro de este amplio sector se integran como áreas de trabajo específicas las referidas a la promoción de la salud básica y los programas relacionados con la población y la salud reproductiva, así como la lucha contra enfermedades de transmisión sexual. Cinco años más tarde de la elaboración de la ley de cooperación, se aprueba la *Estrategia de la cooperación española en salud*, dándose cumplimiento al mandato recogido en la ley. El propósito de tal estrategia, según señala el propio documento, es "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, 2003).

Pese a que disponer de un marco general de actuación constituye un indudable paso adelante, lo cierto es que el documento elaborado está muy lejos de constituir una estrategia, en su sentido estricto. Se señalan prioridades genéricas, pero se carece de objetivos precisos de gestión, de metas que puedan ser evaluables, de identificación de los instrumentos deseables y de compromisos presupuestarios que determinen, con anticipación, los recursos a los que se compromete la Administración española. En este sentido, y tal como sucede con otros documentos análogos de la cooperación española, se ha optado por una planificación poco exigente de la ayuda, más próxima a una declaración de intenciones que a una guía efectiva para orientar la acción.

Aún así, las prioridades definidas pueden constituir un aceptable punto de partida para iniciar un trabajo más ambicioso en esta nueva etapa que se abre para la cooperación española. Al tiempo, el hecho de que en la elaboración de la estrategia haya participado el Ministerio de Sanidad y Consumo constituye un punto de partida acertado, en la medida en que facilita una mayor coherencia de la política de cooperación para el desarrollo en el seno de la Administración y propicia la más directa implicación de las capacidades técnicas disponibles al servicio de una más adecuada definición de la política de ayuda.

En esta línea cabría mencionar el desarrollo, un año después de aprobada la estrategia en materia de salud, de un programa de cooperación al desarrollo en salud para África, conocido como el Programa VITA. Promovido desde la Agencia Española de Cooperación Internacional, en su elaboración participaron activamente el Ministerio de Sanidad y Consumo y los Ministerios de Economía y Ciencia y Tecnología. También se ha llamado a la participación, si bien con menor protagonismo en el diseño del programa, a las comunidades autónomas y a ciertas ONGD especializadas en el ámbito de la salud (Recuadro 4.1).

Como se mencionó en *La salud en la cooperación al desarrollo y la acción humanitaria. Informe 2003*, el Programa VITA se presenta con un doble objetivo: por una parte, mejorar las condiciones de vida de las poblaciones africanas facilitando su acceso a sistemas de salud de calidad; por otra parte, lograr una mayor coordinación entre los diferentes actores españoles de la cooperación para el desarrollo en el ámbito de actuación del programa. Los sectores preferentes de actuación que define el programa son: la salud materno-infantil; la lucha contra enfermedades transmisibles y tropicales, con especial atención al VIH/SIDA, tuberculosis y malaria; la promoción de la salud básica y el fortalecimiento de los sistemas nacionales de salud. En cuanto a las prioridades geográficas, se toman como tales las propias de la cooperación española, definidas en el Plan Director, dejando abierta la posibilidad de actuación en otros países, probablemente porque no siempre coinciden las prioridades de la cooperación española con las propias de las comunidades autónomas participantes en el programa²⁷.

Sin duda, una de las principales aportaciones del Programa VITA deriva de su intento de coordinar esfuerzos en el seno de la Administración central y autonómica, implicando también a organizaciones de la sociedad civil. Este esfuerzo de coordinación tiene pocos precedentes en el seno de la cooperación española y

27. Distintas CCAA lo han incluido ya en su convocatoria de solicitud de subvenciones. En concreto, distintas comunidades autónomas recogen en el apartado correspondiente a la cooperación directa que "se potenciará la colaboración y coordinación con la AECI y el resto de entidades participantes en los programas Azahar y VITA"

debe ser saludado con tonos positivos. No obstante, permanecen algunas sombras en el diseño del programa que conviene considerar. Tres son las que cabe subrayar aquí: en primer lugar, la limitada consistencia existente entre los procesos de formulación de la estrategia de cooperación en materia de salud, por una parte, y del Programa VITA, por la otra, cuando lo razonable hubiese sido que este segundo fuese un desarrollo previsto -una derivación, si se quiere- de la estrategia; en segundo lugar, la formulación del programa opta, de nuevo, por eludir compromisos precisos, tanto en términos de objetivos como de recursos disponibles, lo cual dificultará el seguimiento y posterior evaluación de su ejecutoria; en tercer lugar, hubiese sido conveniente un proceso más abierto y participado de diseño de la estrategia y no sólo de implicación posterior en lo decidido. No obstante y, a pesar de sus limitaciones, el Programa VITA constituye una iniciativa de interés, a la que conviene dar seguimiento.

Recuadro 4. 1

El Programa VITA

A principios de 2004 se presentó oficialmente el Programa VITA. Este programa de cooperación al desarrollo en salud para África, impulsado por la Agencia Española de Cooperación Internacional, hasta la fecha ha sido suscrito por los Ministerios de Sanidad y Consumo, Economía y Ciencia y Tecnología, y por catorce comunidades autónomas. El propósito del programa es "obtener la máxima coordinación y complementariedad de las actuaciones que llevan a cabo todos los actores de la cooperación española para el desarrollo en el sector de la salud en África". A través del programa se pretende contribuir en la lucha contra la pobreza de los países africanos a través de una política de cooperación en salud más eficiente y sostenible. Como primera experiencia en este sentido, está resultando muy interesante el que las administraciones públicas en España encuentren espacios comunes en los que puedan coordinar sus iniciativas en materia de cooperación sanitaria. En estos primeros meses el programa ha demostrado ser un buen instrumento de coordinación entre las diferentes administraciones nacionales y autonómicas implicadas en el ámbito de la cooperación al desarrollo. De hecho, en las bases de convocatoria para la subvención de proyectos de cooperación internacional de algunas de las comunidades autónomas que han apoyado el programa, ya se hace referencia explícita a los ámbitos de actuación del VITA. También se ha promovido desde este programa la formación en aspectos tan importantes como la maternidad sin riesgo, enfermería, enfermedades olvidadas, etc.

Si bien es cierto que el Programa VITA recoge entre sus ámbitos de actuación los cuatro componentes fundamentales para impulsar la mejora de la salud en África (salud maternal e infantil; lucha contra las enfermedades transmisibles y tropicales, con especial atención al VIH/sida, malaria y tuberculosis; servicios de salud básica; y fortalecimiento de los sistemas nacionales de salud), consideramos que en la redacción del mismo faltan elementos fundamentales que ayudarían a alcanzar sus objetivos. Por ejemplo, hay que ser cuidadosos cuando se habla de realizar transferencia de tecnología y conocimientos técnicos del sistema nacional de salud. Es necesario implementar procesos que adecuen esa transferencia a los distintos contextos en los diferentes países receptores de este tipo de ayuda. Si no se hace así, se puede generar una dependencia que limite las capacidades de desarrollo de los países socios.

El Programa VITA carece de objetivos a corto, medio y largo plazo. Lo que en primera instancia podría resultar demasiado ambicioso para un documento de estas características es, en realidad, un obstáculo fundamental en el proceso de evaluación de su impacto. En su documento *"Better Health for Poor People"*, el Departamento de Desarrollo Internacional (DFID) del Gobierno británico reconoce que, como parte de la comunidad internacional, el DFID tiene que apoyar la consecución de los principales retos de la cooperación sanitaria. Pero para evaluar este compromiso, primero establece hasta seis indicadores objetivamente verificables y, luego, se compromete internacionalmente a apoyar y mejorar las capacidades para evaluar de acuerdo a esos indicadores. Obviamente, si un programa como el VITA pretende convertirse en una estrategia sectorial eficaz y además desea implicarse en la evaluación de su impacto, necesariamente debe establecer un compromiso presupuestario, aunque sea orientativo, con las acciones de cooperación sanitaria en África. Debe fijar, además, los indicadores adecuados para poder establecer el seguimiento y evaluación del programa.

Otros criterios fundamentales que no aparecen reflejados en el Programa VITA son las herramientas o instrumentos que se emplearán en la consecución de su objetivo general. No se hace referencia alguna a si en la búsqueda de la mejora de las condiciones de vida de las poblaciones africanas se optará por la financiación de programas bilaterales, el apoyo a organismos internacionales, la participación en acciones regionales o las subvenciones a organizaciones no gubernamentales, ni qué peso tiene cada una de estas herramientas en el programa. Es probable que este compromiso y otros muchos tengan que recogerse en los futuros planes país que esperamos desarrolle la cooperación española. Sin embargo, habría sido interesante incluir este proceso en la redacción del programa.

En realidad, lo que no recoge el Programa VITA son las lecciones aprendidas en la cooperación al desarrollo en salud en África. De haberse realizado un ejercicio exhaustivo y exigente de evaluación de las acciones ya emprendidas por la cooperación española en este sector y en este ámbito geográfico, se podría haber formulado un programa más concreto, objetivo y alcanzable.

En cuanto a la coordinación y los mecanismos para conseguirla, se apunta a la constitución de un comité para tal efecto. Sin embargo, hay dos actores fundamentales que no aparecen reflejados en el programa: los Estados beneficiarios y las ONGD especializadas en cooperación sanitaria. En cuanto a los primeros, el programa no hace referencia explícita a los mecanismos de participación de los gobiernos africanos en la definición de acciones, iniciativas o estrategias de intervención y evaluación. En lo que respecta a las ONGD especializadas, se debería haber recogido en la redacción del programa los espacios compartidos y los dispositivos específicos que promuevan la colaboración entre las administraciones públicas y estas organizaciones.

A modo de conclusión, el Programa VITA, como instrumento de coordinación de la comunidad donante en España, puede resultar muy positivo y eficaz en un futuro cercano. No obstante, si, además de la coordinación, el programa VITA busca la mejora efectiva de la salud en África, tiene un largo camino que recorrer y debe desarrollar una extensa batería de normas, planes y herramientas para tal efecto. De no hacerlo en el futuro más inmediato, no dejará de ser una voluntariosa declaración de intenciones con limitada capacidad de impacto sobre la salud del continente africano.

1. Una visión global

La Ayuda Oficial al Desarrollo destinada al sector de la salud en 2003 ha ascendido a 131,8 millones de euros, lo que ha supuesto un incremento del 21% respecto a la ayuda canalizada el año precedente. En realidad, semejante crecimiento se debe al comportamiento expansivo de la cooperación multilateral, en virtud de la aportación española al Fondo Global de Lucha contra el Sida, la Malaria y la Tuberculosis, dado que la cooperación bilateral -reembolsable y no reembolsable- disminuye en el año (cuadro 4.1). Como consecuencia, la ayuda en el sector salud ha alcanzado el 6.9% del total de la AOD, lo que supone un ligero aumento porcentual frente al año anterior (5.5%, en 2002).

De acuerdo con los grandes componentes de la cooperación, el 71% de los recursos dirigidos al sector de la salud, en 2003, se gestionaron como ayuda bilateral - 46% de tipo no reembolsable y el 25% adicional reembolsable -, restando un 29% que se canalizó como ayuda multilateral. Respecto a la tradición de la cooperación española, destaca en este último año, como ya se ha señalado, el peso alcanzado por la cooperación multilateral, que multiplica por cuatro la canalizada en el año precedente.

Cuadro 4. 1 **Evolución AOD destinada al sector salud según el tipo de AOD, (2002-2003, en miles de euros y %)**

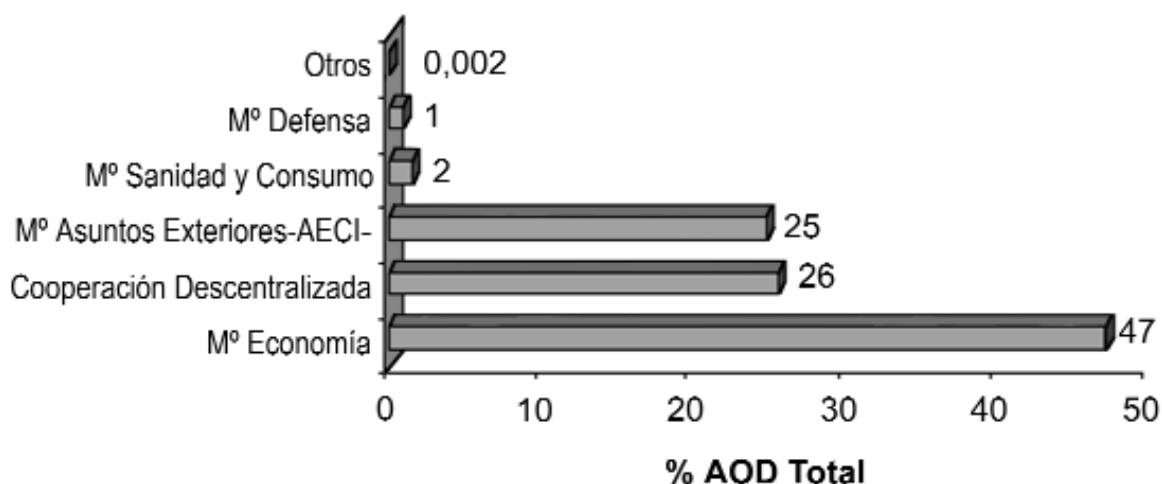
Tipo de AOD	2002	%	2003	%	Variación 2003/2002
Ayuda Bilateral No Reembolsable	64.950	59,4	61.056	46,3	-6
Ayuda Bilateral Reembolsable	35.295	32,3	32.369	24,6	-8
Ayuda Multilateral	9.075	8,3	38.396	29,1	323
Total AOD en Salud	109.321	100,0	131.823	100,0	21

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la OPE (Listado Proyectos y Cuotas, 2002 y 2003)

Por instituciones, cabe destacar el peso que adquiere el Ministerio de Economía en la financiación de la ayuda en salud, en gran medida como consecuencia de su aportación al Fondo Global y del peso de los créditos FAD. En conjunto, ambas aportaciones hacen que ese ministerio contribuya con el 47% de los recursos agregados (gráfico 4.1 y cuadro 4.2). La segunda institución por la magnitud de su aportación económica es el Ministerio de Asuntos Exteriores y Cooperación, que aporta el 25% del total de los fondos. Equiparado con este último ministerio está el agregado de gobiernos autonómicos y corporaciones locales, la llamada cooperación descentralizada, que aporta, en conjunto, el 26% del total de ayuda. En una cooperación de carácter especializado, como la referida al sector de la salud, llama la atención el bajo peso que tiene el Ministerio de Sanidad entre el conjunto de instituciones financiadoras: apenas el 2% del total.

Gráfico 4. 1

Distribución total AOD actores financiadores España 2003



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la OPE (Listado Proyectos, 2003)

Cuadro 4. 2

Distribución total AOD en salud, España 2003

Total AOD	Tipo AOD	Instrumentos	Actor financiador	Millones €	% T. AOD
Total AOD Salud 131.823.379 100 %	AOD Bilateral 93.426.485 71 %	No Reembolsable 61.056.583 46 %	AECI -Cooperación Directa- Ministerio Asuntos Exteriores	10.545.162	8.0
			AECI-ONGD Ministerio Asuntos Exteriores	14.433.926	10.9
			Cooperación Descentralizada	33.755.461	25.6
			Ministerio de Defensa	1.055.852	0.8
			Ministerio Sanidad y Consumo	1.263.982	1.0
			Otros	2.200	0.0
			Reembolsable 32.369.902 25 %	Ministerio Economía -FAD-	32.369.902
	AOD Multilateral 38.396.894 29 %	Ministerio Economía	29.942.681	23	
		Ministerio Asuntos Exteriores	7.739.535	5.9	
		Ministerio Sanidad y Consumo	714.678	0.5	

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la OPE (Listado Proyectos, 2003)

2. La ayuda multilateral

Como ayuda multilateral se computan todas las aportaciones que con carácter obligatorio o voluntario las administraciones públicas españolas realizan a las distintas instancias internacionales que llevan a cabo actividades de cooperación al desarrollo. El CAD determina qué organismos, qué cuota y en qué proporción los recursos aportados se computan como Ayuda Oficial al Desarrollo.

Desde el punto de vista de un donante en particular es difícil conocer las aportaciones multilaterales que se destinan al sector de la salud, dado que, en muchas ocasiones, se trata de cuotas agregadas que se destinan a organismos (como la UE, el Banco Mundial o el PNUD) que operan en múltiples campos de forma simultánea. Por este motivo, se considerará aquí como cooperación multilateral en el sector, únicamente, las aportaciones a aquellos organismos que de forma especializada trabajan en el ámbito de la salud. Esto supone, en la generalidad de los casos, que el grueso de las aportaciones multilaterales en este sector se correspondan con aportaciones a organismos internacionales no financieros. No es así en el año 2003, en virtud de la aportación que España realiza al Fondo Global de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria (GFATM), cercana a los 30 millones de euros, dado que es un fondo gestionado por el Banco Mundial. De este modo, la aportación a los organismos financieros pasa a suponer el 78% del total de la ayuda multilateral de 2003, restando un 22% para las contribuciones a los organismos no financieros (cuadro 4.3). De hecho, la aportación a este último tipo de organismos ha disminuido en el año en un 7%.

La contribución al Fondo Global (GFATM) responde al compromiso asumido por España para el periodo 2003-2004. La aportación realizada supone más del 17% del total de la ayuda española dedicada a los organismos financieros internacionales. Por lo demás, la aportación se realiza con cargo a los créditos FAD (aunque en este caso no comporte reembolso), de modo que es el Ministerio de Economía el que gestiona la contribución, siendo el Banco Mundial la institución encargada de la gestión financiera del Fondo. Esta distribución de competencias puede no ser la más acorde para un Fondo cuya misión precisa se despliega en el ámbito sanitario y de la ayuda al desarrollo. No parece que sea el Ministerio de Economía el que esté en mejores condiciones para dar seguimiento a este tipo de actividades, lo que sugiere la conveniencia de un mayor protagonismo del Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación y del Ministerio de Sanidad y Consumo en la gestión y seguimiento de las aportaciones españolas.

Cuando se creó el Fondo, se advirtió de la necesidad de que las aportaciones fuesen complementarias (y no sustitutivas) a las previamente dedicadas al sector de la salud²⁸. No cabe decir que la aportación española al Fondo haya sido sustitutiva de aportaciones previas, pero resulta preocupante que la aportación a organismos internacionales no financieros especializados en la salud haya decrecido en el año. Un comportamiento tanto más preocupante cuanto las aportaciones a este tipo de organismos apenas supera la modesta cuota del 17% del total de las contribuciones multilaterales²⁹.

El análisis de los organismos que financian la cooperación multilateral en materia de salud confirma los juicios previos (cuadro 4.3). En concreto, en el año 2003 destaca la aportación del Ministerio de Economía, con un 78% del peso de la AOD multilateral; al Ministerio de Asuntos Exteriores le corresponde el 20%, (disminuyendo su peso respecto al año anterior en once puntos porcentuales), quedando un marginal 2% para el Ministerio de Sanidad y Consumo que, a pesar de contar con el menor de los porcentajes, ha incrementado sus aportaciones con respecto al año anterior en un 109%.

Como ya se ha señalado, la aportación del Ministerio de Economía ha ido dirigida de forma especializada al Fondo Global de Lucha con el Sida, la Malaria y la Tuberculosis. Por su parte, las aportaciones del Ministerio de Asuntos Exteriores se dirigieron principalmente a la OMS, ONUSIDA y a un fondo fiduciario de Naciones Unidas en materia de población. Finalmente, las aportaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo, todas ellas de magnitud menor, fueron a financiar diversos programas específicos de la OMS, la OPS y la OCDE.

28. Así se expresa en la Declaración conjunta de 31 de mayo de 2001 del Consejo y de la Comisión, en la Resolución del Parlamento Europeo de 4 de octubre de 2001, y en la Resolución de 1 de noviembre de 2001 de la Asamblea Parlamentaria Paritaria ACPUE. Dado en el desarrollo de la consideración décimo séptima del Reglamento (CE) N° 1568/2003 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 15 de julio de 2003, relativo a la ayuda para la lucha contra las enfermedades relacionadas con la pobreza (VIH/sida, tuberculosis y malaria) en los países en desarrollo.

29. No es de extrañar entonces, que en una entrevista reciente, el Director General del Programa de Naciones Unidas para el VIH/SIDA (ONUSIDA) Peter Piot preguntado sobre si España está haciendo lo suficiente, contestara: "Sinceramente, España podría hacer más. Ha entrado en el club de los países ricos y ello supone que debe asumir más compromisos" (El País, de 11 de julio de 2004).

Cuadro 4. 3

Distribución AOD multilateral destinada a salud, España 2003

Tipo De Institución Receptora	Actor financiador	Institución Receptora	AOD €	% Total AOD Multilateral en Salud	Tipo de cuota ³⁰
Instituciones Financieras	Ministerio de Economía				
	Subdirección General de Instituciones Financieras Multilaterales	Fondo Salud (Fondo Global lucha contra el Sida, la Malaria y la Tuberculosis) del Banco Mundial	29.942.681	78,0	V
		Total M° Economía	29.942.681	78,0	
Instituciones No Financieras	Ministerio de Asuntos Exteriores				
	Subdirección General de Naciones Unidas	Organización Mundial de la Salud (OMS)	6.884.535	17,9	O
		Organización Mundial de la Salud (ONUSIDA)	300.000	0,8	V
		Fondo Fiduciario de las NNUU para los Sistemas de Información en Materia de Población	555.000	1,4	V
		Total M° Asuntos Exteriores	7.739.535	20,2	
	Ministerio de Sanidad y Consumo				
	Subdirección General de Relaciones Internacionales	OMS - Programa Especial de Investigación y Formación sobre Enfermedades Tropicales	64.252	0,2	V
		Organización Cooperación y Desarrollo Económicos (Asistencia Técnica - OCDE)	66.400	0,2	V
		Organización Mundial de la Salud (OMS)	91.797	0,2	O
		Unión Internacional contra la Tuberculosis y las Enfermedades Respiratorias (UICT)	16.327	0,0	O
	OMS - Programa Especial de Salud Materno-Infantil	20.000	0,1	V	
	Federación Internacional de Hospitales	24.090	0,1	V	
	OMS - Apoyo al Programa Global de Control de la Malaria	12.712	0,0	V	

30. Los tipos de cuotas pueden ser:

V = Voluntarias (contribuciones voluntarias) , o bien O = Obligatorias (cuotas obligatorias).

Cuadro 4. 3

Distribución AOD multilateral destinada a salud, España 2003

Tipo De Institución Receptora	Actor financiador	Institución Receptora	AOD €	% Total AOD Multilateral en Salud	Tipo de cuota ³⁰
		OMS - Programa para la Revisión del Acuerdo de Alma-Ata de Atención Primaria de Salud	220.000	0,6	V
	Instituto de Salud Carlos III	Organización Panamericana de la Salud (OPS)	45.000	0,1	V
		World Health Organization	54.100	0,1	V
		Organización Panamericana de la Salud (OPS)	100.000	0,3	V
		Total Mº Sanidad y Consumo	714.678	1,9	
		Total AOD Multilateral en Salud	38.396.894	100	

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la OPE (Listado de Cuotas, 2003)

3. La ayuda bilateral: composición sectorial

El año 2003 presenta limitados cambios respecto a años precedentes en la ayuda bilateral española en materia de salud. En concreto, se canalizaron como ayuda bilateral en salud un total de 93 millones de euros, lo que supuso el 7,8% del total de la AOD bilateral bruta: una cuota algo más baja que la que presenta este tipo de ayuda, como media, en el CAD en 2002 (9,7%). En términos agregados, la ayuda desciende un 6,8% respecto a la manejada el año anterior: la caída se produce tanto en la ayuda reembolsable como en la no reembolsable (cuadro 4.4)

Cuadro 4. 4 **Evolución de la AOD bilateral en salud**

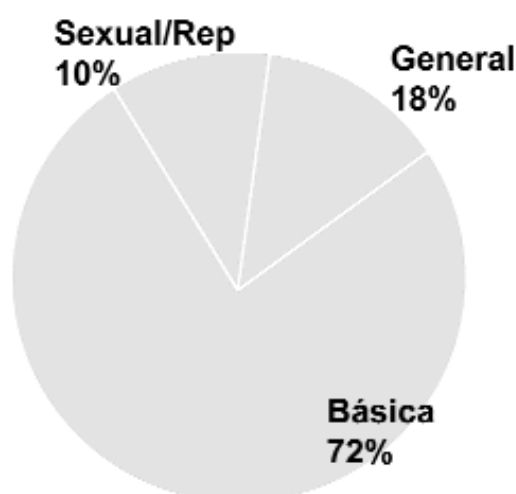
Años	TOTAL SALUD	Variación	No Reembolsable	Variación	Reembolsable	Variación
2001	101.570.310		48.099.485		53.470.825	
2002	100.245.908	-1,30	64.950.378	35,03	35.295.530	-33,99
2003	93.426.485	-6,80	61.056.583	-6,00	32.369.902	-8,29

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la OPE (Listado Proyectos, 2001-2003)

Por lo que se refiere a la distribución sectorial de la ayuda bilateral sanitaria, los datos de 2003 confirman la importancia del subsector de "salud básica", que concentra el 72% de los recursos; le sigue el subsector de "salud general", con el 18%; finalmente, para el subsector de "salud reproductiva" queda un margen menor, equivalente al 10% de los fondos (gráfico 4.2). De nuevo es necesario insistir en lo anómalo de la baja atención que la cooperación española presta a este último subsector, no obstante su importancia crucial para la mejora de los parámetros de salud de los países más pobres y afectados por el sida. Un comportamiento que, es necesario reiterarlo, no se corresponde con el mostrado por el resto de los donantes.

Gráfico 4. 2 **AOD bilateral, 2003 - Distribución sectorial del total salud**

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la OPE (Listado Proyectos, 2003)



La información más desagregada de la composición sectorial de la ayuda, de acuerdo con la nomenclatura CRS, permite añadir precisiones al análisis (cuadro 4.5). Como en años anteriores, los gastos en infraestructura básica constituyen la partida más relevante (42%) de los gastos en el sector de la salud. Le sigue en importancia la partida relacionada con la atención sanitaria, que concentra en torno al 15% de la ayuda sanitaria. Son estas dos partidas las que explican el peso dominante que tiene el subsector de "salud básica" en el total de la ayuda bilateral. A las dos partidas mencionadas, le sigue el gasto en servicios médicos, que concentra el 11% de la ayuda. Frente a la relevancia de estas partidas, llama la atención el bajo peso que en la ayuda española tienen los gastos relacionados con la política sanitaria y de gestión administrativa, que es uno de los componente más directamente relacionados con el fortalecimiento institucional de los sistemas públicos de salud: una partida a la que, sin embargo, prestan mucha más atención el resto de los donantes. Igualmente bajos son la mayor parte de las partidas que componen el subsector de "salud reproductiva", incluidas las relacionadas con la gestión de la política sobre población, los programas de planificación familiar o aquellos otros vinculados a la lucha contra las enfermedades de transmisión sexual.

**Distribución de la AOD bilateral según componentes
CRS, España 2001-2003**

	2001 (€)	2001 (%)	2002 (€)	2002 (%)	2003 (€)	2003 (%)
SALUD GENERAL						
Política Sanitaria y Gestión Administr.	3.129.066	3,0	5.209.762	5,0	4.821.732	5,0
Enseñanza y Formación médica	658.354	1,0	1.020.236	1,0	1.309.554	1,0
Investigación médica	X	X	830.756	1,0	846.855	1,0
Servicios Médicos	13.918.662	14,0	9.480.690	9,0	10.173.844	11,0
Total Salud General	17.706.082	17,4	16.541.445	16,5	17.151.985	18,4
SALUD BÁSICA						
Atención Sanitaria	11.552.501	11,0	15.902.285	16,0	14.051.538	15,0
Infraestructura Básica	55.641.452	55,0	46.888.723	47,0	38.884.632	42,0
Nutrición Básica	1.715.945	2,0	4.065.166	4,0	3.550.712	4,0
Control de Enfermedades Infecciosas	3.792.674	4,0	2.402.533	2,0	5.385.343	6,0
Educación Sanitaria	2.177.625	2,0	1.807.604	2,0	1.609.520	2,0
Formación de personal sanitario	1.577.782	2,0	1.906.700	2,0	3.316.732	4,0
Total Salud Básica	76.457.980	75,3	72.973.011	72,8	66.798.477	71,1
SALUD S. Y REPRODUCTIVA						
Política sb población y Gestión Adm.	24.040	0,0	0	X	127.311	0,1
Atención en Salud Reproductiva	4.363.395	4,0	4.561.959	5,0	4.579.391	5,0
Planificación familiar	18.012	0,0	132.051	0,1	0	x
Lucha contra ETS (incl :SIDA)	2.835.873	3,0	5.899.646	6,0	4.736.750	5,0
Formación para población. y S.Reprd.	164.928	0,2	137.797	0,1	32.571	0,0
Total Salud Reproductiva	7.406.248	7,3	10.731.452	10,7	9.476.023	10,1
TOTAL SALUD	101.570.310	100,0	100.245.908	100,0	93.426.485	100,0

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la OPE (Listado Proyectos, 2001-2003)

4. La ayuda sanitaria en las necesidades sociales básicas

Como se ha visto en el capítulo previo, la ayuda sanitaria española dedicada a necesidades sociales básicas se encuentra por debajo de la media internacional, sea del CAD, sea de la UE. En el año 2003 se produce un descenso en el volumen de ayuda no reembolsable dedicado a este tipo de actividades (cuadro 4.6), lo que hace caer el peso de las actividades relacionadas con la salud en el total de los gastos en necesidades básicas, que si era cercano al 47% en 2002, desciende al 41% en 2003. Similar descenso se produce si en los gastos en necesidades básicas se contase no sólo la ayuda no reembolsable, sino también la canalizada a través de créditos FAD. En ese caso, los componentes de salud pasan de ser el 49% al 45% del total de necesidades básicas, entre 2002 y 2003.

Cuadro 4.6 **Variación del sector salud en las NSB* 2002/2001. AOD bilateral no reembolsable (euros)**

Sectores	2002	2003	Variación 02/03
AOD Sectores Salud de las NSB	50.555.921	47.859.381	-5
AOD Resto Sectores de las NSB	57.839.854	69.818.604	21
AOD Total de las NSB	108.395.775	117.677.985	9

*NSB: Necesidades Sociales Básicas

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la OPE (Listado Proyectos, 2001-2003)

Semejante descenso no se aprecia, sin embargo, en la cuota que suponen las necesidades básicas y las correspondientes a salud en el total de ayuda bilateral distribuible, en gran medida porque esta última experimentó un retroceso en el año. Así, si se considera sólo la ayuda no reembolsable, la cuota correspondiente a las necesidades básicas sería del 13,1% del total de la ayuda bilateral distribuible: una proporción que se encuentra muy por detrás del compromiso acordado en Copenhague. Esa misma cuota referida a los gastos en necesidades básicas en salud alcanzaría el 5,3%, levemente por debajo de la correspondiente a 2002. Si se considerase la ayuda reembolsable y no reembolsable, esas cuotas subirían al 19 y al 8,5%, respectivamente.

El análisis más desagregado de los diversos componentes del gasto sanitario en necesidades sociales básicas permite profundizar en la interpretación (cuadro 4.7). Pues bien, el subsector que concentra los gastos en necesidades básicas es el correspondiente a "salud básica", que aporta, en 2003, cerca del 80% del total de recursos no reembolsables en el ámbito de la salud. Como en otros años del período, los gastos en atención sanitaria básica y en infraestructura componen las partidas más importantes dentro de este sector. Y, al contrario, destaca por su muy bajo peso la cuota de gastos dedicados a los programas de "salud sexual y reproductiva", que apenas suponen el 20% del total de recursos canalizados como gastos sanitarios en necesidades sociales básicas no reembolsables en el año.

Llama la atención el hecho de que la intensidad de ayuda dedicada a las necesidades básicas sanitarias parece no estar acorde con las necesidades de los países, inferidas a partir de sus niveles de renta respectivos. Así, si la cuota media de gastos sanitarios en el total de las necesidades básicas era, en 2003, del 41%, esa cuota se eleva al 55% en el caso de los países de renta media-alta y, en cambio, desciende al 35% en el caso de los países de renta media-baja, situándose en el 40% en los países de renta baja.

Cuadro 4. 7

Ayuda en necesidades sociales básicas en España, 2003 (miles de euros y %)

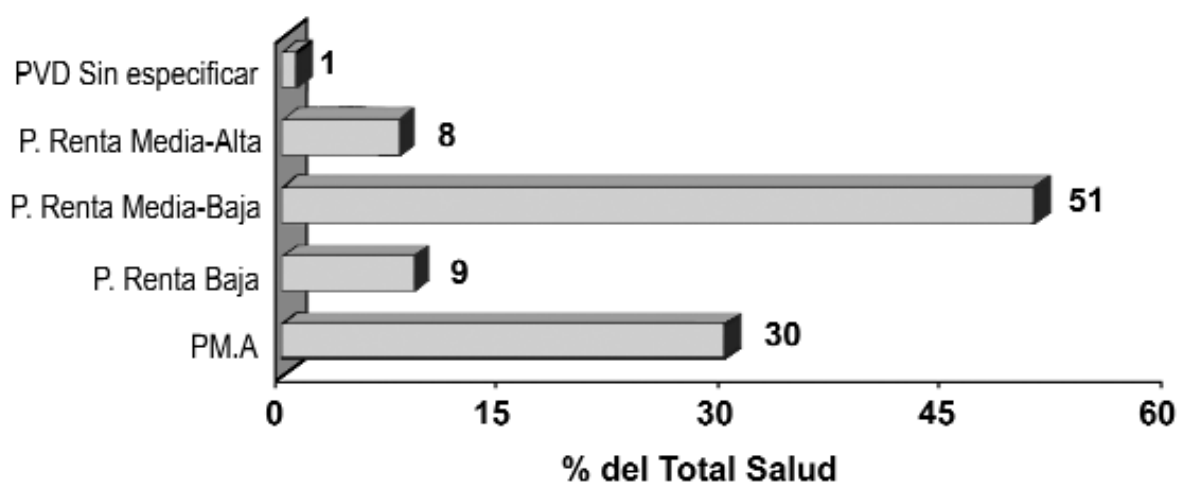
	TOTAL	%	NO R	%	R	%
SALUD BÁSICA						
12220 Atención Sanitaria	14.051,5	8,2	14.051,5	11,9	0	0,0
12230 Infraestructura Básica	38.884,6	22,8	10.469,5	8,9	28.415,1	53,5
12240 Nutrición Básica	3.550,7	2,1	3.550,7	3,0	0	0,0
12250 Control de Enfermed. Infec.	5.385,3	3,2	5.385,3	4,6	0	0,0
12281 Educación Sanitaria	1.609,5	0,9	1.609,5	1,4	0	0,0
12282 Formación de personal sanitario	3.316,7	1,9	3.316,7	2,8	0	0,0
Total Salud Básica	66.798,4	39,1	38.383,3	32,6	28.415,1	53,5
SALUD S. Y REPRODUCTIVA						
13010 Política sobre población y Gestión Administrativa	127,3	0,1	127,3	0,1	0	0,0
13020 Atención en Salud Reproductiva	4.579,3	2,7	4.579,3	3,9	0	0,0
13030 Planificación familiar	0	0,0	0	0,0	0	0,0
13040 Lucha contra ETS (incl :SIDA)	4.736,7	2,8	4.736,7	4,0	0	0,0
13081 Formación para poblac. y S.Rep	32,5	0,0	32,5	0,0	0	0,0
Total Salud Reproductiva	9.476,0	5,5	9.476,0	8,1	0	0,0
TOTAL N.B.SANITARIAS	76.274,5	44,7	47.859,3	40,7	28.415,1	53,5
OTROS						
Abastecimiento y depura. Agua Sist.grandes	25.763,4	15,1	1.051,9	0,9	24.711,5	46,5
Abastecimiento y depura. Agua Sist. Men.	10.584,4	6,2	10.584,4	9,0	0	0,0
Total Abastecimiento y Agua	36.347,9	21,3	11.636,3	9,9	24.711,5	46,5
Educación						
Educación primaria	16.985,5	9,9	16.985,5	14,4	0	0,0
Capacitación básica de jóvenes y adultos	7.930,8	4,6	7.930,8	6,7	0	0,0
Educación primaria infancia	1.114,2	0,7	1.114,2	0,9	0	0,0
Total Educación Básica	26.030,6	15,2	26.030,6	22,1	0	0,0
Multisectorial						
Total Ayuda Multisectorial	32.151,5	18,8	32.151,5	27,3	0	0,0
TOTAL OTROS	94.530,1	55,3	69.818,6	59,3	24.711,5	46,5
TOTAL N.S.B.	170.804,6	100,0	117.677,9	100,0	53.126,6	100,0
AOD bilateral distribuible	895.855,2					
% AOD distribuible en NSB (reembolsable y no reembolsable)	19					
% AOD distribuible en NSB (sólo no reembolsable)	13,1					
% AOD distribuible en NSB en salud (reembolsable y no reembolsable)	8,5					
% AOD distribuible en NSB en salud (sólo no reembolsable)	5,3					

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la OPE (Listado Proyectos, 2001-2003)

5. Distribución geográfica de la ayuda bilateral

La distribución de la ayuda sanitaria en 2003 confirma, acaso con más intensidad, el sesgo que la cooperación española tradicionalmente ha mostrado a favor de los países de renta media. A ellos se dirige el 59% del total de los recursos (gráfico 4.3). Dentro de este agregado es especialmente relevante el peso que adquieren los países de renta media-baja (51% de los recursos), principales protagonistas de la ayuda española. Sigue siendo muy baja, sin embargo, la cuota correspondiente tanto a los países menos adelantados (el 30% del total) como, especialmente, de los otros países de bajos ingresos, que apenas concentran el 9% de los recursos. La mera observación del perfil distributivo de la ayuda plantea la urgente necesidad de revisar los criterios de asignación de la cooperación española, de modo que los países más pobres adquieran mayor relevancia en la captación de recursos. Especialmente si se quiere que la ayuda tenga una orientación más decidida y consecuente al combate de la pobreza.

Gráfico 4.3 **Distribución AOD bilateral en salud según renta del país receptor 2003**



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la OPE (Listado Proyectos, 2003)

No existen diferencias significativas, sin embargo, en la distribución geográfica de la ayuda entre los diversos subsectores (cuadro 4.8). Para todos los grupos de países, con la irrelevante excepción de los países de renta media-alta, el subsector de "salud básica" es el que concentra el grueso de los recursos; en todos, también, el subsector de "salud reproductiva" ocupa la posición más marginal.

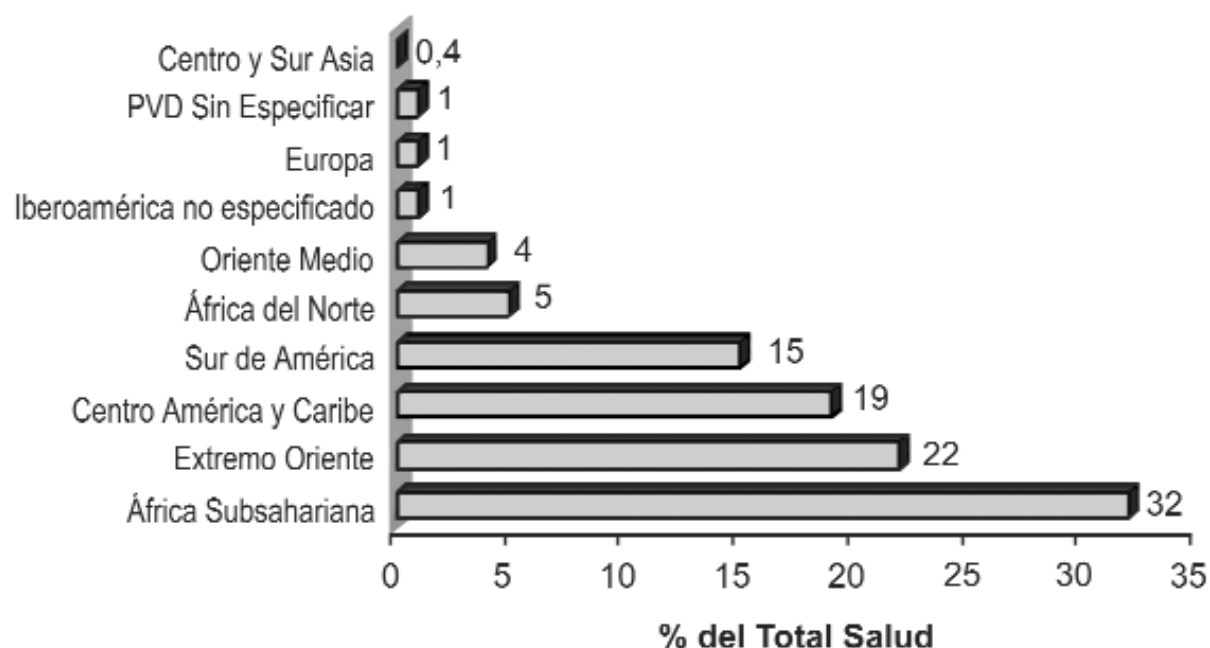
Cuadro 4. 8 **Distribución AOD bilateral según el nivel de renta del país receptor 2003**

Países Según Renta	S. General	S. Básica	S. Reprod	Total Salud
PMA	19	34	29	30
P. Renta Baja	10	8	14	9
P. Renta Media-Baja	45	52	52	51
P. Renta Media-Alta	26	4	5	8
PVD Sin Especificar	x	1	x	1
Total Salud	100	100	100	100

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la OPE (Listado Proyectos, 2003)

Tampoco varía de forma perceptible la distribución de la ayuda sanitaria de 2003 de acuerdo con las diversas regiones geográficas. América Latina, África Subsahariana y el Extremo Oriente siguen siendo las tres regiones que concentran el grueso de la ayuda (gráfico 4.4). Dentro de esta estructura, quizá quepa destacar la mayor cuota que adquiere África Subsahariana, que llega al 32% de los recursos; América Latina desciende algo en su peso relativo, concentrando el 34% de la ayuda, y hacia el Extremo Oriente se dirige el 22% de los fondos.

Gráfico 4. 4 **Distribución regional AOD bilateral del total salud, España 2003**



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la OPE (Listado Proyectos, 2003)

La estructura por subsectores de la ayuda en salud varía de acuerdo con la región que se considere, pero en todas ellas el componente de "salud básica" ocupa el lugar dominante (cuadro 4.9). En concreto, el peso de este subsector es especialmente destacable en el caso de la ayuda dirigida a Extremo Oriente, centro y sur de Asia y Europa. El subsector de "salud reproductiva" únicamente adquiere cierta relevancia en la ayuda dirigida al norte de África. En los casos de la ayuda dirigida a América Latina, la distribución es relativamente más equilibrada, con una mayor presencia de los gastos dirigidos al subsector de "salud general". Como se verá más adelante, la composición de la ayuda está muy estrechamente relacionada con su modo de financiación, siendo mayor el peso de la "salud básica" -especialmente, a través de la inversión en infraestructuras-, allí donde la ayuda se financia con créditos FAD.

Cuadro 4. 9 **Distribución regional por sectores en salud de la AOD bilateral, España 2003**

Distribución Regional	S. General	S. Básica	S. Reprod	Total Salud
África del Norte	2,3	4,4	16,6	5,2
África Subsahariana	20,0	33,5	44,1	32,1
Extremo Oriente	12,5	27,4	1,5	22,0
Centro y Sur Asia	x	0,6	x	0,4
Oriente Medio	4,7	4,0	0,6	3,8
Centro América y Caribe	36,1	14,1	21,9	18,9
Sur de América	22,4	12,8	12,4	14,5
Iberoamérica no especificado	1,9	0,5	x	0,7
Europa	x	2,0	x	1,4
PVD Sin Especificar	0,2	0,7	2,8	0,9
Total Salud	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la OPE (Listado Proyectos, 2003)

El análisis de los principales receptores del total de la ayuda en salud confirma alguno de los juicios formulados en los párrafos precedentes (cuadro 4.10). De los diez países principales receptores, siete de ellos tienen la consideración de prioritarios para la cooperación española, uno no la tiene (Uganda), otro aparece en el Plan Director como país de "mención particular" (Cuba) y, finalmente, el último (Panamá), no es prioritario, aunque aparece seleccionado como receptor en el

Plan Anual 2003 de la cooperación española. Esta misma descripción confirma, una vez más, la limitada capacidad que la cooperación española tiene para convertir la definición de prioridades en criterios operativos de asignación de los recursos. Por otra parte, de los diez sólo dos pertenecen a la categoría de menos adelantados, uno más se encuentra en el estrato de países de baja renta, perteneciendo los siete restantes al grupo de los países de renta media.

Cuadro 4. 10 **Principales países receptores de AOD bilateral en salud, España 2003**

Nivel de Renta	País	Millones €	% Reembol	% No Reemb.
PMA	Uganda	11.317.804	98,4	1,6
R. Media-Baja	Filipinas	9.968.315	68,7	31,3
R. Media-Baja	China	6.494.895	93,3	6,7
PMA	Mozambique	5.332.371	16,8	83,2
R. Media-Baja	Bolivia	4.928.189	7,7	92,3
R. Media-Baja	Marruecos	3.939.884	0	100
R. Media-Baja	Cuba	3.552.728	0	100
R. Baja	Vietnam	3.287.538	77,4	22,6
R. Media-Baja	Perú	3.252.411	0	100
R. Media-Alta	Panamá	3.208.333	96,1	3,9

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la OPE (Listado Proyectos, 2003)

6. Instrumentación de la ayuda

La instrumentación de la ayuda bilateral en salud en el año 2003 reproduce la estructura propia del año precedente, con un 65% de ayuda no reembolsable y un 35% de ayuda reembolsable (cuadro 4.1.1). Este último componente sigue siendo, por tanto, una parte básica del gasto que España realiza en materia de cooperación bilateral en salud. Se da, además, la circunstancia de que, en 2003, se eleva al 100% el porcentaje de ayuda ligada, dentro de la cooperación reembolsable.

Cuadro 4. 11

Evolución de la instrumentación AOD bilateral en salud, España 2001-2003

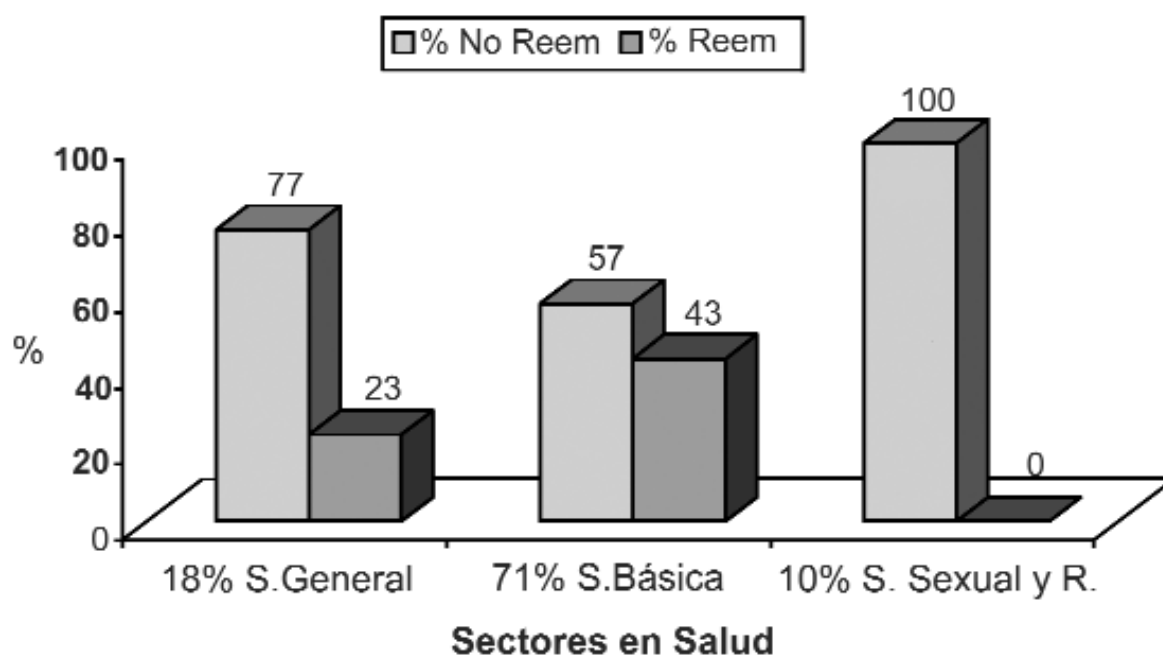
Años	% No Reemb.	% Reembol	Total Salud
2001	47	53	100
2002	65	35	100
2003	65	35	100
2001-2003	59	41	100

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la OPE (Listado Proyectos, 2003)

Si se atiende a los diversos subsectores, se confirma de nuevo en 2003 que es el subsector de "salud básica", preferentemente a través de las inversiones en infraestructura, el que concentra el grueso de la ayuda reembolsable. De hecho, en ese subsector el peso relativo de la ayuda reembolsable llega al 43%: una cuota muy superior a la que esa modalidad de ayuda tiene en los subsectores de "salud general" y "salud reproductiva" (gráfico 4.5). En el caso de la "salud general" el recurso a la ayuda reembolsable se hace, preferentemente, en la partida correspondiente a servicios médicos.

Gráfico 4. 5

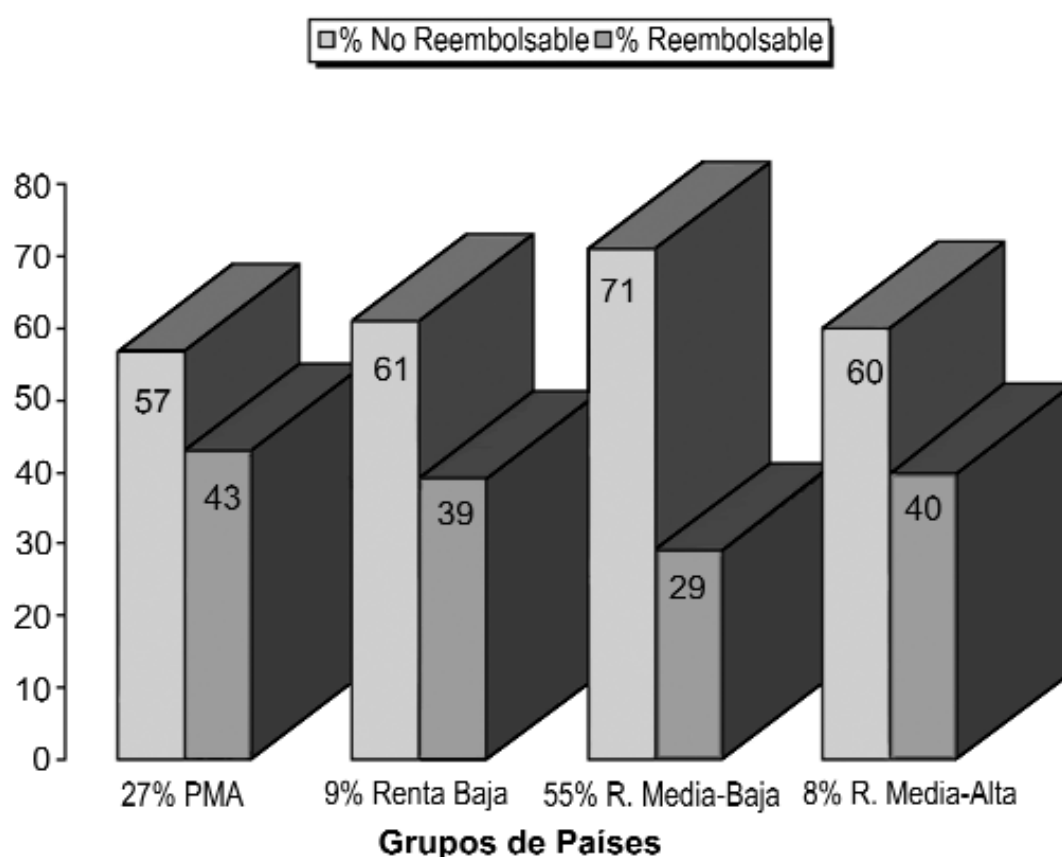
Instrumentación sectorial AOD bilateral, España 2003



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la OPE (Listado Proyectos, 2003)

No varía en exceso el peso de los componentes de la ayuda en función del nivel de desarrollo de los países (gráfico 4.6) En todo caso es reseñable que el peso de la cooperación reembolsable, la más onerosa para quien la recibe, crezca a medida que se consideran estratos de países de menor nivel de renta. En concreto, la ayuda reembolsable supone el 43% de la ayuda dirigida a los PMA; esa cuota desciende al 39% en el caso de otros países de baja renta; y vuelve a descender al 29% en el caso de los países de renta media-baja. En principio, una instrumentación progresiva de la ayuda llevaría a suponer que el peso de las donaciones debiera crecer de acuerdo con los niveles de pobreza de los receptores, justamente el comportamiento inverso al que muestra la cooperación española.

Gráfico 4. 6 **AOD bilateral 2003 - Distribución según nivel de renta**



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la OPE (Listado Proyectos, 2003)

La instrumentación de la ayuda por regiones es consistente con la clasificación anteriormente ofrecida. Las mayores cuotas de la cooperación reembolsable se produce en Extremo Oriente (75% del total bilateral), en África Subsahariana (41%), Oriente Medio (35%) y, a distancia, Centroamérica (17%) (cuadro 4.12). Como se puede observar, alguna de las regiones más pobres, como Centroamérica o África Subsahariana, son las que en mayor medida reciben la ayuda sanitaria en forma reembolsable.

Cuadro 4. 12 **Instrumentación regional de la AOD bilateral, España 2003**

Distribución Regional	% No Reemb.	% Reembolsable	Total Salud
África del Norte	100,0	X	100
África Subsahariana	59,3	40,7	100
Extremo Oriente	24,8	75,2	100
Centro y Sur Asia	100,0	X	100
Oriente Medio	65,5	34,5	100
Centro América y Caribe	82,6	17,4	100
Sur de América	97,2	2,8	100
Iberoamérica no especificado	100,0	X	100
Europa	100,0	X	100
PVD Sin Especificar	100,0	X	100
Total Salud	65	35	100

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la OPE (Listado Proyectos, 2003)

Los países receptores de créditos FAD en 2003 confirman, una vez más, la autonomía con que se gestiona ese instrumento de ayuda (cuadro 4.13). Países no prioritarios, como Uganda, Jordania, Pakistán o Costa de Marfil figuran entre los receptores. Por lo demás, algunos de ellos, como Uganda, Mozambique, Senegal, Costa de Marfil o Mauritania son países PMA o de renta baja, con altos niveles de endeudamiento, lo que debería desaconsejar el recurso a la ayuda reembolsable.

Cuadro 4. 13

Distribución del total AOD reembolsable por países receptores, España 2003

Nivel de Renta	Sector	País	Millones €	% del total R.	% R.
PMA	Infraestructura Básica	Uganda	11.138.314	34,4	98,4
R. Media-Baja	Infraestructura Básica	Filipinas	6.852.060	21,2	68,7
R. Media-Baja	Infraestructura Básica	China	6.059.395	18,7	93,3
R. Media-Alta	Servicios Médicos	Panamá	3.084.953	9,5	96,1
R. Baja	Infraestructura Básica	Vietnam	2.542.961	7,9	77,4
PMA	Infraestructura Básica	Mozambique	896.687	2,8	16,8
R. Baja	Servicios Médicos	Pakistán	806.775	2,5	100,0
R. Media-Baja	Infraestructura Básica	Jordania	415.047	1,3	57,0
R. Media-Baja	Infraestructura Básica	Bolivia	378.180	1,2	7,7
PMA	Infraestructura Básica	Senegal	87.499	0,3	13,7
R. Baja	Servicios Médicos	Costa de Marfil	63.055	0,2	70,6
PMA	Infraestructura Básica	Mauritania	44.975	0,1	3,0
		Total	32.369.902	100,0	

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la OPE (Listado Proyectos, 2003)

Mayor sintonía con la definición de prioridades de la cooperación española tiene la asignación de la ayuda no reembolsable en materia de salud (cuadro 4.14). En este caso, nueve de los diez principales receptores son países prioritarios de acuerdo con lo definido en el *Plan Director de la Cooperación Española 2001-2004* y, uno, Argentina se incluye dentro de las preferencias de actuación propias del Plan Anual 2003. No obstante, en la mayor parte de los casos -ocho de diez- los principales receptores de ayuda no reembolsable son países de renta media y sólo hay uno que figure como país menos adelantado. Se da así la anomalía en la cooperación española en salud que la ayuda más generosa se ofrece a los países de mayor renta y la más onerosa a los que tienen niveles de desarrollo menor.

Cuadro 4. 14 **Principales países receptores de AOD bilateral no reembolsable**

Nivel de Renta	% No Reem.	País	Millones €
R. Media-Baja	92,3	Bolivia	4.550.009
Países Menos A.	83,1	Mozambique	4.435.684
R. Media-Baja	100,0	Marruecos	3.939.884
R. Media-Baja	100,0	Cuba	3.552.728
R. Media-Baja	100,0	Perú	3.252.411
R. Media-Baja	31,2	Filipinas	3.116.255
R. Media-Alta	100,0	Argentina	3.025.972
R. Media-Baja	100,0	Guatemala	2.578.682
R. Baja	100,0	Nicaragua	2.345.046
Países Menos A.	100,0	Guinea	2.231.813
		Ecuatorial	

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la OPE (Listado Proyectos, 2003)

7. La ayuda humanitaria

El campo de la ayuda humanitaria es uno de los que requieren de más profunda reforma en el seno de la cooperación española. Son diversas las debilidades que se manifiestan en este campo. En primer lugar, son muy limitados los recursos que España dedica a este ámbito de acción, a notable distancia de lo que constituye el comportamiento promedio de los donantes. En segundo lugar, es excesiva la presencia de las preferencias de la política exterior en la definición de los escenarios de intervención, en un campo en el que, sin embargo, se debiera regir por principios humanitarios. En tercer lugar, es notablemente débil y mal dotada la unidad que, desde la AECl, se encarga de diseñar y gestionar las respuestas humanitarias, lo que repercute en los bajos niveles de coordinación logrados. En cuarto lugar, ese problema se acentúa por el surgimiento de nuevos actores dentro de la Administración, tanto central -Ministerio de Defensa- como autonómica -algunas comunidades autónomas; en algunos casos, no existe claridad acerca del papel que le corresponde a alguno de esos actores dentro de la acción humanitaria. La instrumentación de la ayuda no siempre es la más adecuada, existiendo la tendencia a recurrir a la cooperación reembolsable -créditos FAD- para complementar la ayuda de emergencia, en circunstancias que hacen muy poco apropiado el incremento del nivel de deuda del receptor. Son todos problemas que han tendido a acentuarse en los últimos años, como consecuencia de la implicación española en escenarios de conflicto (Bosnia-Herzegovina, Afganistán e Iraq).

Adicionalmente a estos problemas, existe otro que se relaciona muy directamente con el ámbito al que se refiere este Informe. Buena parte de la acción humanitaria tiene un contenido sanitario: se trata de atender las necesidades nutricionales de la población, proporcionar las condiciones de salubridad requeridas a los asentamientos, facilitar el acceso a agua tratada, cuidar las afecciones y enfermedades que surjan, así como tratar a los heridos y evitar la propagación de epidemias. Las actividades mencionadas requieren de personal experto, no sólo sobre el terreno, sino también en el diseño de las intervenciones. Las autoridades y algunas ONG, sin embargo, no siempre toman en cuenta este requerimiento de personal experto en el ámbito sanitario para el diseño de las intervenciones. Lo cual termina por repercutir negativamente en la calidad de la ayuda humanitaria prestada. (Recuadro 4.2).

Recuadro 4. 2

Acción humanitaria y salud

Los países en desarrollo son víctimas frecuentes de catástrofes naturales y de conflictos que, además de generar víctimas humanas, agravan la situación de vulnerabilidad y de pobreza de sus poblaciones, sobre todo los sectores sociales más desfavorecidos. En estos casos, por lo general, se producen flujos masivos de población en busca de un lugar donde asentarse. La magnitud y naturaleza del desastre, entre otros factores, determinará el lugar del asentamiento. Los recursos sobre el terreno, o los disponibles en los países de acogida, no son suficientes y la vida de estas personas depende en gran medida de un apoyo externo rápido y eficaz.

Durante las emergencias, las actuaciones en materia de salud son prioritarias en la medida en que uno de los impactos más graves de los desastres, tanto los generados por catástrofes naturales como por conflictos armados, es el deterioro de la salud de la población, la destrucción de los servicios de salud y los daños en las infraestructuras sanitarias. Y aunque los objetivos y los principios de la atención sanitaria a los afectados pueden parecer simples en teoría, llevarlos a cabo es una tarea compleja que requiere preparación y personal cualificado.

Los altos índices de morbilidad y mortalidad que suelen arrastrar estas situaciones son debidas a diferentes factores entre los que cabría destacar la carencia de

cuidados sanitarios adecuados, estado nutricional precario, menor grado de inmunización frente a enfermedades en entornos nuevos y no siempre saludables, etc. Este contexto es propicio para que se desarrollen patologías como la tuberculosis, el cólera, enfermedades transmitidas por vectores, enfermedades de transmisión sexual, así como un sinnúmero de enfermedades infantiles evitables en otros contextos. A ello hay que añadir los problemas de salud asociados a la pobreza que padecen las poblaciones afectadas (Salud y Desarrollo, Eade y Williams, 1995:894), así como los problemas de salud que padece cualquier persona a las que hay que continuar atendiendo en situaciones de emergencia, como la atención en el parto y embarazo, enfermedades crónicas o la salud mental, entre otras.

Para frenar el impacto de los desastres en salud, en un primer momento es necesario dar prioridad a actuaciones dirigidas a:

- Aliviar el sufrimiento humano, es decir, prestar asistencia sanitaria inmediata con personal cualificado.
- Frenar la proclividad de la población a contraer enfermedades por diversos factores como la desnutrición, el hacinamiento o la falta de agua potable.
- Impulsar acciones que eviten la exposición de la población a las enfermedades, tratando de actuar sobre los factores de riesgo de nuevas amenazas a través de una intensa actividad preventiva -vigilancia continua -
- Contribuir a sostener, crear o restablecer unos servicios mínimos de salud.
- Reforzar las infraestructuras locales y adecuarlas a la situación generada por la crisis.
- Generar las bases para el desarrollo futuro de las poblaciones afectadas, favoreciendo, siempre que sea posible, la vinculación entre emergencia, rehabilitación, reconstrucción y desarrollo.

Como es lógico, prevenir una mortalidad y una morbilidad excesivas es el objetivo principal de la atención sanitaria en situaciones de crisis. Este objetivo lleva implícito acciones dirigidas a proveer agua potable, saneamiento e higiene adecuada, medidas de salud ambiental, alimentos adecuados y alojamiento apropiado (ACNUR, 1988:80). Estos son componentes de una parte importante de la atención en salud necesaria para una comunidad en situación de emergencia, a los que se debe unir un fácil acceso a unos insumos sanitarios suficientes en personal, medios y medicamentos para poder garantizar un mínimo de resultados. Especial atención se debe tener con las mujeres y las niñas/os, ya que a nadie escapa que se trata de unos grupos altamente vulne-

rables. Las cargas familiares que soportan las mujeres en situaciones normales suelen aumentar en contextos de crisis. De ahí que la integración de las mujeres en la planificación y puesta en marcha de los servicios sanitarios disminuya su vulnerabilidad. Para facilitar el cumplimiento de los objetivos que subyacen en las acciones humanitarias sobre la preservación de la vida y la salud de las poblaciones afectadas se han implementado programas de ayuda cada vez más estandarizados que, actuando sobre los determinantes de salud (abrigo, saneamiento, nutrición, asistencia sanitaria...), posibilitan que las poblaciones puedan esperar la resolución política o militar de los conflictos o la puesta en marcha de medidas para resolver los efectos de las catástrofes naturales. La aplicación de protocolos que aseguren la eficacia de las acciones es un aspecto muy trascendente en la ayuda humanitaria, ya que la población se halla en tal estado de fragilidad que los errores o las demoras pueden suponer un alto coste en vidas. Normalizar y homogeneizar ciertas normas básicas y protocolos de cuidados básicos de salud y de salud pública permite a las organizaciones en el terreno trabajar con ciertos criterios comunes (sin detrimento de su independencia y metodología respectivas) y así mismo coordinarse con agencias internacionales como la OMS, ACNUR, UNICEF, mejorando su eficacia. Esta coordinación es básica ya que, con frecuencia, se debe actuar sin la existencia de un Estado operativo que garantice unos mínimos en salud pública.

Es evidente, por todo lo expuesto, que la buena disposición de organizaciones y personas no es suficiente si se quiere actuar con garantías en el ámbito de la salud en situaciones de emergencia. Únicamente personal cualificado y organizaciones experimentadas están en disposición de realizar una evaluación sanitaria rápida, es decir, un diagnóstico urgente y preciso del estado de salud de las poblaciones afectadas, a fin de determinar sus necesidades, los recursos materiales y humanos localmente disponibles y la ayuda que se necesita proporcionar y desarrollar de la forma más eficiente posible. Un aspecto que debe ser tenido en cuenta, también, por los financiadores, debiendo exigir los niveles de capacidad técnica y de conocimiento especializado a las organizaciones que concurren al apoyo público para implicarse en las operaciones de acción humanitaria.

Por último, no cabe obviar que si bien la salud debe tener un papel importante en las crisis humanitarias, por sí sola no es la solución. La salud debe enmarcarse en un proceso más global de respeto a los derechos de las personas, ya que solo el restablecimiento de un clima de respeto de los derechos humanos puede paliar en gran parte el sufrimiento de las poblaciones afectadas.

Por lo que se refiere a la dimensión de la ayuda humanitaria, en el año 2003 se canalizaron con esos fines cerca de 79 millones de euros, una cifra que duplica holgadamente la gestionada el año anterior (cuadro 4.15). Dentro del amplio capítulo de ayuda humanitaria, el componente central es el de ayuda de emergencia, que aporta más de la mitad del total de los recursos, siguiéndole la ayuda a refugiados (en España), que aporta la cuarta parte del total. Es, sin embargo, más limitado el peso que se otorga a la ayuda alimentaria, que apenas supone el 8% del total de los recursos de la acción humanitaria. (Recuadro 4.3). En conjunto, la ayuda humanitaria en el año supone el 7,7% de la ayuda bilateral neta (algo menos del 5% del total de la AOD), una cuota muy por debajo del promedio de los donantes.

Cuadro 4. 15 **Distribución del peso de los sectores en el total de la AOD bilateral en ayuda humanitaria 2001/2003**

Sector	2001 (Mill.€)	%	2002 (Mill.€)	%	2003 (Mill.€)	%
Ayuda Alimentaria de Emergencia	3.627.054	8,6	5.882.632	17,3	5.954.832	7,5
Ayuda Emergencia / Catástrofes	18.025.864	42,7	10.917.074	32,1	42.961.295	54,4
Ayuda a Refugiados en el país donante)	14.213.878	33,6	15.040.177	44,2	18.781.225	23,8
Ayuda a Refugiados (en el país beneficiario)	6.396.725	15,1	2.212.474	6,5	11.230.239	14,2
Total	42.263.520	100,0	34.052.356	100,0	78.927.591	100,0
% Ayuda Humanitaria / Ayuda bilateral neta	3,4		3,2		7,7	

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la OPE (Listado Proyectos, 2001-2003)

La distribución de la ayuda humanitaria reproduce, con ligeros matices, las pautas de asignación del resto de la cooperación española. En concreto, el grueso de la ayuda (el 94%) está orientada a países de renta media. Presentan en el año una elevada cuota los países de renta media-alta, como consecuencia de las operaciones de ayuda realizadas en el año con Venezuela y, especialmente, Argentina, que es el principal receptor de ayuda humanitaria. Por el contrario, es muy baja

la presencia efectiva de países de renta baja y de países menos adelantados (PMA) como receptores de ayuda, habiendo recibido el 1% y el 5% de los recursos, respectivamente (cuadro 4.16).

Cuadro 4. 16 **Distribución según nivel de renta. AOD bilateral en ayuda humanitaria**

Países Según Nivel Renta	2002 (Mill.€)	%	2003 (Mill.€)	%
PMA	5.623.282	16,5	4.310.059	5,5
P. Renta Baja	1.922.681	5,6	598.359	0,8
P. Renta Media-Baja	22.938.543	67,4	45.813.460	58,0
P. Renta Media-Alta	3.567.850	10,5	28.108.397	35,6
P. Renta No Especificada	0	0,0	97.316	0,1
Total	34.052.356	100,0	78.927.591	100,0

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la OPE (Listado Proyectos, 2001-2003)

Dado el carácter singular de las operaciones, la distribución regional de la ayuda humanitaria depende principalmente de las intervenciones realizadas a lo largo del año. En 2003, son América Latina y Oriente Medio las principales regiones receptoras de ayuda, absorbiendo el 37% y 26% de los recursos, respectivamente (cuadro 4.17). África Subsariana, frecuente escenario de conflictos, apenas recibe el 6% del total de los recursos y América Central, el 1%.

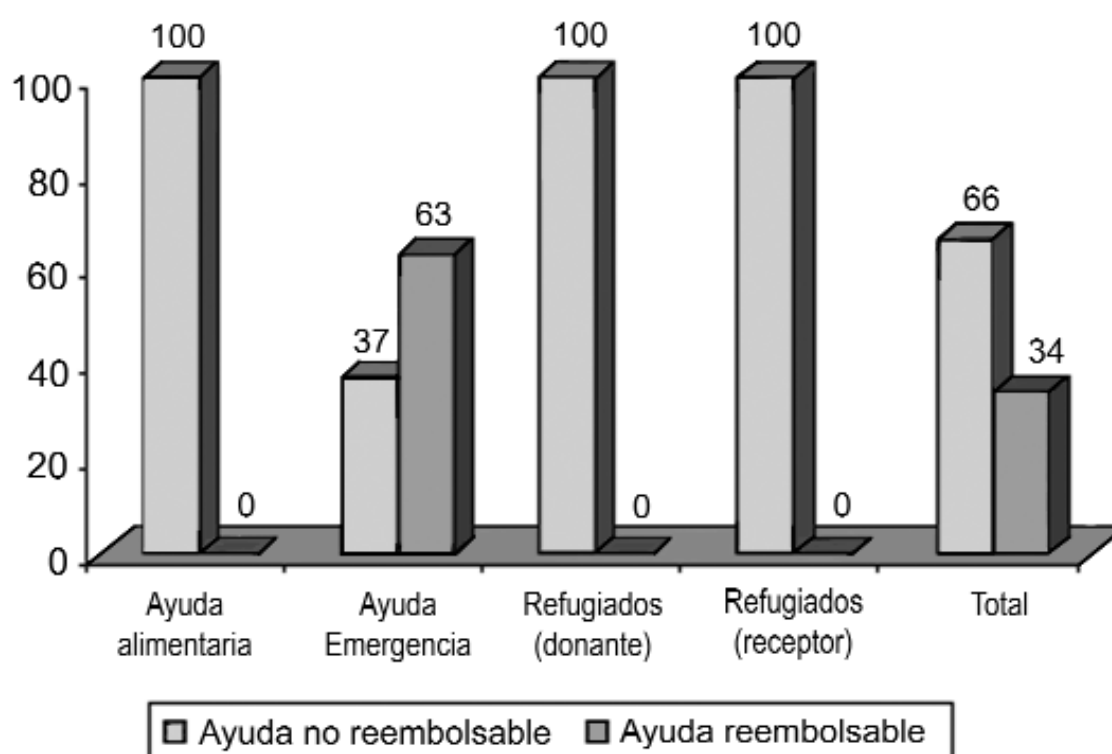
Cuadro 4. 17 **Distribución regional de la AOD bilateral en ayuda humanitaria**

Regiones	2002 (Mill.€)	%	2003 (Mill.€)	%
África del Norte	3.135.063	9,2	4.056.336	5,1
África Subsahariana	5.828.817	17,1	4.444.614	5,6
Extremo Oriente	371.690	1,1	248.683	0,3
Oriente Medio	3.168.274	9,3	20.870.068	26,4
Centro y Sur Asia	1.152.537	3,4	x	x
América Central y Caribe	2.829.347	8,3	588.704	0,7
América del Sur	12.945.761	38,0	28.963.169	36,7
Europa	5.761	0,0	150.000	0,2
Región Sin Especificar	4.615.107	13,6	19.606.017	24,8
Total	34.052.356	100,0	78.927.591	100,0

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la OPE (Listado Proyectos, 2001-2003)

La instrumentación de la ayuda humanitaria confirma lo adelantado al comienzo de este epígrafe: un 34% de los fondos fueron canalizados a través de ayuda reembolsable (gráfico 4.7). Los créditos FAD fueron, por ejemplo, el instrumento utilizado para financiar buena parte de la ayuda humanitaria dirigida a Argentina. De hecho, el 63% de la ayuda de emergencia aportada en el año se canalizó a través de ayuda reembolsable. Un procedimiento que, como se puso de manifiesto en los anteriores Informes realizados, ha sido reiteradamente criticado por analistas y ONG.

Gráfico 4. 7 **Instrumentación de la ayuda humanitaria, 2003 (%)**



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la OPE (Listado Proyectos, 2003)

Cuadro 4. 18 **Distribución entre todos los países receptores del total de la AOD bilateral en ayuda humanitaria, España 2003**

TIPO Ayuda Humanitaria	Nivel de Renta	País Receptor	AOD Bilateral	%
Varios tipos	P. Renta Media-Alta	Argentina	27.769.577	35,2
Varios tipos	P. Renta Media-Baja	PVD no esp.	19.606.017	24,8
Varios tipos	P. Renta Media-Baja	Irak	10.757.429	13,6
Ayuda a Refugiados (En el país beneficiario)	P. Renta Media-Baja	Jordania	8.001.816	10,1
Varios tipos	P. Renta Media-Baja	Saharauis	3.311.731	4,2
Varios tipos	PMA	Angola	1.609.869	2,0
Varios tipos	P. Renta Media-Baja	Palestina	1.267.439	1,6
Ayuda Alimentaria de Emergencia	PMA	Etiopía	1.152.580	1,5
Ayuda Emergencia/ Catástrofes	P. Renta Media-Baja	Irán	843.385	1,1
Ayuda Emergencia/ Catástrofes	P. Renta Media-Baja	Argelia	744.605	0,9
Ayuda Emergencia/ Catástrofes	P. Renta Media-Baja	Bolivia	556.890	0,7
Varios tipos	P. Renta Media-Baja	Colombia	399.715	0,5
Varios tipos	PMA	Tanzania	359.970	0,5
Varios tipos	P. Renta Media-Alta	México	310.276	0,4
Ayuda Alimentaria de Emergencia	PMA	Etiopía	260.064	0,3
Varios tipos	PMA	Mali	252.826	0,3
Ayuda Emergencia/ Catástrofes	P. Renta Baja	India	246.204	0,3
Ayuda Alimentaria de Emergencia	PMA	Mauritania	246.204	0,3
Ayuda Alimentaria de Emergencia	P. Renta Baja	A.Central/Caribe	217.601	0,3
Ayuda Emergencia/ Catástrofes	P. Renta Media-Baja	Perú	208.442	0,3
Ayuda a Refugiados (En el país beneficiario)	PMA	Sierra Leona	173.640	0,2
Ayuda a Refugiados (En el país beneficiario)	P. Renta Media-Baja	Bosnia i Herzegovina	150.000	0,2
Varios tipos	P. Renta Media-Baja	Costa de Marfil	134.555	0,2
Ayuda Emergencia/ Catástrofes	PMA	Burundi	85.724	0,1
Ayuda Alimentaria de Emergencia	PMA	África, no esp.	72.413	0,1
Ayuda Emergencia/ Catástrofes	P. Renta Media-Baja	El Salvador	60.827	0,1
Ayuda Alimentaria de Emergencia	PMA	Malawi	41.773	0,1
Ayuda Emergencia/ Catástrofes	PMA	Liberia	28.965	0,0
Ayuda Emergencia/ Catástrofes	P. Renta Media-Alta	Venezuela	28.544	0,0
Ayuda Emergencia/ Catástrofes	PMA	Chad	26.032	0,0
Ayuda Emergencia/ Catástrofes	P. Renta Media-Baja	Filipinas	2.480	0,0
Todo tipo de Ayuda Humanitaria		Total Países	78.927.591	100,0

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la OPE (Listado Proyectos, 2003)

31. El 99% ha sido con carácter reembolsable.

Salud y seguridad alimentaria.

Karlos Pérez de Armiño
HEGOA, Universidad del País Vasco

La seguridad alimentaria y el estado de salud guardan una estrecha interrelación mutua. Aunque desde el campo de la salud siempre se ha comprendido la importancia que para la misma tiene una adecuada alimentación, desde el área de estudios de la seguridad alimentaria no siempre se ha tomado en cuenta la interconexión de ésta con las condiciones sanitarias de las personas y las poblaciones. En efecto, cuando a mediados de los años 70 surgió el concepto de seguridad alimentaria, ésta se definió como el objetivo de que cada país tuviera suministros alimentarios per cápita suficientes para su población, para lo cual muchos países deberían incrementar su producción (o su capacidad de importarlos). A comienzos de los 80, sin embargo, la teoría de las titularidades al alimento de Amartya Sen (*Poverty and Famines*, 1981) impulsó una nueva visión, según la cual la seguridad alimentaria requiere no sólo que existan suministros suficientes, sino también que las familias cuenten con el acceso a unos alimentos suficientes. Así pues, el hambre y las hambrunas consistirían en un deficiente consumo de alimentos, crónico o transitorio respectivamente, debido a la falta de recursos económicos, por lo que su afrontamiento pasaría por la lucha contra la pobreza.

Esta visión, excesivamente centrada en la dimensión económica, ha sido matizada después por otras aportaciones teóricas que han subrayado la importancia que para la (in)seguridad alimentaria tienen aspectos como la violencia durante las guerras, las relaciones de género intrafamiliares, los valores culturales asociados al alimento, las estrategias familiares contra el hambre y, lo que más nos interesa aquí, la estrecha relación entre la salud, por un lado, y el hambre y las hambrunas por otro.

En contextos de hambre crónica cabría hablar de un círculo vicioso hambre-enfermedad: la desnutrición (falta de consumo de calorías y proteínas) aumenta la susceptibilidad de las personas a contraer enfermedades, al tiempo que determinadas deficiencias dietéticas (carencia de vitaminas, minerales y otros micronutrientes esenciales) provocan diversas patologías (anemia, bocio, xeroftalmia, etc.). Ahora bien, dicho círculo funciona también con una relación causal inversa, enfermedad-hambre: diferentes enfermedades y patologías (diarrea, infecciones, parásitos intestinales, etc.) reducen la absorción por el organismo de los nutrientes consumidos, facilitando así la desnutrición. Ambos círculos

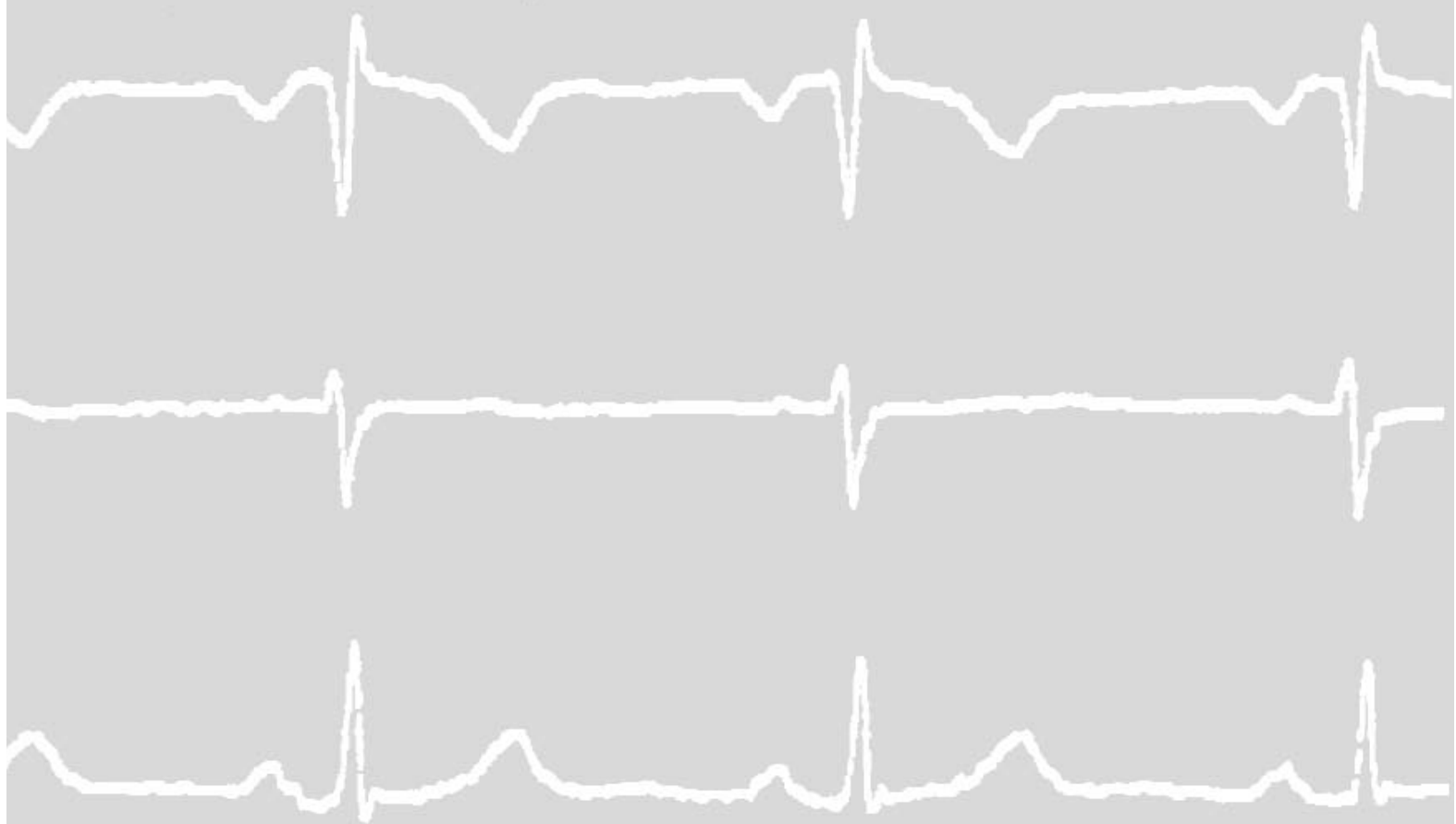
causa-efecto pueden completarse si introducimos la variable pobreza, que por un lado es una causa importante del hambre y de la enfermedad (la falta de recursos económicos reduce el acceso tanto al alimento como a la asistencia sanitaria) y, por otro lado, es también una consecuencia de ambas: los hambrientos y enfermos tienen menos capacidad de trabajar, generar ingresos y salir de la pobreza.

En lo que se refiere a las hambrunas, de carácter transitorio, trabajos como los de Alex de Waal (*Famine that kills*, 1989) han subrayado que estas no pueden entenderse sólo como crisis socioeconómicas que recortan el acceso al alimento, sino también, sobre todo en contextos de guerra, como auténticas crisis sanitarias. De hecho, la mayor parte de las defunciones durante las hambrunas se deben no a la inanición, sino a las crisis epidémicas, facilitadas por varios factores: debilidad física de las personas por desnutrición, migraciones y hacinamiento de la población, colapso de la asistencia sanitaria, falta de agua potable y de saneamientos adecuados, etc.

En definitiva, las interrelaciones entre la salud y la nutrición son tan estrechas, que la concepción de la seguridad alimentaria se ha ido ampliando para integrar la salud como uno de sus requisitos. Esta valorización de la dimensión sanitaria ha cobrado auge en los últimos años, gracias a los estudios sobre las hambrunas que han asolado al África Austral a comienzos de esta década. Tales hambrunas se explican como resultado de la superposición de dos crisis: una crisis alimentaria de corto plazo, causada por diversos factores (sequía, políticas inadecuadas, conflictos, etc.), y una crisis sanitaria de largo plazo causada por el VIH/SIDA.

Así, la bibliografía especializada ha comenzado a incluir dicha enfermedad como una de las principales causas de la inseguridad alimentaria, crónica o transitoria, en particular en el África Subsahariana. En esta región, un estudio comparativo demuestra que la subnutrición ha aumentado durante los años 90 en aquellos países donde el VIH/SIDA estaba ya ampliamente extendido a comienzos de esa década, mientras que ha descendido en algunos donde tenía menor presencia. Dicha enfermedad está provocando una importante pérdida de la mano de obra agrícola adulta, que en varios países ha afectado incluso al 60-70% de las explotaciones agrícolas. Como consecuencia, según la FAO (*El estado de la inseguridad alimentaria en el mundo. 2003*), en algunas regiones del continente el 30% de los hogares están encabezados por mujeres (mayoritariamente viudas), casi el 20% por abuelos y casi el 5% por niños huérfanos. La consecuencia es una seria merma de la producción agrícola, así

como un corte en la transmisión de los conocimientos agrícolas en el caso de los huérfanos. La enfermedad, además, conlleva elevados costes económicos (gastos médicos y funerales), así como una sobrecarga de trabajo en forma de atención a los familiares enfermos, que afecta a la capacidad productiva de la familia y a la escolarización de las niñas. Ninguna estrategia para garantizar la seguridad alimentaria será exitosa si no incorpora medidas efectivas de lucha contra el sida, del mismo modo que el control de esta enfermedad pasa por la mitigación del hambre. En grados diferentes, una relación semejante podría establecerse también con respecto a otras enfermedades.



La cooperación descentralizada en salud

1. La cooperación descentralizada en España

Uno de los rasgos más singulares del sistema español de ayuda es el protagonismo que en su seno ha adquirido la Administración descentralizada -gobiernos autonómicos, diputaciones y corporaciones locales-, como gestores y financiadores de programas de cooperación al desarrollo. Este rasgo fue señalado elogiosamente por el CAD, en su evaluación de 1998, refiriéndolo como una "fuente de inspiración" para otros donantes. De nuevo, en la más reciente evaluación, de 2002, vuelve a referirse a la cooperación descentralizada como una "característica notable" del sistema español de ayuda. La Ley de Cooperación Internacional para el Desarrollo, de julio de 1998, confirmó este tipo de ayuda al reconocer, en su artículo 20, el carácter de las comunidades autónomas y de las corporaciones locales como órganos competentes en la formulación y ejecución de la política española de cooperación internacional para el desarrollo, desde principios de "autonomía presupuestaria y autorresponsabilidad".

Lo cierto es que la progresiva implantación de la cooperación descentralizada contribuyó muy notablemente a enriquecer el sistema español de ayuda. Al menos desde una doble perspectiva: en primer lugar, ayudó a enraizar más sólidamente en el tejido social los valores de la solidaridad, acercando las iniciativas de desarrollo a entornos más cercanos a la ciudadanía y, en segundo lugar, permitió poner en marcha modelos de gestión de la ayuda, iniciativas e instrumentos diversos que otorgaron mayor complejidad y riqueza al sistema en su conjunto, al integrar diferentes sensibilidades, visiones y dinámicas de trabajo. Todo ello contribuyó a hacer el sistema de ayuda más vigoroso y complejo, al integrar voluntades, recursos y capacidades de los diversos actores.

Aunque el balance de la cooperación descentralizada es inequívocamente positivo, no faltan limitaciones en la experiencia. Dos son especialmente relevantes. En primer lugar, las limitaciones humanas y técnicas de los equipos encargados de gestionar la ayuda en buena parte de las instituciones responsables, especialmente de las corporaciones locales, lo que repercutió sobre el nivel de calidad y eficacia de las políticas. Como consecuencia, para muchas instituciones el compromiso en este campo se limitó a la programación anual de una convocatoria de cofinanciación abierta a la participación de las ONG. De hecho, las ONG han sido tradicionalmente las responsables de gestionar entre el 80% y el 85% del

total de la ayuda descentralizada. La segunda deficiencia alude a los costes que el proceso ha podido tener en términos de falta de coordinación de las diversas instancias de la Administración, contribuyendo de este modo a incrementar los niveles de dispersión de la cooperación española.

A medida que se fue consolidando la cooperación descentralizada, se trataron de corregir alguna de estas deficiencias. Así, por ejemplo, las limitaciones técnicas de las que partieron las comunidades autónomas se trataron de superar a través de una cada vez más exigente definición normativa y estratégica de la política de ayuda. Es expresivo el esfuerzo que diversos gobiernos autonómicos hicieron para disponer de un marco normativo en el que se definen principios, prioridades, instrumentos y actores del sistema de ayuda. En estos momentos 9 de las 17 autonomías tienen ya aprobada una ley de cooperación y cuatro más disponen de un proyecto de ley en diferentes estadios de su tramitación (cuadro 5.1).

Además de la elaboración de un marco normativo específico, algunos gobiernos autonómicos decidieron elaborar un marco estratégico plurianual en el que se han definido, con diverso grado de exigencia, los objetivos, prioridades y criterios para la gestión de la ayuda. En estos momentos seis comunidades autónomas disponen de un plan director (o plan estratégico) y cuatro más disponen de borradores en diversas etapas de su aprobación. Adicionalmente, Cataluña - como único caso hasta el momento- incluye en sus prioridades sectoriales una referencia amplia al sector de la salud, sentando las bases de una estrategia sectorial de cooperación en este sector.

Al tiempo, algunos gobiernos autonómicos han adoptado el compromiso de elaborar regularmente informes públicos para dar cuenta de la ejecutoria seguida por su política de cooperación. Todo ello -leyes, planes directores e informes- ha contribuido a dotar a la cooperación autonómica de una mayor visión estratégica, de una más elevada fundamentación técnica y de una mayor capacidad de rendición de cuentas.

Cuadro 5. 1

La política de cooperación al desarrollo en las CCAA

CCAA	Ley de Cooperación	Estrategia Salud	Plan Director	Informes públicos
Islas Baleares	En trámites parlamentarios	NO	Elaborando	SI
Navarra	SI	NO	Previsto	SI
País Vasco	Pendiente de Aprobación	NO	Borrador	SI
Extremadura	SI	NO	SI	NO
La Rioja	SI	NO	SI	NO
Castilla-La Mancha	SI	NO	Elaborando	NO
Asturias	Elaborando	NO	SI	NO
Aragón	SI	NO	SI	NO
Andalucía	SI	NO	NO	NO
Cataluña	SI	SI	SI	SI
Madrid	SI	NO	SI	SI
Valencia	Borrador	NO	NO	NO
Canarias	Previsto	NO	Borrador	NO
Castilla y León	NO	NO	NO	NO
Cantabria	Borrador	NO	NO	NO
Murcia	NO	NO	NO	NO
Galicia	SI	NO	Previsto	SI

Fuente: CCAA

En el caso de las corporaciones locales, la estrategia para superar las limitaciones de sus equipos técnicos se produjo fundamentalmente a través de la coordinación, constituyendo fondos municipales en los que integrar recursos de diversas instituciones municipales o provinciales. A través de esta fórmula no sólo se consiguió mejorar los niveles de coordinación, sino también una mejor fundamentación técnica de las iniciativas, al sostener equipos de gestión compartidos.

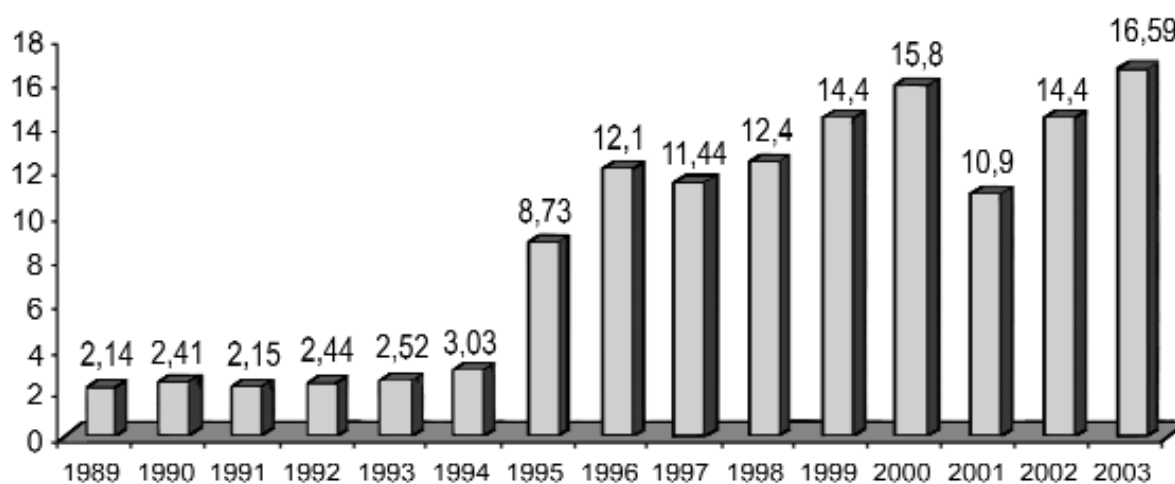
Por lo que se refiere a la falta de coordinación, la Ley de Cooperación Internacional para el Desarrollo preveía la creación de la Comisión Interterritorial como órgano de "coordinación, concertación y colaboración" entre las diversas Administraciones públicas. De hecho, en ella participan la Administración central, las comunidades autónomas y representantes de las corporaciones locales. Pero lo cierto es que, hasta el momento, la Comisión Interterritorial no ha cumplido con su objetivo fundacional, limitándose a ser una instancia en la que el gobierno da cuenta de sus compromisos y actividades, sin propiciar la dinámica requerida

de intercambio de experiencias, de propuesta de iniciativas conjuntas o de búsqueda de espacios de concertación y complementariedad.

Más allá del marco normativo, existen algunas iniciativas de coordinación que resultan de interés. Ya se aludió anteriormente al paso dado por algunos ayuntamientos y diputaciones para agrupar sus recursos y capacidades en torno a la constitución de fondos de cooperación, con programas concertados. Adicionalmente, desde la Administración central se han puesto en marcha algunas iniciativas abiertas a la colaboración de las comunidades autónomas: los programas Azahar y VITA constituyen ejemplos de este proceso. A pesar de que su desarrollo presenta algunas limitaciones, se trata de iniciativas de interés, que marcan lo que deberían ser líneas de trabajo futuras.

La cooperación descentralizada se ha comportado como un componente notablemente dinámico de la cooperación española. De hecho, en conjunto, su ritmo de expansión ha sido superior al del total de la ayuda, de modo que si apenas alcanzaba el 3% del total de la AOD española en 1994, llega a suponer el 16% en el año 2003 (gráfico 5.1)³².

Gráfico 5. 1 **Evolución de la cooperación descentralizada 1989-03 (%)**



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la OPE

32. Análisis de la cooperación oficial descentralizada en el Estado español en el período 1999-2002. CONGDE, febrero 2003

Las comunidades autónomas dedicaron a las tareas de ayuda un total de 197 millones de euros en 2003, lo que supuso un incremento del 14% respecto a la manejada el año previo (cuadro 5.2). Por su parte, se estima que las corporaciones locales habrán aportado en torno a los 9 millones de euros. De este modo, el conjunto de la cooperación descentralizada alcanzará el 16% de la AOD (11,3% para la cooperación autonómica y 5,1 % para la cooperación local).

Esa cifra agregada es, sin embargo, el resultado de compromisos muy dispares. Si se atiende en exclusiva a las comunidades autónomas, las aportaciones cuantitativas oscilan entre los 1,8 millones de euros aportados por la Región de Murcia hasta los 28 millones gestionados por el Gobierno Vasco. Las principales comunidades autónomas por la dimensión de su esfuerzo en materia de ayuda autonómica son: el País Vasco, Castilla-La Mancha, Cataluña y Andalucía. De hecho, estas cuatro comunidades aportan el 54% del total de la ayuda autonómica, que sería el 70% si se le sumase la Comunidad Valenciana y Navarra.

Como es obvio, la cuantía de los presupuestos de ayuda depende en buena medida de la dimensión económica de las comunidades afectadas, por ello conviene estimar la intensidad del esfuerzo de cada una de ellas, poniendo en relación la cuantía de la ayuda con la población respectiva (ayuda per cápita). De acuerdo con este criterio se podrían establecer cuatro niveles diferenciados. En un primer nivel, la comunidad más solidaria por la intensidad de su esfuerzo en materia de ayuda es la Comunidad Foral de Navarra, con una ayuda de 24 euros por persona. En un segundo nivel se encontrarían tres comunidades, Castilla-La Mancha, País Vasco e Islas Baleares, con una ayuda de entre 11 y 15 euros por persona. En el tramo de entre 4 y 6 euros por persona se encuentran seis comunidades, La Rioja, Extremadura, Principado de Asturias, Cantabria, Cataluña e Islas Canarias, que conforman el tercer nivel de compromiso. Y, finalmente, entre las menos comprometidas, a juzgar por el esfuerzo relativo de su ayuda, se encuentran Aragón, Comunidad Valenciana, Andalucía, Madrid, Galicia, Castilla y León y Región de Murcia. En este sentido, es interesante comparar el porcentaje que las comunidades autónomas destinan a cooperación al desarrollo respecto a su presupuesto total. Los datos oscilan desde el 0,7% de Aragón o la Comunidad Foral de Navarra al 0,08% de Galicia, pasando por el 0,44% de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha.

Distribución de la AOD de las CCAA 2003-2002

CCAA	2003			2002		
	AOD Total (miles €)	% sobre total CCAA	AOD per capita	AOD Total (miles €)	% sobre total CCAA	AOD per cap
Comunidad Foral de Navarra	13.343	6,76	24,01	11.509	6,68	20,71
Junta CC Castilla La Mancha	27.473	13,91	15,61	17.163	9,96	9,75
Comunidad Autónoma Vasca	28.456	14,41	13,66	27.268	15,82	13,09
Gobierno de las Islas Baleares	9.704	4,91	11,53	7.572	4,39	9,00
Comunidad A. de la Rioja	2.522	1,28	6,87	1.446	0,84	5,22
Junta de Extremadura	1.902	0,96	6,13	5.467	3,17	5,16
Principado de Asturias	6.495	3,29	5,08	4.530	2,63	4,26
Comunidad A. de Cantabria	5.401	2,73	4,71	1.579	0,92	2,95
Generalitat de Cataluña	26.729	13,53	4,22	23.253	13,49	3,67
Gobierno de Canarias	6.809	3,45	4,02	5.799	3,36	3,42
Diputación General de Aragón	4.513	2,29	3,75	4.937	2,86	4,10
Generalitat de Valencia	15.273	7,73	3,67	19.601	11,37	4,71
Junta de Andalucía	25.817	13,07	3,51	22.428	13,01	3,05
Comunidad de Madrid	9.958	5,04	1,84	7.902	4,58	1,46
Xunta de Galicia	4.907	2,48	1,82	4.602	2,67	1,71
Junta de Castilla y León	3.828	1,94	1,56	4.686	2,72	1,91
Región de Murcia	1.818	0,92	1,52	2.490	1,44	2,08
Varias CC Autónomas	2.537	1,28		121	0,07	
Total CCAA	197.485	100,00		172.353	100,00	

Fuente: OPE

2. La salud en la cooperación autonómica

Es difícil disponer de información exacta acerca de la composición sectorial de la ayuda autonómica³³. Dos factores explican esta deficiencia: en primer lugar, los sistemas de registro sectorial de las intervenciones de ayuda no siempre se llevan de forma estricta por parte de las comunidades autónomas y, además, no siempre transmiten la información a la OPE para la consolidación central de los datos; en segundo lugar, incluso entre quienes más estrictos son en el registro de los datos, no siempre recurren a una nomenclatura internacional. Como consecuencia, es difícil disponer de una información precisa acerca de la composición de la ayuda autonómica.

Con esas salvedades, el análisis realizado a partir del listado de proyectos permite

33. El problema es todavía más grave en el caso de la cooperación local.

estimar la ayuda en salud, en 2003, en 23 millones de euros. Como sucede con el total de la ayuda, esta cifra es el resultado de aportaciones muy dispares. En concreto, cuatro comunidades, Navarra, Castilla-La Mancha, Andalucía y el País Vasco, aportan cerca de la mitad del total de la ayuda en el sector (cuadro 5.3).

Cuadro 5. 3 **Distribución AOD bruta en salud de las CCAA 2003**

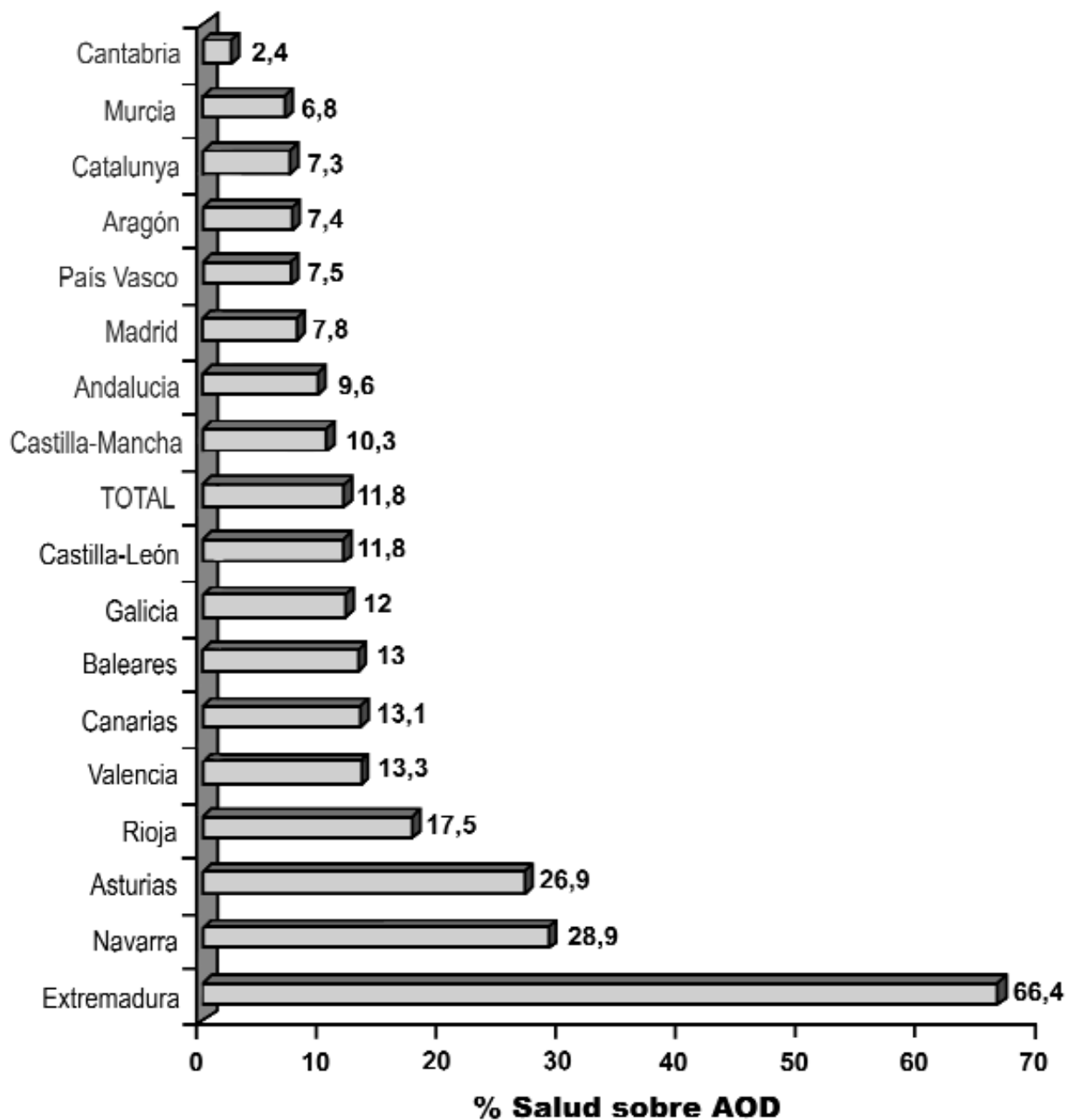
CCAA	Miles €	% del Total	% Salud/AOD
Comunidad Foral de Navarra	3.857,9	16,5	28,9
J.C.de Castilla La Mancha	2.849,2	12,2	10,3
Junta de Andalucía	2.500,8	10,7	9,6
Comunidad Autónoma Vasca	2.143,9	9,2	7,5
Generalitat de Valencia	2.038,5	8,7	13,3
Generalitat de Cataluña	1.971,3	8,4	7,3
Principado de Asturias	1.748,0	7,5	26,9
Gobierno de las Islas Baleares	1.266,0	5,4	13,0
Junta de Extremadura	1.264,2	5,4	66,4
Gobierno de Canarias	896,7	3,8	13,1
Comunidad de Madrid	780,4	3,3	7,8
Xunta de Galicia	590,4	2,5	12,0
Junta de Castilla y León	453,6	1,9	11,8
C.A. de la Rioja	442,1	1,9	17,5
Diputación General de Aragón	337,8	1,4	7,4
C.A. de Cantabria	134,0	0,6	2,4
Región de Murcia	125,5	0,5	6,8
Total Ayuda en Salud	23.400,9	100,0	11,8
Total AOD	197.485		
% Salud sobre AOD	11,8		

Fuente: Elaboración propia a partir del Listado Proyectos 2003 (OPE)

Para conocer la especialización de las comunidades en el ámbito de la salud, conviene poner los gastos en ese sector en relación con el total de la ayuda respectiva (gráfico 5.2). La cuota resultante varía notablemente, desde el 24% de Cantabria al 66% de Extremadura. Esta última es, con diferencia la comunidad que más intensamente dedica su ayuda al ámbito sanitario. Le siguen en importancia Comunidad Foral de Navarra y Principado de Asturias, con cuotas del 29% y 27%, respectivamente. En un tercer tramo, con cuotas superiores al 10%, se encuentran La Rioja, País Valenciano, Islas Baleares, Islas Canarias, Castilla-La

Mancha, Galicia y Castilla y León. Quedando el último tramo compuesto por 6 comunidades. A nivel agregado, se orienta hacia el sector de la salud cerca del 12% de la cooperación autonómica.

Grafico 5. 2 **% salud sobre AOD**

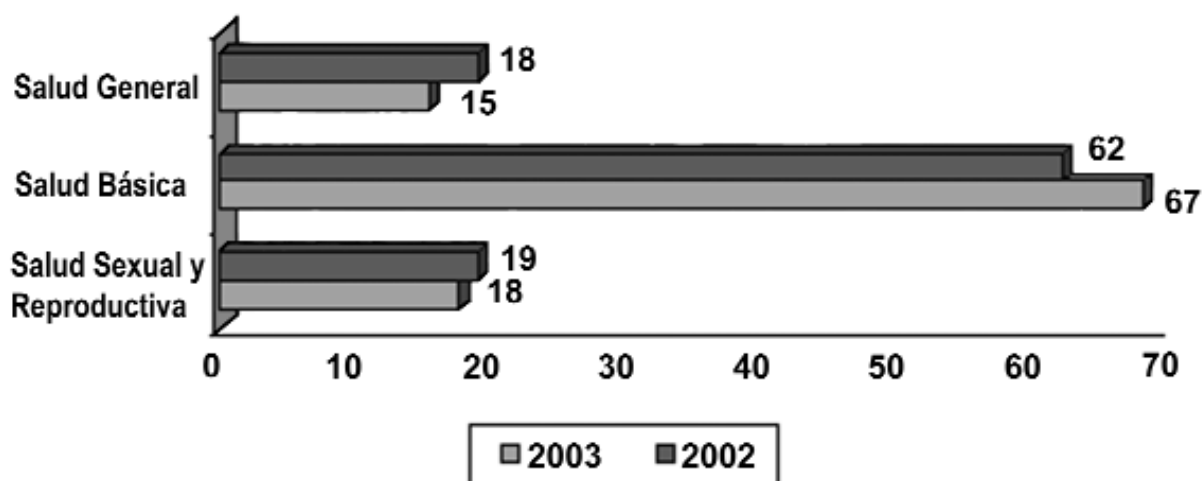


Fuente: Elaboración propia a partir del Listado Proyectos 2003 y 2002(OPE)

3. Composición sectorial de la ayuda autonómica en salud

La composición subsectorial de la ayuda en salud confirma los rasgos generales de la cooperación española en su conjunto: también en este caso el componente dominante es el correspondiente a "salud básica", que llega a captar el 67% de todos los recursos, mientras que "salud general" y "salud reproductiva" reciben un 15% y un 18% de los fondos, respectivamente (gráfico 5.3). Esta composición de la ayuda en salud no es muy distinta de la de 2002, lo que sugiere una cierta consolidación de los contenidos básicos de este ámbito de cooperación.

Grafico 5. 3 **CCAA: sectores AOD en salud 2003-02 (%)**



Fuente: Elaboración propia a partir del Listado Proyectos 2003 y 2002(OPE)

La desagregación de los distintos componentes de la ayuda en salud permite un análisis más detallado del comportamiento de las comunidades autónomas (cuadro 5.4). El grueso de la ayuda se dedica a la atención sanitaria y a los gastos en infraestructuras básicas del sector, que junto con la acción en materia de enfermedades infecciosas conforman los principales componentes del subsector de "salud básica". Una partida igualmente relevante es la de servicios médicos, que absorbe cerca del 90% de los gastos correspondientes al subsector de "salud general". Finalmente, los programas de lucha contra las enfermedades de transmisión sexual (incluido el VIH/SIDA), y de atención a la salud reproductiva concentran los gastos en el subsector de "salud reproductiva".

Cuadro 5. 4

CCAA: distribución sectorial de la AOD 2003-2002
(Miles euros - %)

	2002		2003	
	Total	%	Total	%
SALUD GENERAL	4.205	18,4	3.612	15,4
Servicios Médicos	3.540	84,2	2.499	69,2
Política Sanitaria - Gestión Admin	59	1,4	724	20,1
Enseñanza y Formación Médica	542	12,9	312	8,7
Investigación Médica	62	1,5	75	2,1
SALUD BÁSICA	14.256	62,3	15.664	66,9
Atención Sanitaria Básica	5.141	36,1	5.218	33,3
Infraestructura Sanitaria Básica	4.701	33,0	5.173	33,0
Nutrición Básica	2.680	18,8	2.163	7,7
Control Enf. Infecciosas	532	3,7	1.208	13,8
Educación Sanitaria	925	6,5	1.068	5,3
Formación Personal Sanitario	276	1,9	831	6,8
SALUD REPRODUCTIVA	4.413	19,3	4.125	17,6
Política sobre Pobl. y Gestión admin.	0	0	2.485	2,1
Atención Salud Reproductiva	1.922	43,6	1.551	37,6
Lucha contra ETS	2.363	53,6	87	60,3
Planificación familiar	893	2		0,0
Formación para Población y SR.	38	0,9		0,0
TOTAL AOD SALUD	22.873		23.401	

Fuente: Elaboración propia a partir del Listado de Proyectos 2003 (OPE)

Las comunidades autónomas dedicaron a la cobertura de necesidades básicas un total de 51 millones de euros, lo que supone el 25,8% del total de sus recursos de ayuda. De este modo, se puede decir que las comunidades autónomas cumplen con el compromiso suscrito en Copenhague de dedicar el 20% de la ayuda a las necesidades básicas. Dentro de ese ámbito, el grueso de los recursos (42%) se dedica al abastecimiento de agua y a la ayuda multisectorial, quedando para la educación y la salud en torno al 19% y 39% de los recursos, respectivamente (cuadro 5.5). A su vez, dentro de los gastos en salud computables como necesidades básicas, cerca del 80% corresponde al subsector de "salud básica", quedando el 20% restante para los programas de población y salud sexual y reproductiva.

Como se ha visto anteriormente, el análisis más desagregado revela que las partidas que canalizan el grueso de los recursos son las correspondientes a la atención sanitaria básica, los gastos en infraestructuras, la lucha contra enfermedades de transmisión sexual, el control de enfermedades infecciosas y la atención a la salud reproductiva.

Cuadro 5. 5 **CCAA: necesidades sociales básicas en 2003**

CRS	Descripción del Sector	Total (euros)	% Sub-sector	% Sector
SALUD		19.789.078		38,8
	SALUD BÁSICA			
12220	Atención Sanitaria Básica	5.218.536	26,4	
12230	Infraestructura Sanitaria Básica	5.173.891	26,1	
12240	Nutrición Básica	1.208.028	6,1	
12250	Control Enfermedades Infecciosas	2.163.606	10,9	
12281	Educación Sanitaria	831.831	4,2	
12282	Formación Personal Sanitario	1.068.110	5,4	
	Total:			79,2
	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA			
13010	Política sobre Población y Gestión admin.	87.906	0,4	
13020	Atención Salud Reproductiva	1.551.219	7,8	
13030	Planificación familiar	0	0,0	
13040	Lucha contra ETS (inc.sida)	2.485.951	12,6	
13081	Formación para Población y SR.	0	0,0	
	Total:			20,8
EDUCACIÓN		9.872.701		19,3
11220	Educación Primaria	7.123.043	72,1	
11230	Capacitación básica de jóvenes y adultos	2.025.080	20,6	
11240	Educación Primaria Infancia	724.579	7,3	
OTROS		23.370.981		41,9
14020	Abastecimiento y depuración de agua-sistemas de envergadura	285.722	1,3	
14030	Abastecimiento y depuración de agua-sistemas menores	5.045.167	23,6	
43020	Ayuda Multisectorial para SSB	16.040.093	75,1	
TOTAL		51.032.761		100,0
% NSB/ AOD		25.8%		

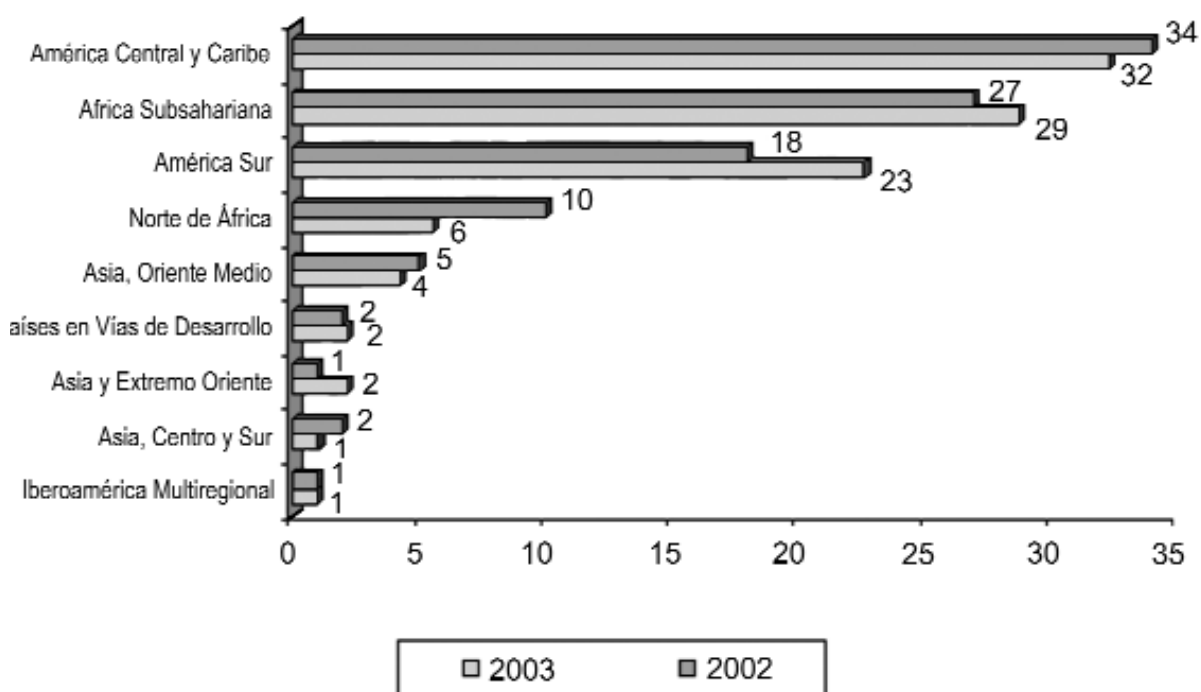
Fuente: Elaboración propia a partir del Listado de Proyectos 2003 (OPE)

4. Distribución geográfica de la ayuda autonómica en salud

La cooperación autonómica española se concentra fundamentalmente en América Latina, destinándose a esta región más de la mitad de los recursos. La relevancia que tiene la región americana en la ayuda autonómica supera a la que tiene en el total de la ayuda española. Las comunidades autónomas y corporaciones locales en algunos casos han establecido prioridades geográficas en sus convocatorias, por ejemplo atendiendo a vínculos históricos o culturales, a la presencia de ciudadanos de origen local o a la procedencia de la inmigración, que explica en parte la preponderancia de América Latina en el destino de la ayuda. También contribuye a ese resultado la preferente orientación de las ONGD hacia aquella región, lo cual se refleja en los proyectos presentados a cofinanciación.

La distribución de la ayuda autonómica en salud confirma los anteriores juicios, aunque con ciertos matices. En concreto, hacia América Latina (Centroamérica y América del sur) se dirige el 55% de la ayuda sanitaria de las comunidades autónomas (gráfico 5.4). África Subsahariana ocupa un segundo lugar en la distribución de la ayuda, con el 29% del total de los recursos. Otras regiones como el norte de África y Oriente Medio captan el 6% y 4% del total de los recursos, respectivamente.

Gráfico 5. 4 **CCAA: distribución regional de la AOD en salud 2003-2002 (%)**



Fuente: Elaboración propia a partir del Listado Proyectos 2003 (OPE)

Si hubiese que destacar un rasgo diferencial en la distribución regional de la cooperación autonómica en salud, éste sería el peso que adquiere África Subsahariana como receptora de ayuda. El análisis de la composición de la ayuda sanitaria puede ayudar a explicar este comportamiento: en torno a África Subsahariana se concentra más de la mitad (el 56%) de los gastos realizados en materia de salud sexual y reproductiva (cuadro 5.6). América Latina, sin embargo, concentra el grueso de los gastos en los otros dos componentes: "salud general" y "salud básica", que es el que moviliza mayor volumen de recursos, como se ha visto en páginas anteriores.

Cuadro 5. 6 **CCAA: regiones por sectores - 2003 (%)**

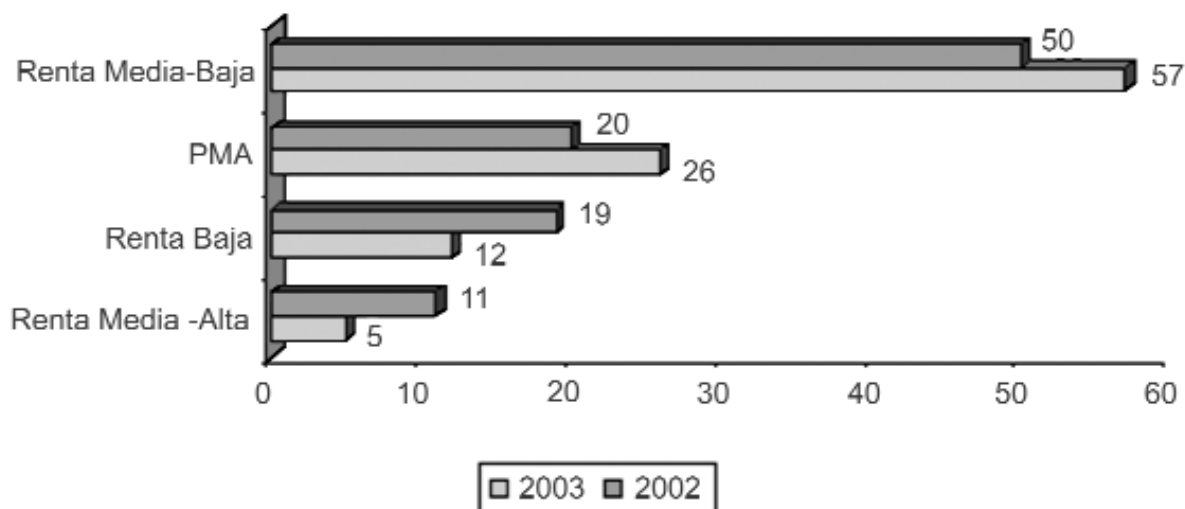
Regiones	Salud General	Salud Básica	Salud Sexual y Reproductiva
África Subsahariana	24	23	56
América Central y Caribe	66	56	42
Norte África	5	7	
Asia y Extremo Oriente	5	8	3
Iberoamerica (Sin especificar)		1	
Asia-Centro y Sur		2	
PVD	1	3	
TOTAL	100	100	100

Fuente: Elaboración propia a partir del Listado de Proyectos 2003 (OPE)

La distribución regional señalada tiene sus consecuencias en términos de asignación de la ayuda de acuerdo con los niveles de renta de los receptores. De nuevo, se observa una cierta singularidad en la distribución de la ayuda autonómica, ya que en este caso los países PMA adquieren una significación (26% de los recursos) de la que carecen para el conjunto de la ayuda española en el sector. En todo caso, como es habitual en la cooperación española, son los países de renta media-baja los que encabezan la relación, captando más de la mitad (el 57%) de los recursos (gráfico 5.5). Lo que es acorde con la preferente dedicación de la ayuda hacia la región americana, compuesta predominantemente por este tipo de países.

Gráfico 5. 5

CCAA: distribución AOD en salud por nivel de renta de los países beneficiarios - 2003-02 (%)



Fuente: Elaboración propia a partir del Listado Proyectos 2003 (SGEP)

La relación de principales países beneficiarios confirma los rasgos anteriormente enunciados (cuadro 5.7). De entre los diez principales receptores sólo dos pertenecen al grupo de países menos adelantados.

Cuadro 5. 7

10 Primeros países beneficiarios 2003			10 últimos países beneficiarios 2003		
País	Total (euros)	Nivel renta*	País	Total (euros)	Nivel renta*
Cuba	2.329.926	3	Mali	56.320	1
Bolivia	1.955.603	3	Argelia	50.000	3
Perú	1.784.661	3	Ghana	46.351	2
Nicaragua	1.413.199	2	Uruguay	41.185	4
Guatemala	1.409.180	3	Haití	40.000	1
R.D Congo	1.349.715	1	Filipinas	39.937	3
Mozambique	968.407	1	Colombia	30.050	3
Honduras	909.746	3	Ruanda	21.000	1
Marruecos	763.199	3	A.Central (Sin Esp)	20.000	2
TT Palestinos	725.385	3	Níger	4.923	1
	13.609.021			349.766	

* 1. Países Menos Adelantados 2. Renta Baja 3. Renta Media-Baja 4. Renta Media-Alta

Fuente: Elaboración propia a partir del Listado Proyectos 2003 (OPE)

5. La acción humanitaria de las comunidades autónomas

La sensibilización ciudadana ante crisis humanitarias como las acontecidas en los Grandes Lagos o las derivadas de catástrofes como el huracán Mitch o el terremoto de El Salvador motivaron que las comunidades autónomas se fuesen implicando cada vez más en la financiación y gestión de la acción humanitaria. Hasta el punto de que comunidades como el País Vasco, Cataluña o Galicia, llegan a definir partidas presupuestarias y convocatorias específicas para este ámbito. En todo caso, para esa tarea las comunidades autónomas se enfrentan a un doble problema: el que se deriva de las dificultades para gestionar con la agilidad requerida los recursos para que la respuesta sea eficaz y la ausencia de la infraestructura necesaria para la logística de la ayuda humanitaria, dependiendo bien de ONG especializadas, bien del concurso de la cooperación española.

Con las limitaciones señaladas, las comunidades autónomas canalizaron en 2003 un total de 10 millones de euros en forma de ayuda humanitaria (cuadro 5.8). En conjunto, esa ayuda supone el 5,1 % del total de la AOD. En todo caso, el peso de las aportaciones es muy variado, oscilando desde los 2,5 millones de euros de Castilla-La Mancha hasta los 120 mil euros de La Rioja. En términos relativos, la región que mayores recursos dedicó a la ayuda humanitaria fue Extremadura, el 27% de sus recursos de cooperación. En un segundo nivel, con una cuota próxima o por encima del 10%, se encuentran Galicia, Canarias, Madrid y Castilla-La Mancha. El resto de las comunidades dedican a las acciones humanitarias una cuota inferior al 5% de su ayuda.

El grueso de la ayuda humanitaria de las comunidades autónomas se destinó a la atención de la emergencia, donde se concentra el 55% del total de los recursos. Los otros dos componentes de relevancia fueron la ayuda alimentaria de emergencia y la ayuda a refugiados en los países de acogida, que concentraron el 23% y 18% de los fondos respectivamente (gráfico 5.6).

Cuadro 5.8

CCAA: AOD en acción humanitaria 2003 (euros)

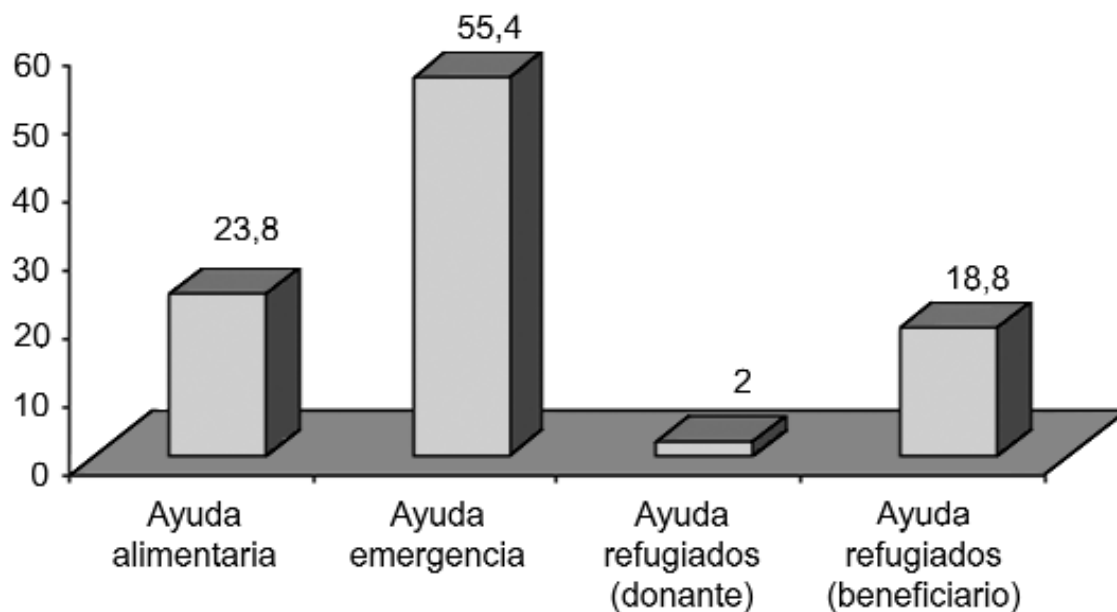
CCAA	AOD	Total A.H	% A.H/ Total AOD
Junta de CC de Castilla La Mancha	27.473	2.540	9,2
Generalitat de Cataluña	26.729	1.545	5,8
Comunidad A. Vasca	28.456	1.399	4,9
Comunidad de Madrid	9.958	1.013	10,2
Xunta de Galicia	4.907	889	18,1
Gobierno de Canarias	6.809	775	11,4
Junta de Extremadura	1.902	524	27,5
Gobierno de Islas Baleares	9.704	464	4,8
Comunidad Foral de Navarra	13.343	330	2,5
Diputación General de Aragón	4.513	175	3,9
Junta de Castilla y León	3.828	133	3,5
Comunidad A. de Cantabria	5.401	128	2,4
Principado de Asturias	6.495	123	1,9
Comunidad A. de La Rioja	2.522	120	4,8
Generalitat de Valencia	15.273	0	0,0
Junta de Andalucía ³⁴	25.817	0	0,0
Región de Murcia	1.818	0	0,0
TOTAL	194.948	10.163	
% Ayuda Humanitaria sobre AOD	5,2		

Fuente: Elaboración propia a partir del Listado Proyectos 2003 (OPE)

Este tipo de ayuda se ha orientado preferentemente hacia Oriente Medio, que concentra el 36% de los recursos (gráfico 5.7), siendo Palestina la principal beneficiaria. África Subsahariana constituye otro destino relevante, absorbiendo el 27% de los recursos. América Latina y el norte de África captan cuotas similares de ayuda, con el 14% y 17% del total.

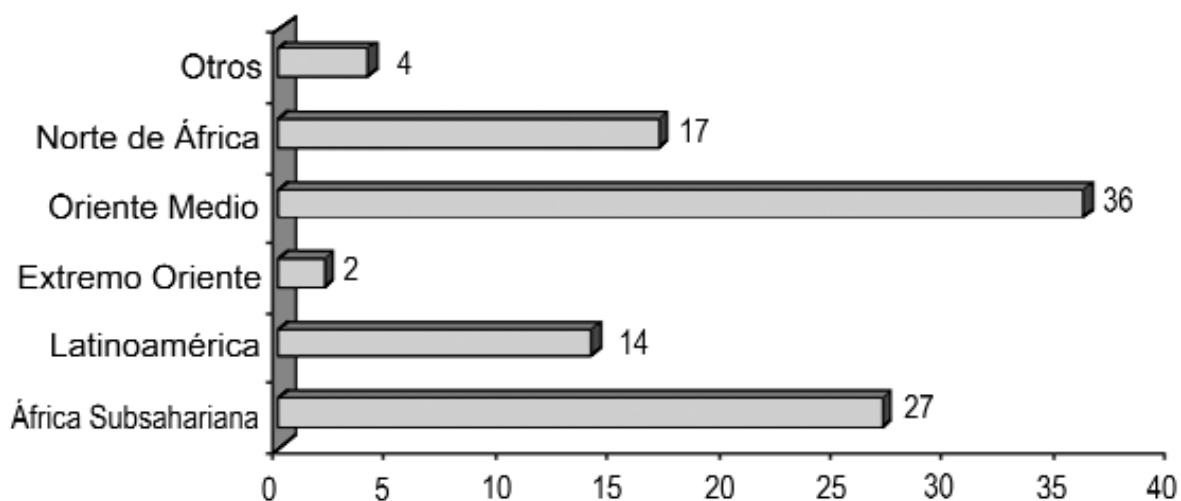
34. La Junta de Andalucía comprometió 10 millones de euros junto con los ayuntamientos andaluces en la emergencia de Iraq. Aunque se desconoce si estos fondos fueron desembolsados en su totalidad, hubo organizaciones, entre ellas Médicos del Mundo, que sí recibieron.

Gráfico 5. 6 **Gráfico Composición de la ayuda humanitaria (%)**



Fuente: OPE

Gráfico 5. 7 **Distribución de la ayuda humanitaria autonómica (%)**



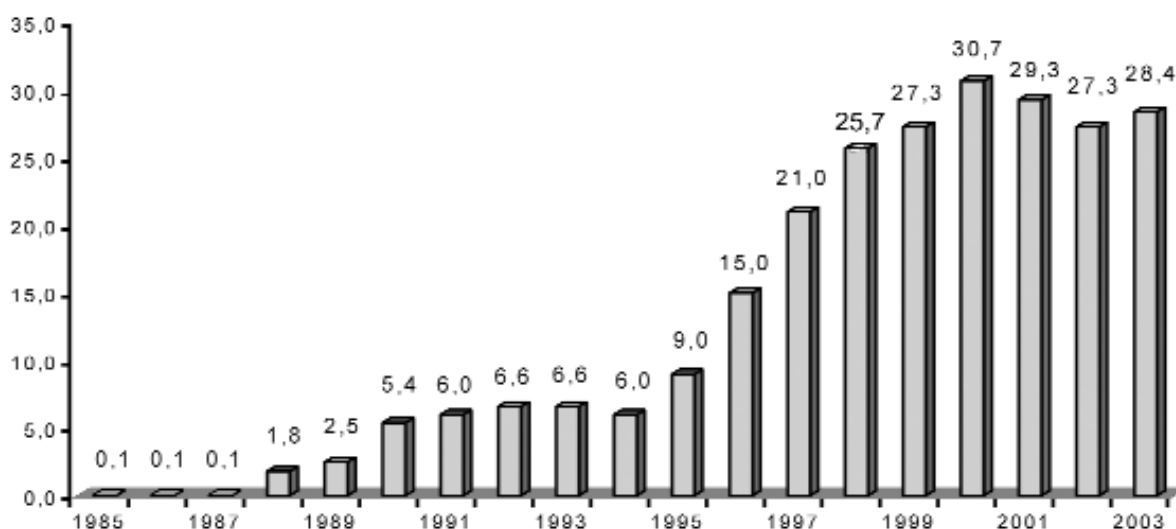
Fuente: OPE

6. Estudio de caso: País Vasco

Introducción

La Comunidad Autónoma del País Vasco es una de las comunidades que más temprana y activamente se comprometieron con el despliegue de una política propia de cooperación al desarrollo. En concreto, la cooperación vasca nació en 1985, cuando estableció una partida presupuestaria, entonces mínima, en respaldo a la acción de ayuda gestionada por las ONGD vascas. Desde entonces la ayuda vasca ha seguido una tendencia creciente, que sólo en los últimos años parece haberse contenido (gráfico 5.8).

Gráfico 5.8 País Vasco: evolución de la AOD (Millones de euros)



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Dirección de Cooperación al Desarrollo del País Vasco

En paralelo a su proceso de expansión presupuestaria, la cooperación vasca fue ampliando su repertorio de instrumentos, fortaleciendo su marco institucional y de gestión de la ayuda. Para consolidar normativamente este ámbito competencial se elaboró un Anteproyecto de Ley de Cooperación para el Desarrollo que en estos momentos está en discusión. Asimismo, para mejorar la capacidad estratégica de su ayuda, se presentó recientemente un borrador de Plan Director de la Cooperación Vasca para el período 2005-2008.

La Ley de Cooperación establece como objetivo de la cooperación vasca "el compromiso de promover el desarrollo humano y sostenible de los pueblos". Se subraya el papel de acompañamiento de la cooperación, exenta de "cualquier pretensión de imposición de modelos culturales, económicos o ideológicos", y se reafirma la "equidad de género como principio esencial para el desarrollo humano y sostenible". A su vez, se entiende que la cooperación debe ir dirigida a erradicar "las desigualdades, impulsando la promoción de una mayor igualdad en el acceso a bienes y servicios, una garantía de sostenibilidad de las acciones y un enfoque de desarrollo humano".

A su vez, el borrador de Plan Director define un objetivo específico, cuatro enfoques transversales y cinco líneas sectoriales. La erradicación de la pobreza es el objetivo específico al que debe orientarse la cooperación vasca en su conjunto. En cuanto a los enfoques transversales se señalan el desarrollo de las capacidades locales, la equidad de género, la sostenibilidad ecológica y la defensa y promoción de los derechos humanos. Entre las líneas sectoriales de trabajo se identifican las necesidades sociales prioritarias, el desarrollo de la economía popular, el apoyo al poder local, la promoción de la identidad cultural y la educación para el desarrollo.

Dentro de esta estructura, las actividades en materia de salud caen en el seno del sector denominado de necesidades sociales prioritarias. En este ámbito el Plan Director prevé desarrollar las siguientes líneas de actividad: educación sanitaria, prevención y control de enfermedades, medicina preventiva básica, formación de personal sanitario y estructura sanitaria local. Más allá de la equívoca denominación de estas líneas de trabajo, apenas hay nada más en el borrador del Plan Director que permita conocer los compromisos presupuestarios o principios estratégicos del trabajo en el ámbito de la salud.

6. 1. El sector salud en la cooperación vasca

Tal y como se aprecia en el cuadro 5.9, el peso relativo de la ayuda en salud ha sido muy variable a lo largo de los años, aunque la cuota agregada del periodo fue cercana al 11%. Estos datos apuntan a la elevada variabilidad de la composición sectorial de la cooperación vasca.

Cuadro 5.9

Distribución de la AOD en salud 1988-03 (euros)

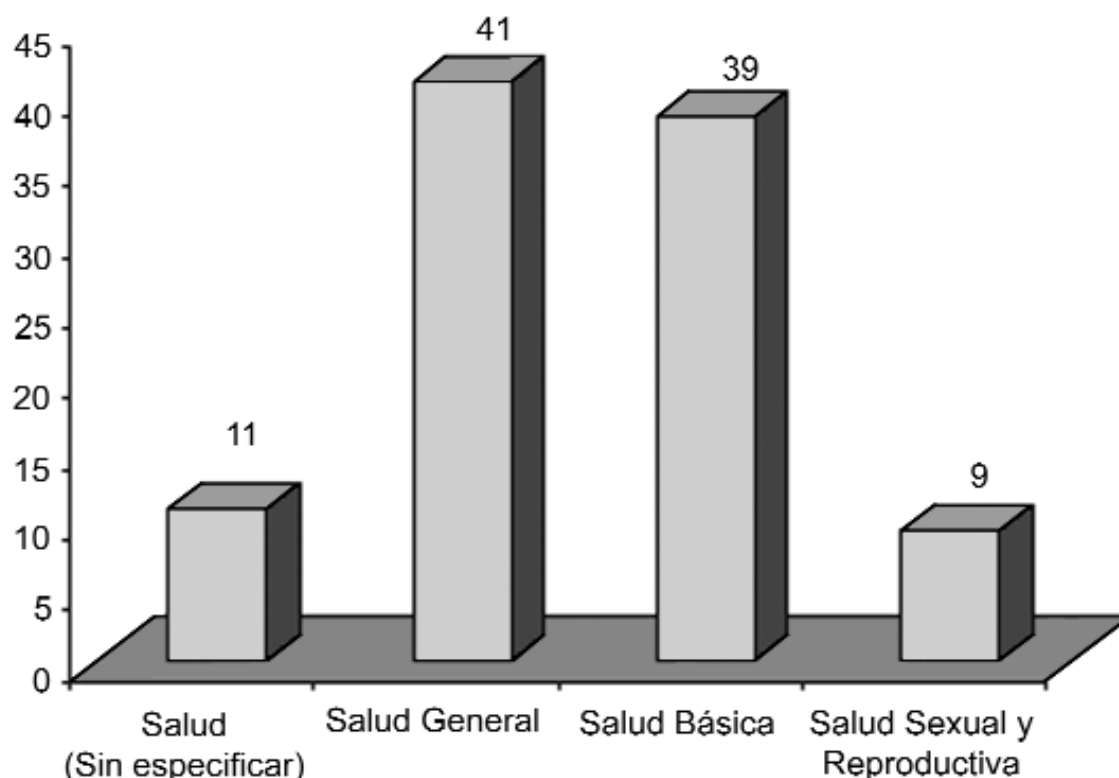
Año	AOD Total (Miles €)	AOD Salud (Miles €)	% Variación	% Salud/ AOD Total
1988	1.803	313		17,4
1989	2.584	324	3,5	12,5
1990	5.409	511	57,7	9,4
1991	6.010	246	-51,8	4,1
1992	6.611	1.348	446,3	20,4
1993	6.611	725	-46,2	11,0
1994	6.010	961	32,5	16,0
1995	9.016	846	-11,9	9,4
1996	15.026	1.969	132,5	13,1
1997	21.036	2.345	19,1	11,1
1998	25.705	1.687	-28,1	6,6
1999	27.342	3.317	96,6	12,1
2000	30.789	3.414	2,9	11,1
2001	29.324	1.949	-42,9	6,6
2002	27.268	3.394	74,2	12,4
2003	28.456	3.277		11,5
TOTAL	249.002	26.626		10,7

Fuente: Elaboración propia a partir de proyectos de la Dirección de Cooperación al Desarrollo del País Vasco

Si se considera el conjunto del período, se observa que en 1992 se produce un notable incremento en la aportación en materia de salud, haciendo que la cuota de los gastos respecto al total de la AOD ascienda al 20%. Ello es debido a dos proyectos de envergadura: el primero en Rwanda, por un total de 445 mil euros, bajo el título "Proyecto integral en salud del distrito de Rukoma"; y el segundo, de 240.404 euros, dirigido a Camerún bajo el título general de "Asistencia sanitaria".

El análisis de los datos de los últimos seis años permite identificar la composición básica de la ayuda sanitaria. El grueso de la ayuda se divide, en cuotas similares, entre el subsector de "salud general" (41%) y el de "salud básica" (39%) (gráfico 5.9). Es bajo, sin embargo, el peso del subsector de "salud sexual y reproductiva", que apenas supera el 9% del total de los recursos.

Gráfico 5. 9

**País Vasco: distribución sectorial AOD salud
1998/2002 (%)**

Fuente: Elaboración propia a partir de proyectos de la Dirección General de Cooperación Vasca

El análisis de la información desagregada permite conocer con mayor precisión el contenido de la ayuda vasca en salud (cuadro 5.10). El grueso de la ayuda se reparte, en proporciones similares, entre los gastos en "salud básica" y en "salud general". No obstante, hay una importante cuota, tanto en estos subsectores como en el conjunto del sector, de gastos sin especificar. Hecha esa salvedad, dentro de la "salud básica", los componentes más relevantes son los que se refieren a infraestructura básica y atención sanitaria. Por su parte, en "salud general", el componente más relevante es el que se refiere a gastos en "servicios médicos". El análisis de la composición de la ayuda vuelve a destacar la limitada significación que tiene el subsector de "salud reproductiva": la única partida relevante en ese agregado es la que se refiere a los gastos en la lucha contra las enfermedades de transmisión sexual (incluido el VIH/SIDA).

Distribución sectorial de la AOD en salud, 1998-2003 (Miles euros)

Sectores	1998	1999	2000	2001	2002	2003	TOTAL	%
SALUD GENERAL							6.125	35,9
Política sanitaria y gestión admn.							0	0
Enseñanza y formación médicas		660	321			31	1.012	5,9
Investigación médica		187					187	1,1
Servicios médicos	154	847	713	44	1.342	409	3.508	20,6
Salud (Sin especificar)	473	369	187		372	16	1.417	8,3
SALUD BÁSICA							7.237	42,5
Atención sanitaria básica		10	694	273	389	242	1.607	9,4
Infraestructura sanitaria básica		610	220	696		677	2.204	12,9
Nutrición básica						64	64	0,4
Control de enf. Infecciosas						93	93	0,5
Educación sanitaria		37	602		97	423	1.159	6,8
Formación de personal sanitario					60	140	200	1,2
Salud Básica (Sin especificar)	869	243		469	35	294	1.910	11,2
SALUD REPRODUCTIVA							1.387	8,1
Programas y políticas sobre PSR	90	37					127	0,7
Atención en salud reproductiva							0	
Planificación familiar							0	
Lucha contra ETS (incl: SIDA)				469	692	100	1.260	7,4
Formación para Población y SR							0	
SALUD (Sin especificar)	101	318	678		407	787	2.292	13,5
Total Año y Total Salud	1.687	3.318	3.415	1.951	3.394	3.276	17.041	100

Fuente: Elaboración propia a partir de la lista de proyectos de la Dirección General de Cooperación Vasca

6. 2. Distribución geográfica de la ayuda en salud

Como sucede con buena parte de la ayuda, la canalizada al sector salud se orienta preferentemente hacia América Latina. A esa región se destinaron el 70% del total de los recursos de cooperación en salud correspondientes al período objeto de estudio (cuadro 5.1 1). También, es comparativamente relevante el peso que llega a adquirir Asia, que capta el 16% de la ayuda en salud, cuota que está por encima del peso que esa región tiene en el resto de la ayuda autonómica. No obstante, se aprecia un importante descenso en las aportaciones a África con respecto a periodos anteriores.

Cuadro 5. 11 **País Vasco: evolución de la distribución geográfica en AOD en salud (%)**

Región	Media Simple 98-01	2002	2003
África	21,6	37,6	5,4
Asia	19,1	0,0	16,1
Centroamérica-Caribe	28,5	54,1	47,5
Europa	10,1	0,0	0,0
Sudamérica	20,7	8,3	31,1
TOTAL	100,0	100,0	100,0

Fuente: OPE

La distribución regional tiene su reflejo en la asignación de la ayuda de acuerdo con los niveles de renta de los países receptores (cuadro 5.12). Más del 80% de la ayuda sanitaria durante el último periodo se orienta a los países de renta media-baja, seguido en segundo lugar de los países menos adelantados (PMA) con unas cuotas del 11% y en un tercer lugar los países de renta baja (4%). Así, en 2003 se destaca una considerable disminución en la ayuda sanitaria a los PMA y los países de renta baja con respecto al periodo anterior, frente a la media de las comunidades autónomas, que destinan en general un mayor porcentaje de ayuda a PMA y, concretamente, a África Subsahariana.

Cuadro 5. 12 **País Vasco: evolución de la distribución de AOD en salud según nivel de renta (%)**

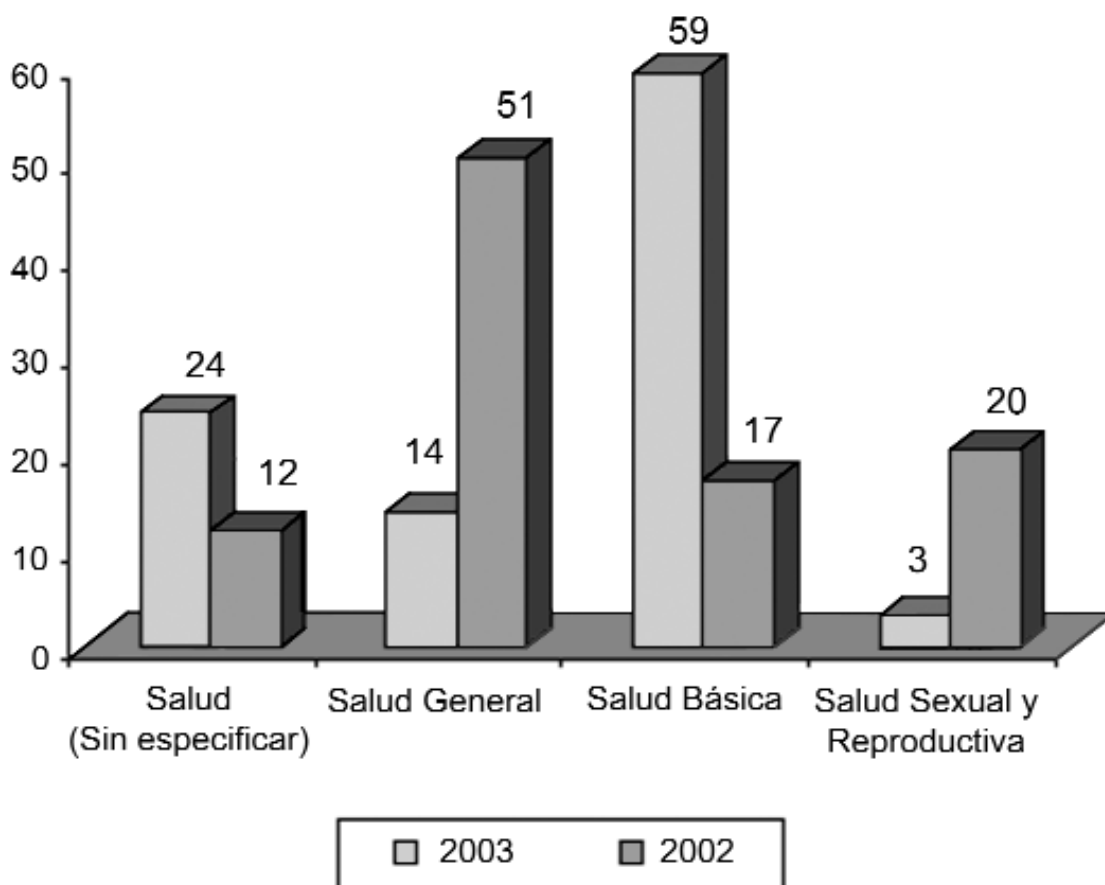
Nivel Renta	Media Simple 98-01	2002	2003
PMA	17,6	35,8	11,4
Renta Baja	23,9	18,8	4,1
Renta Media-Baja	44,2	45,4	81,6
Renta Media-Alta	4,2	0,0	2,9
Renta Alta	10,1	0,0	0,0
Total	100,0	100	100

Fuente: OPE

6. 3. La ayuda sanitaria en 2003

El FOCAD³⁵ aprobó un presupuesto de 23.5 millones de euros para 2003, de ellos 3,2 millones se han dedicado a proyectos en el sector de la salud. La distribución según los diversos subsectores de la cooperación en salud incorpora algunas precisiones respecto a lo estudiado para el conjunto del período. En concreto, en 2003 el subsector que concentra la mayor parte de los recursos (el 59%) es el correspondiente a "salud básica" (gráfico 5.10). El subsector de "salud general" cae muy notablemente respecto a años precedentes, situándose en el 14%, quedando un margen exiguo (de apenas el 3%) para los programas de "salud reproductiva". Estos datos, unidos a la comparación de los últimos dos años, confirman la ausencia de una política sectorial en el ámbito de la salud, lo que se traduce en una notable variabilidad en los fondos destinados a este sec-

Gráfico 5. 10 **País Vasco: distribución sectorial AOD en salud 2003-2002 (%)**



Fuente: Elaboración propia a partir de proyectos de la Dirección General de Cooperación Vasca 2003-02

35. El FOCAD era el Fondo de Cooperación al desarrollo del País Vasco y estaba financiado por el Gobierno Vasco y las tres Diputaciones Forales. El FOCAD se ha disuelto en 2004.

tor a lo largo de los años. Es posible que una parte de esas variaciones sean puramente estadísticas, debido al cambio en los criterios de registro por parte de la Dirección General de Cooperación, pero es difícil conocer en qué medida influye este tipo de factores.

El País Vasco cumple con el objetivo fijado en Copenhague ya que del total de la ayuda de 2003, el 28,3% se ha dirigido a necesidades sociales básicas.. Dentro del conjunto del sector de necesidades básicas, las dedicadas a la salud suponen el 25,9% del total (cuadro 5.13). En particular, es muy relevante la aportación realizada al subsector de "salud básica", especialmente debido a los gastos en atención sanitaria e infraestructura básica, que son las partidas que absorben el grueso de la ayuda. Es bajo, sin embargo, el peso de las intervenciones relacionadas con la "salud sexual y reproductiva", un rasgo ya señalado para el conjunto del período.

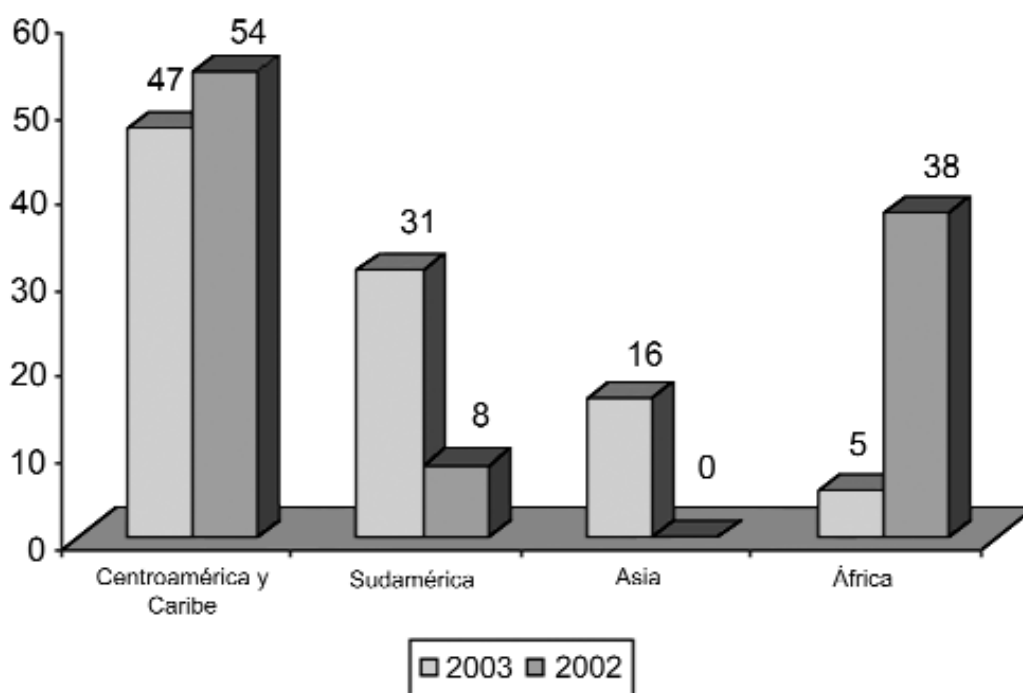
Cuadro 5. 13 **Componentes en necesidades sociales básicas 2002/03 (%)**

CRS	Descripción del Sector	2002	2003
SALUD		41,1	25,9
	SALUD BÁSICA		
12220	Atención Sanitaria Básica	15,8	20,4
12230	Infraestructura Sanitaria Básica	18,6	45,1
12240	Nutrición Básica	19,2	0,0
12250	Control Enfermedades Infecciosas	0,0	0,0
12281	Educación Sanitaria	0,0	10,9
12282	Formación Personal Sanitario	0,4	8,2
	Total:	54,0	84,6
	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA		
13010	Política sobre Población y Gestión admin.		0,0
13020	Atención Salud Reproductiva	19,0	9,9
13030	Planificación familiar	0,0	0,0
13040	Lucha contra ETS (inc.sida)	27,0	5,6
13081	Formación para Población y SR.	0,0	0,0
	Total:	46,0	15,4
EDUCACIÓN		17,3	24,9
11220	Educación Primaria	94,1	52,2
11230	Capacitación básica de jóvenes y adultos	5,6	47,8
11240	Educación Primaria Infancia	0,3	0,0
OTROS		41,6	49,3
14020	Abastecimiento y depuración de agua-sistemas de envergadura	0,8	0,0
14030	Abastecimiento y depuración de agua-sistemas menores	61,5	22,7
43020	Ayuda Multisectorial para SSB	37,7	77,3

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la OPE, 2002 y 2003

En lo que respecta a la distribución geográfica de la AOD vasca en salud, 2003 supone un cambio relevante en los rasgos analizados para el conjunto del período. Así, el 78% se dirige hacia América Latina, que es a notable distancia la principal región receptora (gráfico 5.11). Ha bajado de modo preocupante la cooperación dirigida hacia África Subsahariana, que apenas absorbe el 5% de la ayuda de 2003. Y, a cambio, parece mantenerse la significación de Asia, donde se desarrollan destacadas intervenciones en el área de salud.

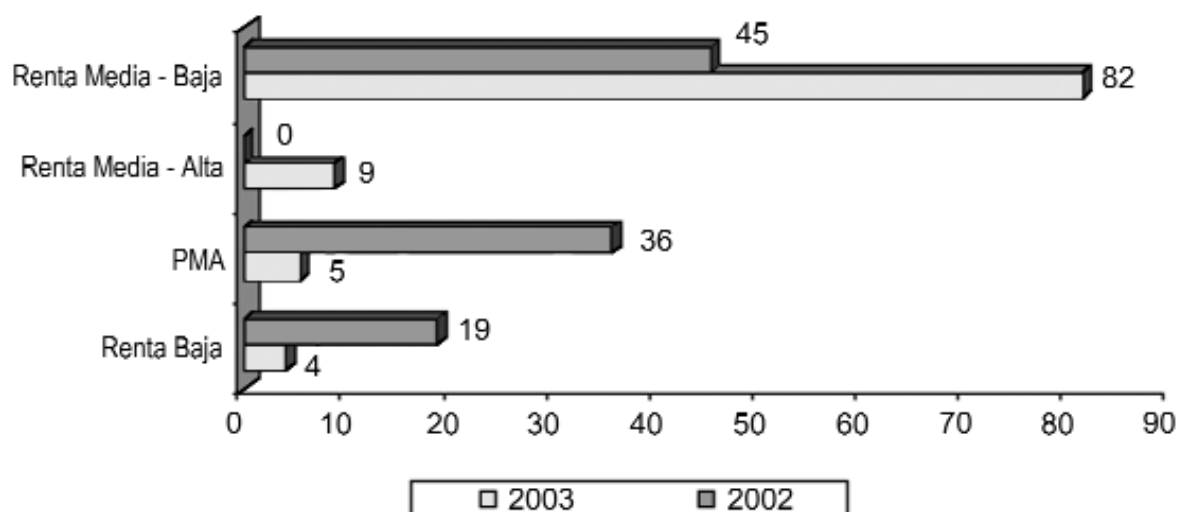
Gráfico 5. 11 **País Vasco: distribución geográfica 2003-02 (%)**



Fuente: Elaboración propia a partir de proyectos de la Dirección General de Cooperación Vasca 2003-02

La distribución regional tiene sus consecuencias en términos de niveles de desarrollo de los países receptores. Se acentúa en 2003 el protagonismo de la ayuda sanitaria dirigida a los países de renta media-baja, que concentran el 82% de los recursos (gráfico 5.12). Como consecuencia, desciende muy notablemente en el año la significación de los países menos desarrollados (PMA) como receptores de recursos, que apenas llegan a captar el 5% del total. La evolución seguida por la cooperación vasca en este aspecto parece contradecir lo esperable: de ser una cooperación con alta presencia comparativa de los países de África Subsahariana y de los PMA, en general, ha pasado a ser una cooperación que acentúa las anomalías propias de la cooperación española, concentrando los recursos sobre los países de renta media.

Gráfico 5. 12 **País Vasco: AOD en salud según nivel de renta 2003-02 (%)**



Fuente: Elaboración propia a partir de proyectos de la Dirección General de Cooperación Vasca 2003-02

La relación de los países receptores de ayuda en salud confirma los juicios anteriores (cuadro 56). De los doce receptores en el año, 7 son latinoamericanos, 3 asiáticos, 1 de Oriente Medio y sólo 1 africano. De ellos sólo 2 pertenecen al grupo de países menos adelantados (PMA).

Cuadro 5. 14 **País Vasco: países beneficiarios de la AOD en salud, 2003 (euros - %)**

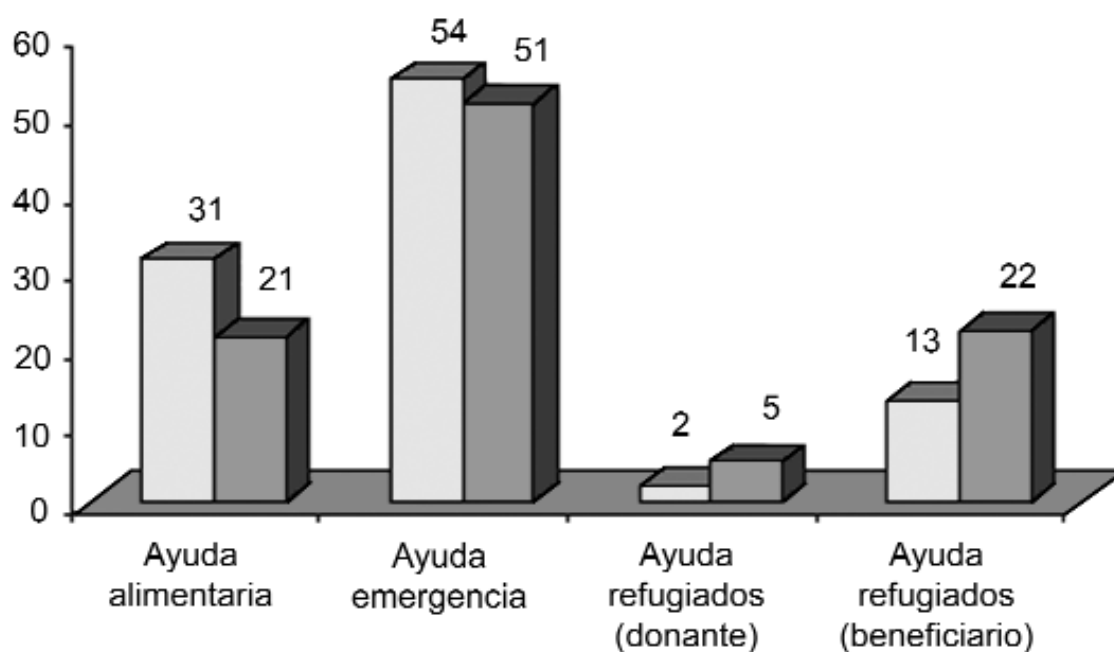
País	Total (euros)	%	Nivel renta*	Continente
Cuba	917.164	28	3	Centroamérica-Caribe
El Salvador	472.324	14	3	Centroamérica-Caribe
Ecuador	457.770	14	3	Sudamérica
Perú	270.428	8	3	Sudamérica
Ucrania	233.208	7	3	Asia
Argentina	195.335	6	4	Sudamérica
Etiopía	176.899	5	1	Africa
Guatemala	166.228	5	3	Centroamérica-Caribe
Palestina	156.881	5	3	Oriente Medio
India	134.035	4	2	Asia
Brasil	94.240	3	4	Sudamérica
Afganistán	2.892	0	1	Asia
TOTAL	3.277.405	100		

* 1. Países Menos Adelantados 2. Renta Baja 3. Renta Media-Baja 4. Renta Media-Alta

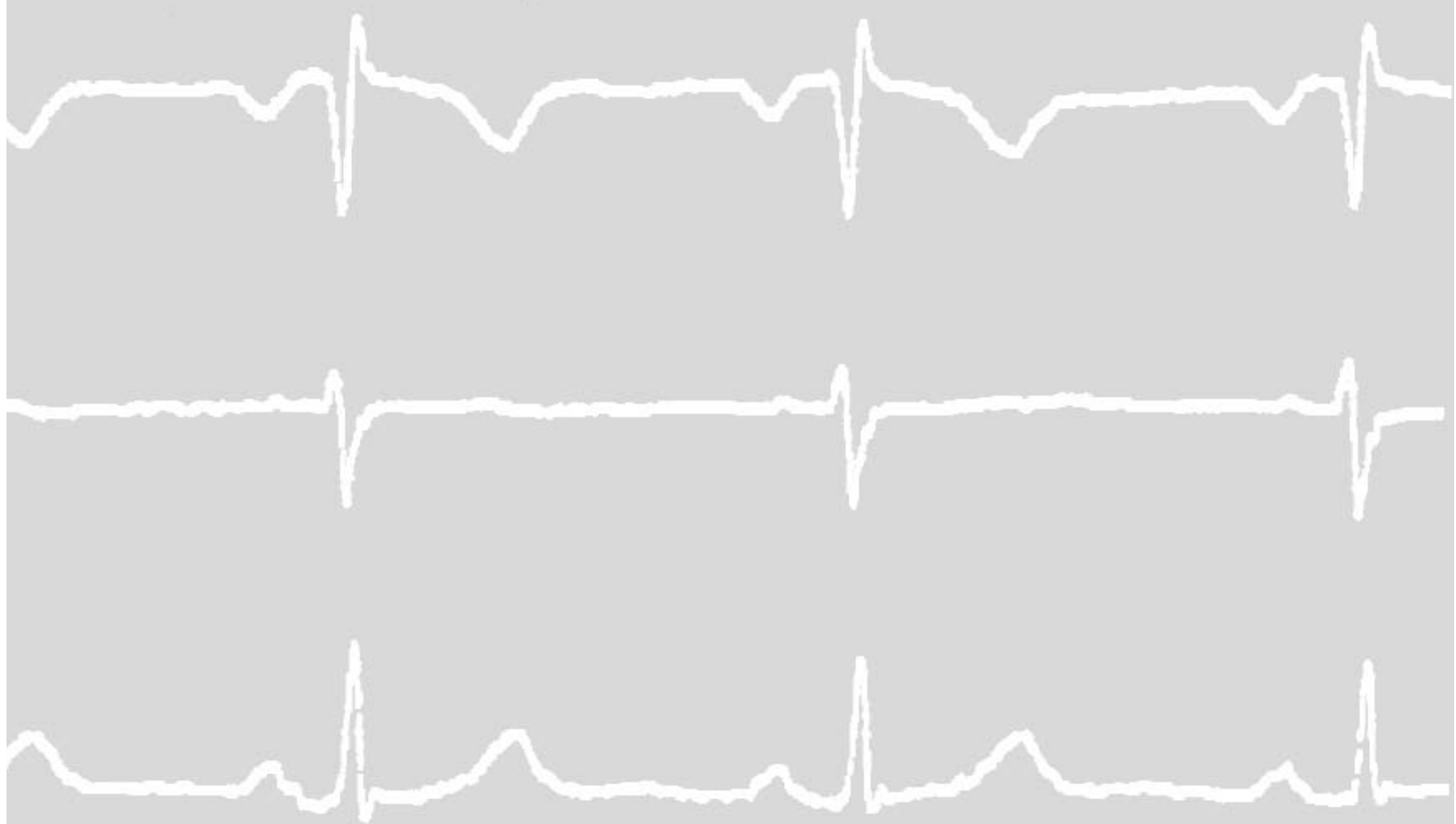
Fuente: Elaboración propia a partir del Listado Proyectos 2003 (OPE)

Por último, por lo que se refiere a la ayuda humanitaria, el gobierno vasco dedicó a este sector 1,4 millones de euros en el año 2003, aproximadamente el 5% del total de la ayuda. El grueso de estos fondos se dedicó a la ayuda de emergencia (51%), distribuyéndose el resto entre la ayuda alimentaria (21%) y la ayuda a refugiados en los países de destino (22%). Para la ayuda a desplazados en el país de origen apenas se dedica el 5% del total de los recursos (gráfico 5.13).

Gráfico 5. 13 **País Vasco: distribución de la ayuda humanitaria 2003-02 (%)**



Fuente: OPE



La privatización de los sistemas de salud

1. El derecho a la salud y las responsabilidades de los Estados

La salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos³⁶. Ya se ha visto en el capítulo 1 que la salud es un prerrequisito para la erradicación de la pobreza y para el desarrollo individual y colectivo: una convicción confirmada por la presencia de objetivos relacionados con la salud en los acuerdos de las conferencias de Naciones Unidas, así como su inclusión en las agendas del G-8 o la Organización Mundial del Comercio, entre otros.

En correspondencia, existen multitud de referencias al sector salud que se contienen en los acuerdos internacionales: La Declaración Universal de Derechos Humanos, la Declaración de los Derechos del Niño, la Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial, la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, etc.

De hecho, la salud es uno de los derechos económicos, sociales y culturales, conocidos como derechos de segunda generación, ratificados por los Estados Partes del Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), firmado en 1966, junto al Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP). Sin embargo, mientras los firmantes del PIDCP se comprometían a su puesta en práctica inmediata, los firmantes del PIDESC se obligaron solamente a lograr de forma progresiva la plena efectividad de esos derechos. En el año 2000 se publica la Observación general 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU³⁷ que desarrolla el contenido del derecho humano a la salud tal y como se contempla en el PIDESC. Según esta Observación general, el derecho a la salud debe entenderse como un derecho al disfrute de toda una

36. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud. E/C.12/2000/4, Observación general 14. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

37. Una observación general es una especie de exégesis del texto de una convención del que hace una interpretación generalmente aceptada. La Observación general 14 interpreta artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud.

El derecho a la salud abarca una serie de elementos constitutivos como son³⁸ :

- la *disponibilidad* de un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud;
- la *accesibilidad*, tanto física como económica, a estos bienes y servicios, sin ningún tipo de discriminación;
- la *aceptabilidad* ética y cultural de estos servicios;
- la *calidad* médica y científica.

Para que estos elementos que constituyen el contenido del derecho a la salud puedan desarrollarse, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales especifica las obligaciones que tienen los Estados para con este derecho. Estas obligaciones han de entenderse que no solamente son válidas en relación con sus ciudadanos, sino también en el ámbito internacional.

Al igual que todos los demás derechos humanos, el derecho a la salud impone tres tipos o niveles de obligación a los Estados Partes: la de respetar, proteger y cumplir.

La *obligación de respetar* exige que los Estados se abstengan de interferir directa o indirectamente en el acceso de las personas al disfrute del derecho a la salud. La *obligación de proteger* requiere que los Estados adopten medidas para impedir que terceros interfieran en la aplicación de las garantías previstas en el artículo 12 del PIDESC. En esta obligación se incluyen entre otras, las obligaciones de los Estados de velar porque la privatización del sector de la salud no represente una amenaza para la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios de atención de salud y la obligación de controlar la comercialización de equipo médico y medicamentos por terceros³⁹ . Por último, la *obligación de cumplir* requiere que los Estados adopten las medidas apropiadas de carácter legislativo, administrativo, presupuestario, judicial o de otra índole para dar plena efectividad al derecho a la salud. La realidad muchas veces es bien distinta: en 13 de los 27 países de desarrollo humano bajo de los que se disponen datos, las prioridades gubernamentales no se orientan hacia los servicios básicos de salud y tienen un porcentaje de gasto del PIB más alto en el sector militar que en el de la salud⁴⁰.

38.Ibídem

39.El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud. E/C12/2000/4, Observación general 14. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

40 Informe 2003 sobre Desarrollo Humano. PNUD

Estas 3 obligaciones ponen de manifiesto el papel que los Estados tienen como responsables últimos del derecho a la salud, para que éste se haga una realidad efectiva para todas las personas sin discriminación. A falta de poder exportar un modelo de Estado del Bienestar al estilo europeo, estas obligaciones serían los mínimos exigibles para que los ciudadanos puedan desarrollar una vida digna y plena.

2. La financiación de los sistemas de salud

Hay varias razones que justifican que los Estados deban asumir la responsabilidad de financiar los servicios sociales básicos como la salud o la educación, pero el principal de ellos es que los precios de mercado de esos servicios no reflejarían por sí solos su valor intrínseco y todos los beneficios sociales que generan⁴¹. En estos casos, dejar que el mercado sea el que se encargue de la asignación puede conducir a resultados no deseados tanto desde el punto de vista de la eficiencia como de la equidad. Desde el punto de vista de la eficiencia porque al tratarse de prestaciones que tienen rasgos propios de un bien público, el valor social de su provisión es superior al de la valoración individual sobre la que se construye el precio de mercado. (Recuadro 1.5). Desde el punto de vista de la equidad, porque dan sentido a un cierto derecho de ciudadanía, que debiera estar al alcance de todos, sin discriminación, lo cual no es garantizado por el mercado porque opera a través de la capacidad adquisitiva de cada persona. Así pues, debe ser el Estado el que garantice la disponibilidad (y accesibilidad) de esos servicios que se consideran básicos.

En correspondencia, los servicios sociales y, de forma especial la salud, suponen un gasto importante para los Estados, existiendo incluso la idea de que el sector de la salud contribuye muy escasamente al PIB, constituyendo un lastre para la expansión económica. Frente a esta percepción es preciso realizar dos precisiones. En primer lugar, que la salud no debe analizarse con los mismos parámetros que otros servicios, precisamente por tratarse de un derecho humano y de un bien público global cuyos beneficios no pueden traducirse, exclusivamente, en términos de los ingresos económicos privados que genera. Además, la enfermedad sí tiene unos costes económicos fácilmente cuantificables que terminan por afectar las posibilidades de progreso de los pueblos. (Recuadro 1.1). En concreto, el sida afecta fundamentalmente a jóvenes y adultos jóvenes, es decir, a la población activa que se ve imposibilitada para trabajar. Además necesitan cuidados que les suelen brindar familiares quienes, a su vez, se ven obligados a abandonar su trabajo. La consecuencia es que los hogares ven fuertemente mermada su

41. Informe de Desarrollo Humano 2003. PNUD

capacidad adquisitiva tanto por los ingresos que dejan de percibir como por los costes extras que genera la enfermedad. Traducido a cifras macroeconómicas supone una merma en las posibilidades de crecimiento y desarrollo de los países afectados.

Otro ejemplo es la morbilidad infantil. Un niño enfermo faltará a la escuela con lo que su formación será deficiente y en la edad adulta sus posibilidades de aportar y contribuir al desarrollo de su comunidad serán muy limitadas. También se debe mencionar el papel de cuidadoras que recae generalmente en las mujeres, atándolas a las tareas del hogar y alejándolas de otras posibilidades de desarrollo personal como la incorporación al mercado laboral.

Sin embargo, es cierto que el mantenimiento de los sistemas de salud supone una importante carga económica para las arcas de los Estados, especialmente para los países en desarrollo. Ante esta situación que se traduce en muchos casos en un abandono de los servicios, desde organismos intergubernamentales como Naciones Unidas o la Unión Europea se reclama al sector privado lucrativo que asuma sus responsabilidades no solo en el desarrollo económico, sino también en el desarrollo social, pidiendo, concretamente, su colaboración para dar solución a la crisis internacional de la salud.

3. La implicación del sector privado en la salud

En contra de lo que se pueda suponer, el sector privado tiene un papel importante en los países empobrecidos. Si se consolidan las cifras que aparecen en el informe del PNUD de 2004, los países de desarrollo humano bajo tienen un gasto del 24% del PIB en sanidad privada y un 24 % en sanidad pública. Es decir, hay una contribución virtualmente simétrica de los sectores público y privado en la prestación de la salud. Lo cual se explica tanto por la falta de acceso económico, cultural y geográfico de parte de la población a la sanidad pública como por la preferencia que los sectores sociales más acomodados muestran por la atención en clínicas privadas, generalmente mejor dotadas.

La implicación del sector privado en el sector de la salud se puede dar en tres niveles: en la provisión de servicios, en la financiación de los mismos y en la toma de decisiones, aunque todos los organismos internacionales subrayan que el papel de rectoría de los servicios le corresponde a los Estados. Según cuál o cuáles sean los niveles de implicación se establecerán diferentes tipos de relaciones entre el sector público, el sector privado y los consumidores, que

adoptarán, a su vez, fórmulas jurídicas diversas: concierto de servicios, sistemas de franquicias, contratación por parte del Estado de determinados servicios, subvención de servicios privados, etc.

Así planteado, la implicación del sector privado lucrativo en la provisión de servicios de salud puede plantear dudas respecto a las garantías de equidad y de cobertura de zonas complejas geográfica, social o económicamente. La empresa privada busca, como objetivo final de su actividad, el beneficio económico, algo muy legítimo, pero resulta difícil de conciliar con el derecho a la salud. Existen ejemplos como el de Chile, en el que la transferencia por parte del gobierno de la gestión de la salud a empresas aseguradoras privadas dejó sin cobertura a dos tercios de la población, dejando en manos del servicio público, entre otros, a discapacitados, ancianos, desempleados, es decir, a aquellos grupos no rentables para las aseguradoras privadas.

Según el Banco Mundial la participación del sector privado tiene el potencial de mejorar la calidad de los servicios, ampliar el suministro de bienes y servicios y liberar a los gobiernos de cargas innecesarias. Se trata de ventajas que pueden ser ciertas. De hecho, es posible que el sector privado pueda aportar, por ejemplo, unos sistemas de gestión más transparentes, una cierta racionalización del gasto sin mermar la calidad de la atención y una mayor tendencia hacia la rendición de cuentas. Pero es necesario que previamente los sistemas públicos hayan sido fortalecidos y dotados de recursos suficientes para garantizar la cobertura a toda la población y atender sus necesidades sin exclusión. Una vez que el sistema público es fuerte y está en condiciones de respetar, proteger y cumplir el derecho a la salud de su población, por razones de ahorro o por otras causas, puede plantearse algún tipo de relación con el sector privado.

Es necesario definir de forma clara y precisa lo que supone la función de rectoría asignada al Estado. Mientras que en los países desarrollados los ministerios de salud tienen la suficiente capacidad para ejercer esa función, no ocurre lo mismo en los países en desarrollo, en algunos de los cuales el principal problema viene dado por las capacidades de control de los responsables públicos en materia de salud. No es extraño que sean convencidos, por la presión de determinados organismos internacionales que defienden la teoría de la inclusión del mercado, de las bondades de la salud privada frente a la pública. Además, a la hora de implementar los servicios, esos cuadros directivos se encuentran sin las herramientas técnicas necesarias para realizar el control de la provisión que realiza el sector privado, limitando de este modo su capacidad de rectoría que, teóricamente, se les adjudica.

Un segundo problema es la financiación de los servicios. A pesar de ser la salud uno de los elementos fundamentales para el desarrollo de la sociedad, no se analizan rigurosamente las necesidades en materia de salud para planificar el uso de los recursos económicos. Lo que generalmente ocurre es justo lo contrario: se planifica el uso de los recursos con arreglo a un orden de prioridades en el que la salud ocupa un lugar secundario. Esto tiene consecuencias, también, respecto al proceso de privatización, ya que puede dejar amplias áreas sin la adecuada cobertura, al coincidir la limitada capacidad del sector público con la renuncia del sector privado a incidir en ámbitos que se consideran problemáticos o poco rentables.

El tercer problema relacionado con la rectoría es el alejamiento que tienen algunas clases dirigentes de la población a la que representan. Esta cuestión, que podría solventarse con mecanismos reales de participación recogidos en muchos procesos de descentralización, se maquilla a través de "pseudo-participaciones", donde las comunidades no pueden entrar en los procesos efectivos de toma de decisión, reduciendo su participación a una mera acción convalidatoria de lo decidido en otras instancias.

Estas disfunciones en el papel de rectoría de los Estados permite a muchas empresas privadas seleccionar sus campos de trabajo en el ámbito de la salud de acuerdo a sus intereses, de forma independiente a las necesidades sociales, dispersando los esfuerzos realizados por los servicios públicos y distorsionando las capacidades efectivas del sistema en su conjunto.

Recuadro 6. 1

Provisión de servicios de salud privados en los países en desarrollo.

Ángel Gil

Instituto de Cooperación y Voluntariado, Universidad Rey Juan Carlos

Es muy difícil hablar de la situación de la salud en los países en desarrollo y más aún de la sanidad privada, ya que si bien hay diferencias en cualquier materia entre países desarrollados y países en desarrollo, más aún las hay cuando hablamos de la salud de la población.

El primer dato a tener en cuenta, parte de los recursos que se destinan a salud siguen siendo bajos. Así, mientras que en los países desarrollados hay unos

gastos comprometidos dentro de los gastos generales para el sector salud, sin embargo en los países en desarrollo apenas si hay presupuestos establecidos para esta materia lo que dificulta cualquier planificación que se quiera hacer en esta materia.

Existen datos que ponen de manifiesto que si bien podríamos pensar en una cobertura sanitaria, aunque precaria, amplia y que llega a casi toda la población, sin embargo no es así, en los que hoy en día denominamos países menos adelantados nos encontramos con tasas de mortalidad infantil cerca de 150/1.000 nacidos vivos, una esperanza de vida que apenas llega a los 50 años.

Estudios que han analizado los modelos existentes de gastos totales en salud, así como el conjunto de la oferta de servicios de salud, ponen de manifiesto que estos modelos no explican el diferente crecimiento de proveedores públicos y privados, y como resultado la estructura de la prestación sanitaria. Por ejemplo, aunque niveles más elevados de educación están asociados con un mayor número de proveedores de servicios sanitarios, la extensión a esta mayor oferta incluye una relativa mayor distribución de proveedores privados que dependerá en un número de características específicas.

Un aspecto importante sería la construcción de un modelo teórico de los determinantes del sector privado. Para llevar a cabo esto, se necesitan datos más precisos del tamaño del sector privado para una amplia muestra de países, y una mejor información acerca de las variables específicas del sistema de salud que afectan al tamaño y el crecimiento del sector privado.

En este sentido podríamos decir, a modo de conclusión, que hay una considerable variación en los niveles de prestación privada y la composición de los médicos y camas de hospitales que lo integran en dicho sector. Otros factores que parecen estar asociados con el tamaño del sector privado incluyen el grado de urbanización, la inscripción en escuelas secundarias, y los niveles de gasto en salud. La mayor esperanza de vida y menor mortalidad infantil parecen estar asociadas con un mayor sector privado. Hay sólo una débil evidencia de una relación entre rentas y la combinación de médicos público-privados. La proporción de camas privadas está positivamente asociada con ingresos mientras otras medidas no parecen estar correlacionadas con los niveles de ingresos. La combinación de una financiación público-privada no se encuentra relacionada con la combinación en su prestación: esto sugiere que el sistema de salud no está tan claramente segmentado como el modelo simple sugeriría.

Hay un número de estructuras oficiales y no oficiales que conducen a rupturas entre la financiación y la prestación, por ejemplo, tasas de uso para servicios públicos y prácticas privadas no oficiales por funcionarios públicos. Hay datos de diferentes países que sugieren niveles muy diferentes de productividad para proveedores públicos y privados (Banco Mundial 1994). Futuros análisis deberían también incluir una valoración del rol de otros proveedores, tales como enfermeras, farmacias, curanderos tradicionales, etc.

Un área clave de análisis más profundos es cómo las características específicas del entorno regulador e institucional afectan al nivel y al crecimiento del sector privado. Estos deberían incluir más detalle acerca del sistema de financiación de salud pública, incluyendo que los proveedores privados puedan ser reembolsados por fondos de seguridad social; el nivel y la calidad de servicios públicos; el asunto del mercado laboral, tales como el total de producción de los médicos, el número de ellos empleados por el gobierno y los diferenciales de comparación de salarios; la estructura reguladora; actitudes sociales y de gobierno hacia el sector privado; y las estructuras del mercado de capital facilitando inversiones privadas en la infraestructura de la salud pública. Estas variables no son fáciles de cuantificar, y requerirán esfuerzos especiales para la recolección de datos.

Finalmente, las perspectivas de crecimiento económico mundial en un futuro próximo no van a mejorar, con el continuo descenso del ingreso per cápita en muchas economías de los países en desarrollo. Es de temer que estos países sean en el futuro más pobres y más dependientes de la ayuda exterior por lo que, lamentablemente, van a depender de ella para poder dar cobertura a los problemas salud. No sé si esto se enmarca en la sanidad privada pero de alguna manera tenemos que tener en cuenta que está fuera del sistema sanitario público de cada país y tendremos que analizar en el futuro en qué marco estamos. Queda abierto el debate y la reflexión para que busquemos bien soluciones o bien ideas claras de cara al futuro.

4. Los actores no lucrativos

Generalmente cuando se habla del sector privado se está aludiendo al sector lucrativo: empresas aseguradoras o aquellas que incluyen entre sus prestaciones los servicios de salud. Sin embargo, existen otros actores privados no lucrativos, entre los que se encuentran las ONG, que han adquirido un peso importante en la financiación y provisión de servicios de salud y, en menor medida, participan en la toma de decisiones sobre las políticas de salud. Estos actores no lucrativos suelen tener la ventaja de la cercanía y de que su interés principal suele ser el desarrollo de las comunidades donde se implican. Sin embargo, también en este ámbito pueden aparecer algunos problemas que deben ser considerados.

Normalmente los cuadros que trabajan en salud dentro de los actores no lucrativos tienen un marco de trabajo limitado, por lo que carecen de una visión general de los problemas del sistema público de salud. Además, estas organizaciones, aun cuando puedan ser activas, suelen carecer de personal altamente cualificado en planificación y gestión del sistema de salud como para orientar los servicios públicos. Por lo demás, existen actores no lucrativos que a veces instrumentalizan la salud, convirtiéndola en un medio y no en un fin de su actividad. Por ejemplo, existen discrepancias entre el sector público y diversas organizaciones religiosas sobre las medidas necesarias para controlar la pandemia del sida.

Todo ello sugiere la necesidad de que estas organizaciones estén también bajo la supervisión de la rectoría pública y contribuyan con su trabajo al fortalecimiento de los sistemas públicos de salud, siempre que el Estado cumpla con los requisitos de mínimos expuestos anteriormente para garantizar el derecho a la salud de sus ciudadanos.

5. Las tendencias internacionales

Existe una contradicción entre las obligaciones mencionadas anteriormente y los modelos asistencialistas imperantes, sobre todo en América Latina, que provienen del modelo estadounidense. La idea que se propugna es que para evitar gastos excesivos a unos Estados con escasos recursos, la sanidad pública dedique fondos a generar un paquete básico de servicios para las clases más empobrecidas, un paquete que no cubre todas las necesidades en salud de la población destinataria, dejando así al mercado aquellos componentes que exceden a ese paquete básico. En estos casos, la capacidad adquisitiva de las personas determina el grado en que se complementan las prestaciones públicas con el recurso a los servicios de

salud privada. Como consecuencia, un sector muy reducido de la población dispone de recursos económicos para cubrir los aspectos no incluidos en el paquete básico, que suelen ser los más costosos.

Este modelo no parece ser el más adecuado para países en los que los pobres constituyen el mayor porcentaje de la población y la riqueza está concentrada en pocas manos. En este contexto, el Estado debería invertir gran cantidad de recursos para cumplir con sus obligaciones y evitar las inequidades que producen este tipo de políticas. Se genera, además, una utilización perversa del concepto de atención primaria de salud, ya que a los pobres se les facilita en ese paquete básico casi exclusivamente servicios de prevención de enfermedades, mientras que el acceso a la atención a los problemas de salud y al tratamiento especializado queda para las clases medias y altas. Además, estos Estados, generalmente, no disponen ni movilizan los recursos técnicos, humanos y económicos que son necesarios, presentándose a sí mismos como ineficientes para administrar los servicios de salud; en consecuencia, la población acaba por considerar la medicina privada la mejor solución, aún cuando ésta por sí misma no asegure la universalidad del acceso.

Esta tendencia a la privatización de los servicios públicos se observa también en los acuerdos multilaterales como es el Acuerdo General del Comercio de Servicios (AGCS) de la OMC. Resulta muy curioso conocer cuál ha sido el mecanismo por el que se ha decidido qué servicios públicos deben entrar en este acuerdo y cuáles no. Defensa, justicia, policía nacional y el banco central no entran; sin embargo, sanidad, educación o agua se incluyen.

Ante la presión social existente, nadie quiere hablar de este Acuerdo como una privatización de servicios públicos. Incluso algunas de las propuestas, como la europea, explícitamente expresan que no se trata de una privatización de empresas públicas, aunque se incurra en una contradicción al afirmar que "los servicios considerados servicios públicos a nivel nacional o local pueden estar sujetos a monopolio público o a derechos exclusivos otorgados a empresarios privados".⁴²

Es cierto que la sanidad privada puede jugar un papel en la salud mundial, pero también lo es que la salud tiene características que hacen necesaria la implicación de los Estados para su garantía, como son los beneficios sociales que reporta, su calidad de bien público no rival y no excluible y la garantía de equidad y universalidad.

42. El Acuerdo General del Comercio de Servicios amenaza los servicios públicos de los países pobres. 30/09/04. Paola Álvarez

6. Estudios de casos: los ejemplos de Guatemala y Senegal

6. 1. La privatización en el proceso de la reforma de la salud en Guatemala

La Reforma de Salud de Guatemala comienza en los años 90, impulsada por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) en colaboración con el nivel central del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) y la gerencia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS). Esta Reforma buscaba mejorar la salud de los guatemaltecos, en un contexto en el que el mercado estaba introduciéndose como concepto dentro de los modelos sanitarios.

El primer paso fue dividir las funciones que se tienen que desempeñar en el sector de la salud. Mientras las de rectoría quedaban a cargo del Ministerio de Salud, aparecieron dos grandes grupos que se dividieron el financiamiento: por una parte estaba la seguridad pública ampliada y, por otra, los seguros privados de salud. Estos seguros privados se dirigían hacia las clases media y alta, las que tienen recursos para costearse los.

El papel del sector privado no acaba aquí. La seguridad pública se concentra en el Sistema Integral de Atención en Salud (SIAS) en el primer nivel de atención. Este Sistema se basa en la contratación de organizaciones privadas no lucrativas (78 en todo Guatemala) que debían ejecutar un modelo de atención que incluyera un paquete básico de servicios de salud y un modelo organizativo a nivel comunitario.

A pesar de definir que la rectoría estaba en manos de la salud pública, existen datos que sugieren la incapacidad del Estado para cumplir correctamente con esta función, promoviendo una "salud de mercado" que genera inequidades, falta de acceso e ineficiencias del sistema.

Este modelo tiene un escaso financiamiento público que se expresa en un bajo gasto per cápita (40 quetzales por persona, cuando el Banco Mundial establece para un paquete básico el doble). Este hecho limita el cumplimiento del paquete básico, ya de por sí mínimo, y obliga a las unidades prestadoras de servicios a buscar otros medios de financiación menos estables para cumplir los objetivos. Parece, pues, existir una voluntad por parte del Estado de ceder su responsabilidad para con la salud de sus ciudadanos en manos privadas.

La ausencia de un proceso de rectoría eficaz se revela en los tres siguientes problemas. En primer lugar, existe una baja o nula participación de las comunidades en el proceso, elemento indispensable para la apropiación del modelo por parte de los potencialmente beneficiarios. En la mayoría de los casos, las comunidades no participan en la toma de decisiones. Un ejemplo claro de este hecho es que son la prestadora de servicios y el Ministerio de Salud quienes firman el convenio de colaboración, sin tener la obligación de rendir cuentas a la comunidad implicada, a pesar de tener un gran protagonismo en la implementación del propio modelo. En la mayoría de los casos, la comunidad se enteró del SIAS cuando ya estaba firmado el convenio.

En segundo lugar, las condiciones específicas derivadas de la diversidad étnica existente en Guatemala apenas se tienen en consideración. La mayor parte de la población recurre a la medicina tradicional para afrontar sus afecciones. Sin embargo, la medicina tradicional no ha sido tomada en cuenta en el SIAS. Por último, el modelo ha provocado diferentes fuentes de inequidad. La primera se deriva de la división de la ciudadanía en dos categorías en relación con su capacidad de acceso a la salud: por una parte, la población más empobrecida, que solo puede acceder a unos paquetes básicos, muy limitados, en el primer nivel de atención que no cubren todas sus necesidades en salud; por otra, las personas con mayores recursos, que tienen acceso a una provisión de servicios mucho más amplia y de mayor calidad.

Según un estudio realizado en Guatemala⁴³, algunas de estas fuentes de inequidad son:

- Ante la implementación de un paquete básico carente de integralidad, universalidad y cobertura apropiada, las organizaciones que trabajan bajo convenio instrumentan diversos mecanismos, como el pago directo, la autogestión o la captación de fondos de cooperación externa, para asegurar una cobertura más completa. No obstante, esto depende del tipo de organización, su experiencia y naturaleza, por lo que dicho proceso se da de una manera muy heterogénea en las 78 prestadoras privadas.
- La contratación privada sin una debida acreditación y supervisión que asegure mínimos de homogenización en la calidad de la prestación de servicios facilita que la gran diversidad de capacidades y naturalezas de las organizaciones privadas sean fuentes de inequidad en la prestación del SIAS. Lo observado en

43 . Análisis de la implementación del modelo de primer nivel de atención en salud (SIAS) en Guatemala. Instancia Nacional de Salud (INS)-MEMISA. 2000 Verdugo, Juan Carlos

las prestadoras de SIAS es que muchas veces no llegan a ejecutar ni el paquete básico por las que son contratadas por el Ministerio de Salud. De hecho, el Ministerio de Salud definió una serie de normas para la regulación de las organizaciones privadas que proveen servicios de primer nivel del SIAS. Dicho sistema, denominado HACyA, se refiere a un proceso de habilitación, adjudicación, certificación y acreditación, que en sus indicadores de prestación de servicios únicamente toman en cuenta la atención materna (control prenatal), la vacunación, la promoción del crecimiento y el suplemento férrico para niños/as. El paquete básico del SIAS, sin embargo, contempla más prestaciones de servicio que las contempladas por el Ministerio en el HACyA.

- Se responsabiliza a la comunidad de aspectos que difícilmente pueden cubrir y que son claves para el éxito de la prestación de servicios del SIAS. Ello determina que para varias acciones del SIAS no existan las condiciones mínimas para su realización. De esa manera, el modelo del SIAS es altamente dependiente de las desiguales capacidades comunitarias, por ejemplo: la instalación de los centros de convergencia o la posibilidad de trabajar de manera voluntaria para el sistema. En la actualidad más del 90% del personal que interviene en el SIAS de primer nivel de atención es voluntario (promotores de salud y comadronas).

- Por último, se trata de un modelo de atención en salud formulado a nivel central, con pocas capacidades para ser adaptado a las características locales. No se toman en cuenta los factores locales como los diferentes grados de dispersión comunitaria, ampliamente reconocida en el ámbito rural guatemalteco, que pueden afectar directamente la ejecución del modelo. En términos de equidad, no hay un modelo diferente para situaciones diferentes, que homogeneice las condiciones de acceso a las medidas y servicios de salud. Es decir, no se plantea una metodología que conduzca los diferentes grados de exclusión de la población a un mínimo de prestación de servicios; sino al revés, se busca aplicar una metodología rígida que, al no adaptarse a las particularidades locales, es fuente de inequidad y no logra llevar ni la prestación mínima planificada.

En el mismo estudio se analizaron en detalle el funcionamiento de tres de las prestadoras de salud. Por lo expuesto anteriormente, no puede sorprender que el resultado sea que las tres prestan servicios de salud muy diferenciados y que ninguna haya logrado cumplir la aplicación del paquete básico, de acuerdo a lo estipulado por el Ministerio de Salud. De hecho, las actividades de promoción y prevención no se cumplen en la mayoría de los casos, la atención al medio no se verifica y el análisis de salud se realiza con muchas deficiencias.

Por lo tanto, se observa multitud de problemas en la implementación de la atención primaria por parte de prestadoras privadas. Si se quiere equidad, universalidad y una cierta homogeneización en el acceso a la salud de la población de Guatemala, es absolutamente necesario redefinir la función de rectoría de la salud pública. Se deberán crear procesos reales de participación de las comunidades, el sistema público deberá asumir su papel de garante de la salud y proveer con fondos, medios y personal suficientes para asegurar un acceso de todos y todas a una salud de calidad. El modelo debería ser principalmente público y, en el caso de la entrada de entidades privadas en el sistema, la incorporación debería estar convenientemente regulada, ser transparente, fundamentando adecuadamente la incapacidad del sector público para prestar los servicios para los que se pide el concurso del sector privado. Únicamente desde estas premisas se podrá asegurar en el futuro una salud de calidad, no solo en Guatemala, sino también en el resto de los países con reformas similares a las del mencionado país.

6. 2. La experiencia de Senegal: las mutuas de salud en la financiación y gestión de los sistemas de salud

Según la Organización Internacional del Trabajo (OIT) *"más de la mitad de la población mundial no tiene acceso a ninguna forma de protección social"*; este porcentaje es aún más elevado en la mayor parte de los países africanos, donde el acceso a los sistemas de seguridad social queda reservado a trabajadores del sector formal. Esta exclusión social afecta principalmente a personas que viven en el medio rural y a las que trabajan en el sector informal, que constituyen en conjunto más del 80% de la población activa, siendo por tanto la más desfavorecida y la más expuesta a los riesgos de enfermedad.

La pobreza, la reducción de presupuestos sociales y de salud, la baja eficiencia en el manejo de los recursos, la insuficiencia en la calidad y cantidad de la oferta de cuidados sanitarios y los problemas culturales son, entre otras, las principales causas de falta de accesibilidad a los cuidados básicos de salud. Para hacer frente a las limitaciones del Estado en materia de salud de su población, ésta busca organizarse desarrollando nuevas formas de protección social que permitan el acceso económico a los cuidados de salud. Es así como surgen los diversos sistemas de micro-seguros de salud. Dentro del sistema del micro-seguro de salud⁴⁴, las mutuas de salud constituyen una de las formas más extendidas, sobre todo por tener una dinámica social particular que se adapta a las diferentes situaciones en donde se emplea.

En estos últimos años, en África central y del oeste, las mutuas se están desarrollando dentro de un contexto marcado por reformas importantes en el sector de la salud, suscitando el interés de gobiernos, contrapartes sociales, personal sanitario, las ONG y la organizaciones internacionales, en particular aquellas interesadas en dar respuestas a las carencias en materia de financiación de la salud. Es interesante conocer la evolución del sistema de salud senegalés desde la independencia hasta nuestros días, para comprender su estructura actual y situar el contexto en el que las mutuas de salud se desarrollan⁴⁵.

La crisis económica de los 70 (crisis petrolera, pluviometría deficiente, débil tasa de industrialización y monocultivo del cacahuete, entre otros factores) acompañada de los programas de ajuste estructural han afectado de forma significativa al sector de la salud. De 1980 a 1988, el número de habitantes por enfermero/a pasa de 3.000 a 8.000 personas; no se realizan los gastos de mantenimiento en las estructuras sanitarias, desciende el reclutamiento de personal cualificado y se perciben restricciones en la provisión de medicamentos.

En 1987, se crea la iniciativa de Bamako con el fin de adoptar una estrategia de reformas de los sistemas de salud. Esta nueva política busca promover y movilizar recursos cubriendo costes (consultas y medicamentos), mejorar la gestión de las estructuras sanitarias solicitando la participación de la población y descentralizar el sistema público de salud. En Senegal esta estrategia se acompaña además de la descentralización y reorganización de la Farmacia Nacional de Aprovisionamiento.

Desde el punto de vista administrativo, a partir de 1991, el país se divide en 45 distritos, entre 15 y 25 puestos de salud cada uno. La sociedad civil se organiza en comités de salud cuyos objetivos son expresar las necesidades de la comunidad en materia de salud, movilizar y repartir los recursos para financiar la promoción de la salud y contribuir al equipamiento y rehabilitación de estructuras sanitarias.

44. Definición que utiliza el Bureau International du travail en sus publicaciones: Los micro-seguros de salud asocian conceptos de seguro, solidaridad y participación. Son organizaciones autónomas, sin ánimo de lucro, basadas en la solidaridad y participación democrática. Tiene como objetivo, a través de la cotización de sus miembros, mejorar el acceso de ellos y sus familias a los cuidados de salud de calidad poniendo en marcha una acción de previsión y ayuda mutua.

45. Ver estudios de casos en Senegal. USAID/PHR, BIT/ACOPAM, BIT/STEP, ANMC, WSM. Contribution actuelle et potentielle des Mutuelles de Santé au financement, à la fourniture et à l'accès aux soins de santé : Cas de Sénégal. 1998

En 1989, los hogares eran los principales financiadores de la salud, seguidos de cerca por el Estado. Sólo una minoría de la población senegalesa, los funcionarios y los asalariados del sector moderno, se beneficiaba de cobertura social. En este contexto, y como una forma más de hacer frente a los gastos en salud, comienzan a aparecer las mutuas en el noroeste de Senegal (Thies y Dakar), desarrollándose lentamente al principio para recibir un impulso importante en los últimos años⁴⁶.

Las primeras experiencias parten de la diócesis de Thies, que formó la primera mutua de salud en 1989. Durante mucho tiempo sirvió de ejemplo para la creación de otras con el mismo sistema. En la actualidad la iglesia no es la única promotora de este tipo de iniciativas: gobiernos y organismos internacionales sostienen también estos sistemas. De forma paralela, aparecen otros sistemas basados en la solidaridad tradicional, tales como asociaciones de ayuda mutua y de crédito, solidaridad familiar y toda alternativa que permita a los hogares hacer frente a los gastos en salud. No hay que olvidar que el objetivo último de la mutua es mejorar al máximo la salud de todos los miembros, proporcionándoles el acceso a los cuidados de salud de calidad.

La experiencia confirma que hay una fuerte relación entre el desarrollo de mutuas de salud y la existencia de una oferta de cuidados de calidad. La mutua contribuye a movilizar recursos, a crear una demanda de servicios y a mejorar la calidad de las prestaciones, realizando acciones de prevención y educación para promocionar la salud.

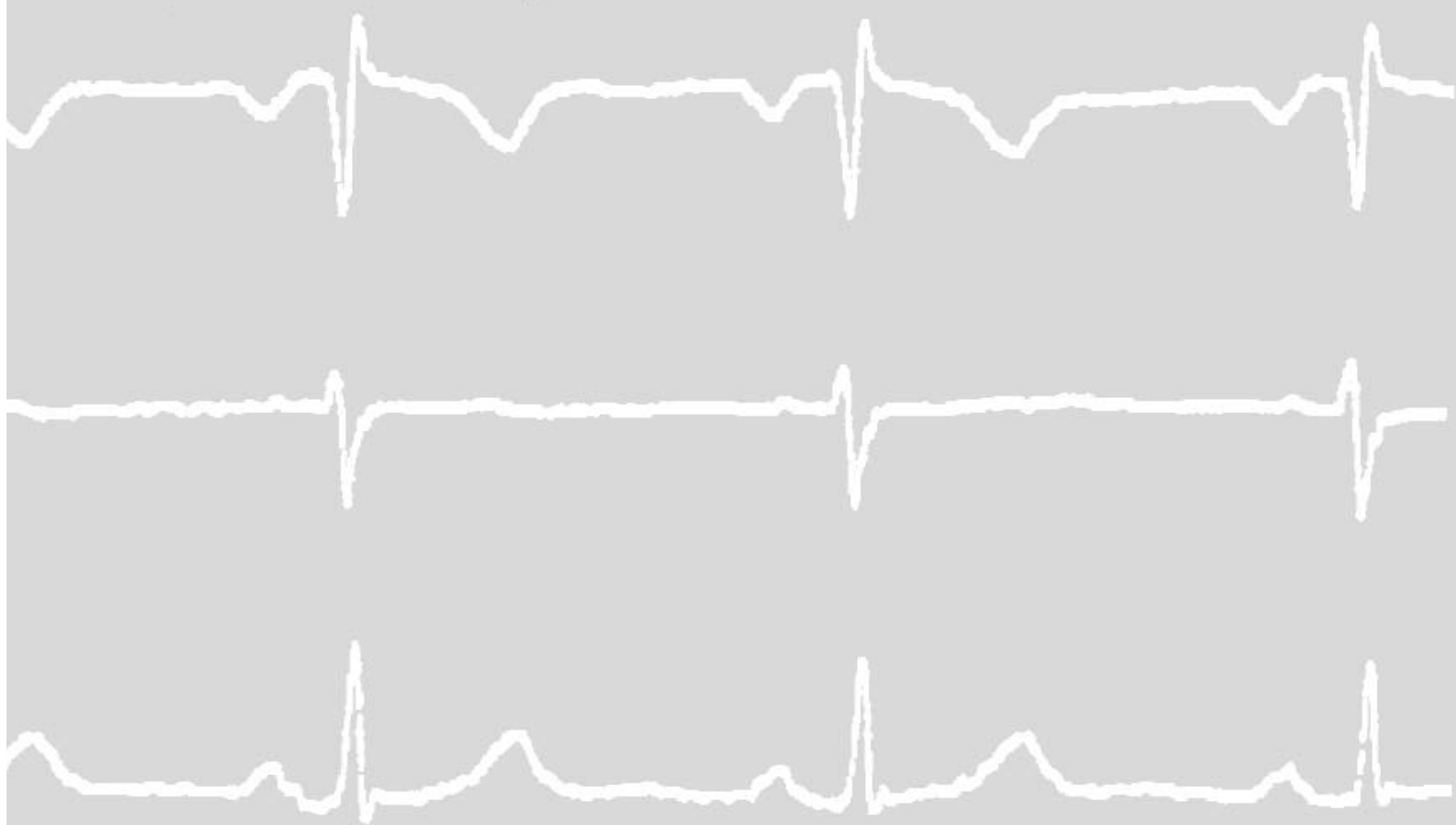
Sin embargo, también es un sistema que presenta problemas. En el momento de crear una mutua (además de tener en cuenta los cálculos de cotización, la capacidad de contribución de la población beneficiaria, la adecuación de las prestaciones a las necesidades de salud y la viabilidad técnica, entre otras) se deben prever los diferentes riesgos que pueden aparecer, tales como la selección adversa de adherentes, el consumo abusivo, la baja o elevada prescripción, los fraudes y abusos, etc. que pueden trastornar las previsiones iniciales. No se puede dominar totalmente el impacto de las prestaciones de la mutua sobre los comportamientos de las personas beneficiarias y de los prescriptores, a pesar de las estrategias de sensibilización, de los mecanismos de control ideados y de otros sistemas que intentan limitar los efectos de estos riesgos.

Las mutuas además de prever y prevenir riesgos, tienen que sortear una serie de límites relativos a la débil capacidad para incluir grupos específicos, a la falta de recursos para profesionalizar la gestión de la mutua así como a su limitada

46. Senegal ha pasado de tener 19 mutuas de salud en 1997 a tener 136 en el 2003.

capacidad de gestión: aspectos, todos ellos, que influirán en el seguimiento y la evaluación de las mismas. Esa actividad de seguimiento y evaluación ocupan un lugar importante en el funcionamiento de las mismas, permitiendo una mejora continuada en la prestación de servicios.

Las ventajas en términos de solidaridad y de reparto del riesgo que propone el movimiento mutualista hacen de él un elemento importante de las políticas de salud públicas y un elemento atractivo para las futuras poblaciones beneficiarias. Sin embargo, la extensión de estos movimientos no debe ocultar la responsabilidad de garantizar el acceso a la salud que tienen los Estados: estas iniciativas deben enmarcarse, por tanto, dentro de unos planes nacionales de salud suficientes que aseguren calidad, equidad y cobertura.



Conclusiones y recomendaciones

1. El Plan Director de la Cooperación Española debe integrar la salud como uno de sus sectores prioritarios de actuación, estableciendo una estrategia sectorial participada por todos los actores. Esta estrategia debe contener objetivos precisos, ser medible, coherente, establecer prioridades e instrumentos de actuación y estar dotada de unas previsiones presupuestarias consecuentes con el peso que tiene España en el ámbito internacional.

Actualmente podemos observar que existen incoherencias muy importantes dentro de la cooperación española entre los compromisos internacionales de amplio consenso como son los Objetivos de Desarrollo del Milenio, las políticas de salud definidas en los propios documentos de la cooperación española y las acciones que se desarrollan en este campo. Estas incongruencias afectan por igual tanto a las herramientas utilizadas en el sector, como son los créditos FAD, así como a los países o sectores definidos como prioritarios.

Para evitar este problema, el Plan Director de la Cooperación Española debe integrar la salud como uno de sus sectores prioritarios de actuación, además de revisar con detenimiento la estrategia sectorial actual de salud. Para asegurar su viabilidad y coherencia, debe permitir la participación en los procesos de todos los actores que trabajen en este sector, promoviendo aquellos elementos que permitan definir y realizar una cooperación sanitaria más coherente, eficaz, eficiente y de mayor impacto.

2. El nuevo Plan Director de la Cooperación Española debe prever un aumento progresivo del porcentaje de AOD destinado a salud.

En el año 2003, España dedicó a la cooperación en salud 131,8 millones de euros, lo que supuso el 6,9% del total de la AOD. Tanto el monto como el porcentaje de ayuda parecen insuficientes para garantizar el adecuado cumplimiento de los compromisos que España adquirió en los foros internacionales, especialmente en lo que se refiere a los Objetivos del Milenio. Para el cumplimiento de los mismos, sería necesario un fuerte incremento de la ayuda al desarrollo en general y de la

destinada a salud en particular: En concreto, los expertos calculan que es necesario un aumento de hasta el doble de la AOD mundial de aquí a 2015, y que del 21 al 23 % de la misma debería dedicarse a salud.

Por lo tanto, solicitamos al Gobierno español que comprometa un esfuerzo similar para conseguir alcanzar los objetivos en salud como instrumento base de lucha contra la pobreza. De forma progresiva, la cooperación española deberá incrementar su presupuesto para AOD el doble de la cantidad actual y, al mismo tiempo, deberá destinar específicamente en inversiones en el sector de la salud alrededor de un 22% del total de su AOD.

3. El cumplimiento de la iniciativa 20/20 requiere un incremento en más del doble del porcentaje de AOD destinado a necesidades básicas de salud.

Dentro de los gastos en salud, los dedicados a los servicios sociales básicos suponen, en 2003, el 5,3% de la cooperación no reembolsable. Esta cuota está por debajo de la que, como promedio, presentan en el último lustro el CAD (9%) o la UE (84%). Si se quiere que la cooperación española adquiera un compromiso más firme en la lucha contra la pobreza es necesario que se incremente el peso de las actividades destinadas a la cobertura de las necesidades básicas, también en el ámbito de la salud. En concreto, si se quiere responder a los Objetivos de Desarrollo del Milenio y, al tiempo, se desea cumplir con la Iniciativa 20/20, acordada en Copenhague, debe dedicarse a las necesidades básicas en salud una cuota cercana al 14% de la AOD bilateral distribuible. De nuevo, el porcentaje que se acaba de señalar constituye un objetivo al que debe encaminarse la cooperación española en los próximos años.

4. El Ministerio de Economía sigue siendo el primer contribuyente en la cooperación en salud, gestionando el 25% de los fondos. Este hecho resulta anómalo, sobre todo si comparamos dicho porcentaje con el gestionado por el Ministerio de Sanidad y Consumo, que apenas alcanza el 2% de la AOD.

Si se atiende a las instituciones responsables, el Ministerio de Economía asume una posición protagonista en la financiación de la cooperación en salud, en gran

medida como consecuencia de su responsabilidad en la gestión de los créditos FAD. De hecho, en 2003, el 25% de la ayuda sanitaria provenía de aportaciones de ese ministerio, muy por encima de la contribución realizada por el Ministerio de Sanidad, que apenas aportaba el 2% del total de los recursos.

Dado el importante contenido técnico de las intervenciones en salud, sería necesario aumentar la participación del Ministerio de Sanidad en este campo y acordar los medios de supervisión y control que aseguren que las acciones tengan como objetivo central la mejora de la salud de la población beneficiaria, más allá de la presencia de otros objetivos subsidiarios.

5. Los créditos FAD, reiteradamente cuestionados como instrumento de cooperación sanitaria, siguen teniendo un peso determinante dentro del total de la AOD. Además, se está utilizando, fundamentalmente, con los países menos avanzados, para los que supone el 43% del total de la ayuda recibida.

Un año más, la financiación de la cooperación española en materia de salud se nutre de manera muy notable de la ayuda reembolsable. De hecho, los créditos FAD suponen en torno al 24% de la cooperación española en materia de salud en el año 2003 (y el 35% de la bilateral). Se trata de un comportamiento que está muy alejado al del resto de la comunidad de donantes, que suele financiar las intervenciones en materia de salud a través de donaciones. De hecho, en el conjunto de los donantes el recurso a la cooperación reembolsable en este ámbito es manifiestamente marginal, alcanzando apenas el 3% de la AOD en salud en el caso del promedio del CAD y del 7% promedio en el caso de la UE. Así, el peso de los créditos FAD llega a alcanzar el 43% de la cooperación en salud dirigida a los países menos adelantados (PMA), el 39% en el caso de los países de renta baja y el 29% para los países de renta media-baja.

A la luz de estos datos, conviene insistir en la necesidad de revisar la pertinencia de los créditos FAD como instrumento de cooperación y si cabe en el ámbito de la salud, subrayando la conveniencia de tener en cuenta la situación y capacidad de endeudamiento de los países receptores antes de recurrir, de un modo tan protagonista, a los créditos FAD como instrumento de ayuda en este campo.

6. La composición sectorial de la AOD española en salud necesita una fuerte reorientación. Deben primar las acciones enmarcadas en la atención primaria de salud, incrementar el porcentaje destinado a programas de salud sexual y reproductiva y apoyar el fortalecimiento de los sistemas públicos de salud.

La distribución sectorial de la cooperación española en salud difiere de los patrones que se observan en los países de nuestro entorno. El primer aspecto que sobresale es la limitada atención que la cooperación española dedica a los programas relacionados con la población y la salud sexual y reproductiva. En concreto, mientras que ese sector representa, como media, el 28% y el 42% de la ayuda sanitaria de la UE y el CAD, respectivamente, en España apenas llega al 6%. Dentro de esta exigua cuota, el grueso de las acciones se concentra en el ámbito de la salud materno-infantil, descuidando aspectos tan importantes como los relacionados con la planificación familiar. A su vez, dentro del sector de "salud general", España orienta sus acciones hacia el subsector de servicios médicos especializados, relegando otros campos, como el de fortalecimiento de políticas sanitarias y gestión administrativa que están más orientados a fortalecer los frágiles sistemas sanitarios de los países en desarrollo.

En suma, el análisis de la composición sectorial de la ayuda sanitaria española revela la necesidad de avanzar en tres líneas básicas de reforma:

- En primer lugar, debería aumentarse hasta la media del conjunto de los países de la UE (20% de la ayuda bilateral bruta en salud) el porcentaje de recursos dedicado al apartado de políticas sanitarias y gestión administrativa, lo que debe ayudar al fortalecimiento de los sistemas públicos de salud, que son los garantes últimos de la salud de los pueblos.
- En segundo lugar, debería otorgarse mayor importancia, similar a la que se da en nuestro entorno, a los programas de población y de salud sexual y reproductiva, de acuerdo con los criterios elaborados y aprobados en la Conferencia de Naciones Unidas de El Cairo de 1994.
- Por último, debería otorgarse a la financiación de infraestructuras sanitarias una dimensión acorde con la relevancia que las mismas pueden tener en la mejora de la salud. En general, como principio básico, la cooperación española debería primar las acciones enmarcadas en la atención primaria de salud que, como se ha señalado, resuelve el 80% de los problemas de salud de la población, través de los ejes de salud-prevención-curación y el resto de sus nueve componentes y principios básicos.

7. Se requiere un incremento de la AOD en salud canalizada a los PMA y demás países de renta baja con la consiguiente revisión de las prioridades geográficas del Plan Director.

En lo que respecta a la distribución geográfica de la cooperación española en salud, conviene destacar que son los países de renta media los que concentran la mayor parte de los recursos. Aun cuando se pueda seguir haciendo cooperación con estos países, España debería dedicar mayor atención a los países menos avanzados (PMA), que son, por otra parte, los que presentan parámetros de salud más bajos a escala internacional. Al tiempo, debería garantizarse que la ayuda dirigida a los países de renta media tengan la lucha contra la pobreza como principal objetivo, tratando de atender, principalmente, las necesidades de los sectores sociales más vulnerables. Llama la atención la autonomía y falta de coherencia con la que se asignan créditos FAD respecto a las prioridades geográficas establecidas por la cooperación española. Todos estos aspectos deberían cambiarse para disponer de una cooperación más coherente e integrada. A este respecto, a la hora de identificar sus prioridades geográficas, la cooperación española debería tener en cuenta, principalmente, las carencias en materia de salud y desarrollo de los países afectados. Esto supondría un incremento de la ayuda canalizada hacia los PMA y demás países de renta baja. Además, todos los agentes de la cooperación oficial española, incluido el Ministerio de Economía, deberían respetar las prioridades geográficas que al efecto se señalen en el Plan Director.

8. La ayuda humanitaria es uno de los ámbitos de la cooperación española que requiere de una reforma más profunda. Es urgente modificar su peso, orientación e instrumentación. Resulta obligado incrementar los recursos disponibles al tiempo que se refuerza la estructura institucional encargada de su gestión.

Por lo que respecta a la ayuda humanitaria española, destaca la limitada dimensión e inadecuada instrumentación y orientación de sus recursos. El total de la ayuda humanitaria ha supuesto en 2003 algo menos del 5% de la AOD. En el promedio de los últimos cinco años, la ayuda humanitaria apenas alcanza el 3% de la AOD, cuando la media del resto de los donantes del CAD supera el 7%. Además, es muy débil la estructura institucional para la gestión de la ayuda humanitaria, un problema que es tanto más grave cuanto se amplía el número de actores implicados en las intervenciones. En este sentido, se aprecia una falta de definición

acerca del papel de actores -como el Ministerio de Defensa- que han pasado a tener un protagonismo notable en los escenarios de crisis.

Por último, es también inadecuada la combinación de instrumentos con los que tradicionalmente se ha pretendido dar respuesta a las crisis humanitarias, combinando ayuda de emergencia con el recurso a los créditos FAD, instrumento que se revela poco adecuado en circunstancias de crisis. Parece necesario, por tanto, modificar el peso, orientación e instrumentación de la ayuda humanitaria. Es obligado aumentar los recursos disponibles para este tipo de intervenciones, reforzando la estructura institucional encargada de su gestión. Paralelamente, es conveniente una cierta clarificación del papel de los diversos actores, reforzando los instrumentos de planificación y de coordinación de las intervenciones.

9. Las comunidades autónomas, en su conjunto, cumplen con el compromiso de Copenhague (dedican más del 20% de su ayuda a la cobertura de necesidades básicas). No obstante, la cooperación autonómica debe mejorar sus procesos de planificación en cooperación sanitaria e incorporar mejoras en su distribución geográfica y sectorial.

La cooperación realizada desde las comunidades autónomas alcanzó en 2003 los 197 millones de euros, de los que 23 millones se dedicaron al sector de la salud. La dimensión que tiene la ayuda es, sin embargo, muy dispar concentrándose el 50% de los recursos en salud en torno a cuatro comunidades autónomas: Navarra, País Vasco, Andalucía y Castilla-La Mancha. En términos relativos, las que dedican una mayor atención a la salud, en relación con las dimensiones de su ayuda, son: Extremadura, Navarra y Asturias. Este dato, no obstante, no responde, en todos los casos, a una estrategia definida en salud. Las comunidades autónomas, en su conjunto, dedican algo más del 20% de su ayuda bilateral a la cobertura de necesidades básicas, cumpliendo, de este modo, con el compromiso de Copenhague. Un resultado que no es ajeno al protagonismo que las ONG tienen en la definición de las intervenciones propias de la cooperación autonómica.

Al igual que con respecto a la cooperación española, las comunidades autónomas deberían comprometerse a destinar al sector de la salud un porcentaje cercano al 22%, lo que hubiera supuesto en 2003 una ayuda cercana a los 43 millones de euros. Así mismo, para avanzar hacia una cooperación técnicamente mejor fundada, sería oportuno que las comunidades autónomas se guiasen por las recomendaciones internacionales al respecto.

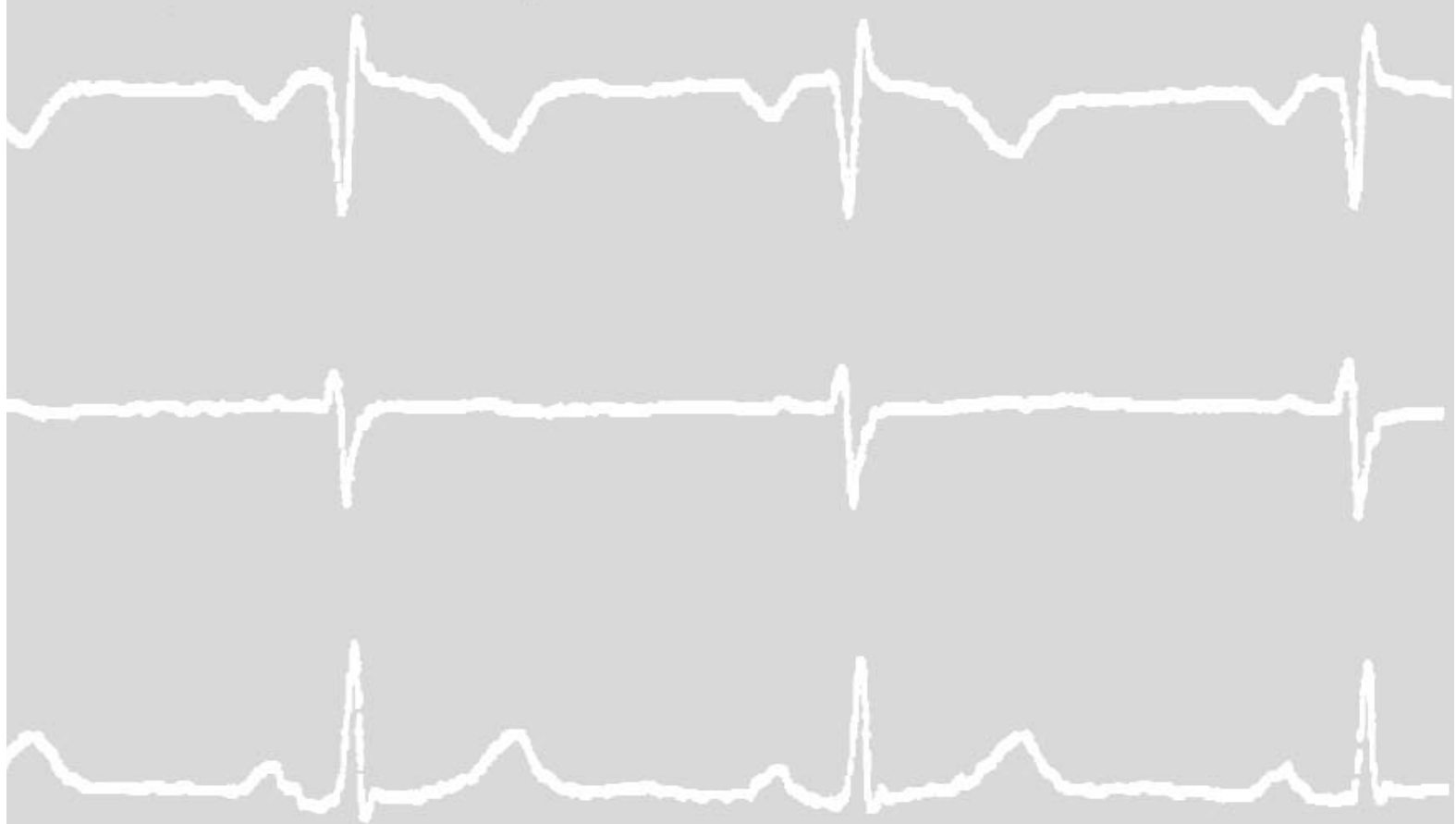
Igualmente, en el caso de la ayuda humanitaria debería tender hacia unas políticas claras en cuanto a planificación y gestión de los recursos. Las comunidades autónomas acentúan el rasgo de la cooperación española de orientar sus recursos, básicamente, hacia los países de renta media. En concreto, hacia América Latina se destina el 55% de la ayuda autonómica en materia de salud. Sería conveniente que, de forma gradual, este patrón de distribución geográfica de la ayuda se fuese reorientando para dar una mayor atención a los países más pobres. Finalmente, por lo que se refiere a la composición sectorial de la ayuda en salud, además de que las comunidades autónomas también destinan la mayor parte de sus recursos a salud básica, su aportación a salud sexual y reproductiva es superior a la cooperación de la Administración central, lo cual es un rasgo positivo.

10. La coordinación y coherencia de la cooperación autonómica debe mejorar si se quiere incrementar la eficacia y el impacto de la ayuda. Iniciativas como el Programa VITA constituyen un reto para la coordinación de los múltiples actores de la cooperación en salud.

La mayor parte de las comunidades autónomas, trece de las diecisiete, tienen (o tendrán en breve) una ley de cooperación. Algunas (las menos) disponen de planes estratégicos o están en curso de elaborarlos, pero sólo una tiene definida una estrategia de cooperación en materia de salud. Pese a esta carencia, empiezan a darse experiencias de interés de coordinación entre las distintas comunidades autónomas y entre ellas y la AECl. Un ejemplo es el Programa VITA de Salud para África, que debe ser objeto de apoyo y seguimiento conjunto. Ahora bien, si las comunidades autónomas desean realizar una ayuda más eficaz en salud deben desarrollar estrategias claras para el trabajo en el sector, tratando de mejorar los niveles de coordinación y coherencia del conjunto del sistema español de AOD. De la misma manera que la cooperación de la Administración central, las comunidades autónomas deberían replantear la distribución de sus recursos, tanto sectorial como geográficamente, para otorgar mayor atención a los PMA y utilizar los principios de la atención primaria de salud y los Objetivos de Desarrollo del Milenio como referentes de su acción.

11. Los sistemas públicos de salud tienen la obligación de ejercer adecuadamente su función de rectoría, condición indispensable para asegurar unos servicios de salud de calidad para sus ciudadanos. Así mismo, deben garantizar un acceso equitativo a estos servicios en aquellos países donde los sistemas privados de salud están muy extendidos.

Existe una tendencia a suponer que debe incrementarse la participación privada en el funcionamiento de los servicios de salud. Esta iniciativa tiene ventajas e inconvenientes, lo que desaconseja que se adopten posiciones intransigentes al respecto. No obstante, antes de avanzar en esa línea, conviene asegurarse de que los sistemas públicos disponen de la capacidad técnica e institucional suficiente para desarrollar con plena competencia su función de rectoría, garantizando la equidad, cobertura y eficacia de los servicios prestados, elementos indispensables para garantizar el derecho a la salud de todas las personas.



Anexos

Anexo I. Compromisos internacionales en salud

1978 - Primera conferencia sobre salud en Alma Ata (OMS y UNICEF)
Salud para todos en el año 2000, bajo el planteamiento de atención primaria de salud (APS)

1990- Cumbre Mundial sobre la Infancia en Nueva York (UNICEF)
Reducir la mortalidad materna e infantil y la malnutrición severa. Acceso universal a agua potable y a la sanidad.

1994- Conferencia sobre Población y Desarrollo en El Cairo (NNUU)
Población, desarrollo y salud reproductiva.

1995- IV Conferencia Mundial de la Mujer en Beijing (NNUU)
Igualdad de género y empoderamiento de las mujeres. Inequidad en materia de salud y acceso a la atención sanitaria, así como la gravedad de la violencia de género.

1995- Cumbre sobre Desarrollo Social en Copenhague (NNUU)
El Compromiso 20/20
Erradicación de la pobreza. Acceso a la atención primaria.

1996- Cumbre Mundial de la Alimentación en Roma (NNUU)
Seguridad alimentaria con relación a la salud, la agricultura y el desarrollo sostenible.

2000- Cumbre del Milenio (NNUU)
Objetivos del Milenio ODM
Se establecen los ocho objetivos del milenio por los países del Norte y del Sur.

2001- IV Conferencia Interministerial de la OMC- OMS en Doha

Acuerdo en materia de patentes, en la que la salud se antepone a los intereses económicos. Oposición de EEUU, Japón y Suiza.

- El Acuerdo sobre ADPIC y la Salud Pública, se adopta en agosto 2003. Los países en desarrollo tendrán acceso a medicamentos genéricos.

2001- Tercera Conferencia de las NNUU sobre los Países Menos Adelantados

La conferencia fue una importante oportunidad para que los países menos adelantados y sus asociados establecieran mecanismos prácticos de asociación y de coherencia política. Esta Conferencia dio por resultado el *Programa de Acción en Favor de los Países Menos Adelantados para el Decenio 2001-2010*

2001- Sesión Especial de la ONU sobre Sida

Fondo Global del Sida, la Malaria y la Tuberculosis

2002 - Conferencia Internacional sobre Financiación para el Desarrollo (NNUU)

Compromisos sobre financiación del desarrollo para la erradicación de la pobreza y la consecución de los ODM.

2002- XIV Conferencia Internacional de Sida en Barcelona (NNUU)

Ningún compromiso.

2003- Declaración de Isla Margarita - (Organización de Estados Americanos - OEA)

Consejo Interamericano para el Desarrollo Integral

Reunión de alto nivel sobre pobreza, equidad e inclusión social, Venezuela.

2003- Declaración de Seguridad en las Américas - (OEA)

Conferencia especial sobre seguridad, Méjico.

2003- Declaración de Bangkok - Tailandia.

XI Reunión de los líderes de la Cooperación Económica de Asia y del Pacífico (APEC)

Anexo II.

Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud, con sus metas e indicadores

OBJETIVOS	METAS	INDICADORES
4. Reducir la mortalidad en la niñez	5 reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de los niños menores de 5 años.	13. Tasa de mortalidad de los niños menores de 5 años 14. Tasa de mortalidad infantil 15. Porcentaje de niños de un año vacunados contra el sarampión.
5. Mejorar la salud materna	6 reducir, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes.	16. Tasa de mortalidad materna 17. Porcentaje de partos con asistencia de personal sanitario especializado.
6. Combatir el VIH/ SIDA, la malaria y otras enfermedades	7 Haber detenido y comenzado a reducir para el año 2015 la propagación del VIH/ SIDA.	18. Prevalencia del VIH entre gestantes de 15 a 24 años ^a . 19. Tasa de uso de preservativos en la tasa de uso de anticonceptivos. 20. Número de niños huérfanos por causa del VIH/SIDA.
	8 Haber detenido y comenzado a reducir para el año 2015 la incidencia de malaria y de otras enfermedades graves.	21. Prevalencia y tasas de mortalidad por malaria. 22. Proporción de la población de zonas de riesgo de malaria que aplica medidas eficaces de prevención y tratamiento de la malaria. 23. Prevalencia y tasas de mortalidad por tuberculosis. 24. Proporción de casos de tuberculosis detectados y curados con el tratamiento breve bajo observación directa (DOTS)
8. Fomentar una asociación mundial para el desarrollo	17 En cooperación con las empresas farmacéuticas, proporcionar acceso a medicamentos esenciales asequibles en los países en desarrollo.	46. Proporción de la población con acceso a medicamentos esenciales asequibles de manera sostenible.
^a Indicador relacionado con la salud notificado por la FAO únicamente. ^a Indicadores de la lista de ODM reformulados por la OMS y por el periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/ SIDA.		

Fuente: Informe sobre la salud en el mundo 2003, de la OMS.

Anexo III.

Principales compromisos mundiales del Consenso de Monterrey

Compromisos bilaterales:

- **EEUU:**
 - 2004: AOD US\$ 1.700 millones
 - 2005: AOD US\$ 3.300 millones
 - 2006: AOD US\$ 5.000 millones (y años posteriores)

- **UE:**
 - Incremento de la AOD del 0.33% al 0.39%.
 - 2006: AOD US\$ 6.000 millones
 - Para los países que están por debajo del nivel han de llegar al 0.33% para el 2006.

- **Canadá:**
 - US\$ 500 millones para los Objetivos del Plan de Acción para África del G-8.
 - Comprometido a aumentar un 8% su presupuesto de asistencia anual.

- **Noruega:**
 - Plan de Acción para Combatir la Pobreza. Se compromete a incrementar la AOD del 0.92% a un 1% del PIB en 2005.

- **Suiza:**
 - Incremento del 0.34% de AOD en 2000 a un 04% para el 2010.

Compromisos multilaterales:

- **Asociación Internacional de Fomento del BM - (AIF-13):**
 - US\$ 23.000 millones para los países más pobres del mundo

Anexo IV. Metodología

1. Glosario

- ABD:** Ayuda bilateral distribuible es la que el CAD logra asignar sectorialmente.
- AECI:** Agencia Española de Cooperación Internacional.
- AOD:** Ayuda Oficial al Desarrollo.
- AOD bruta:** Compuesta por los desembolsos que efectúa el país donante en un ejercicio determinado.
- AOD neta:** Es la AOD bruta una vez descontado los reembolsos que los PVD efectúan al país donante como consecuencia de los créditos de ayuda previamente recibidos.
- AOD bilateral:** Es la cooperación que se hace directamente de país a país. También se incluye en este apartado la cooperación multilateral. Las transacciones realizadas dentro de la cooperación bilateral, pueden ser de dos tipos:
- 1) AOD reembolsable.** Son préstamos que se conceden a los países beneficiarios. Dichos préstamos deben cumplir con el elemento de liberalidad establecido por la OCDE. Pertenecen a esta categoría: los créditos con cargo al Fondo de Ayuda al Desarrollo (FAD) y los del Fondo de Concesión de Microcréditos (FCM).
 - 2) AOD no reembolsable.** Son transferencias realizadas en efectivo o en especie respecto de las cuales el beneficiario no contrae deuda legal alguna.
- AOD multilateral:** La cooperación española multilateral comprende las cuotas y contribuciones realizadas a organismos internacionales. España desarrolla este tipo de cooperación a través de los siguientes instrumentos:
- 1) aportaciones a la Unión Europea;
 - 2) contribuciones a organismos internacionales financieros
 - 3) contribuciones a organismos internacionales no financieros.

Asignación sectorial: La distribución de la AOD bilateral española se dirige a los distintos sectores, que según la metodología del CAD distingue dos tipos de categorías: una por sectores CAD (más general: vg. sector salud) y otra por subsectores CRS (más específica: vg, dentro del sector salud: salud general, salud básica y salud sexual y reproductiva).

Ayuda alimentaria: Es la AOD cuyo objetivo es el de contribuir a la eliminación del hambre en el mundo y luchar contra la inseguridad alimentaria y la malnutrición.

Ayuda de emergencia: Es el instrumento de la cooperación española con el que se trata de dar respuesta a las importantes consecuencias negativas que las situaciones de emergencia tienen sobre las distintas poblaciones y sobre la seguridad internacional.

Ayuda por programas: Contribuciones puestas a disposición del beneficiario con fines generales de desarrollo y que no están vinculadas a unos proyectos específicos.

Ayuda por proyectos: Financiación de proyectos de desarrollo en los que todos los componentes de la intervención se encuentran claramente definidos.

Cooperación técnica: Toda la gama de actividades de ayuda dirigida a desarrollar los recursos humanos, elevando el nivel de conocimientos, cualificaciones, habilidad técnica y aptitudes productivas de los habitantes del Tercer Mundo.

Contribuciones o sectores distribuibles: Infraestructuras sociales y servicios, infraestructura económica y servicios, sectores productivos y ayuda multisectorial.

Contribuciones o sectores no distribuibles: Ayuda mercaderías y programas de asistencia, deuda externa, ayuda de emergencia, varios (apoyo a ONG nacionales, apoyo a ONG internacionales, apoyo a ONG locales y regionales, sectores no especificados y promoción, sensibilización y educación) y costes administrativos.

Cooperación descentralizada: La cooperación oficial descentralizada es la que llevan a cabo las administraciones territoriales distintas del Estado, concretamente las comunidades autónomas y el conjunto de entidades locales (ayuntamientos, diputaciones y fondos de cooperación local para el desarrollo)

Compromiso bruto bilateral: Un compromiso es una obligación firme, confirmada por una asignación presupuestaria o la disponibilidad de fondos públicos, contraída por la Administración o por un organismo público, con el fin de proporcionar recursos por un importe determinado, a favor de un país receptor o de un organismo multilateral.

Desembolso bruto bilateral: Un desembolso es la puesta de recursos a disposición de un país u organismo receptor determinado.

Sectores sanitarios excluidos del análisis: Se ha excluido, como ya se ha venido haciendo en anteriores publicaciones, aquellas acciones cuyo componente central no se integra en el sector salud, aunque puedan influir en la mejora de las condiciones sanitarias, tal como sucede en los componentes de agua y saneamiento.

Sector salud: El sector salud está compuesto por tres grandes sectores CAD, subdivididos a su vez en distintos sectores CRS

Sector salud

CÓDIGOS		DESCRIPCIÓN DEL SECTOR	CONTENIDOS
CAD	CRS		
120		SALUD	
121		SALUD GENERAL	
	12110	Política sanitaria y gestión administrativa	Política sanitaria y gestión administrativa, política de sanidad, ayuda para la planificación y la programación, ayuda para los 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 alimentaria 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.

CÓDIGOS		DESCRIPCIÓN DEL SECTOR	CONTENIDOS
CAD	CRS		
130		PROGRAMAS Y POLÍTICAS SOBRE POBLACIÓN Y SALUD REPRODUCTIVAS	
	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 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 ETS, 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.

2. Fuentes estadísticas

CAD: Comité de Ayuda al Desarrollo de la OCDE.

CRS: Creditor Reporting System. Para los datos de los flujos oficiales de la ayuda en cuanto a su comparativa internacional para el periodo 1998-2002 por los distintos donantes (inclusive España), del capítulo tercero, se ha obtenido de la base estadística del CAD y del Creditor Reporting System (CRS), de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE).

Subdirección General de Planificación y Evaluación de las Políticas de Desarrollo (SGPE): Ha sido la fuente de información de los datos de los flujos oficiales de la ayuda en cuanto al caso español, 2003, del capítulo cuarto. La información respecto a la AOD bilateral (tanto de la Administración central, la Administración descentralizada y el caso especial del País Vasco) de la ayuda multilateral y la ayuda humanitaria, se han obtenido de los listados de cuotas y listados de proyectos de los de la SGPE.

Dirección General de Cooperación del País Vasco: Para el estudio de caso del País Vasco. No obstante, también se recurrió a los datos de la SGPE para completar la información.

3. Otras fuentes: (Para los dos primeros capítulos)

PNUD: Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo

OMS: Organización Mundial de la Salud (agencia de NNUU)

BM: Banco Mundial

CMS: Comisión Macroeconomía y Salud.

OCDE: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico.

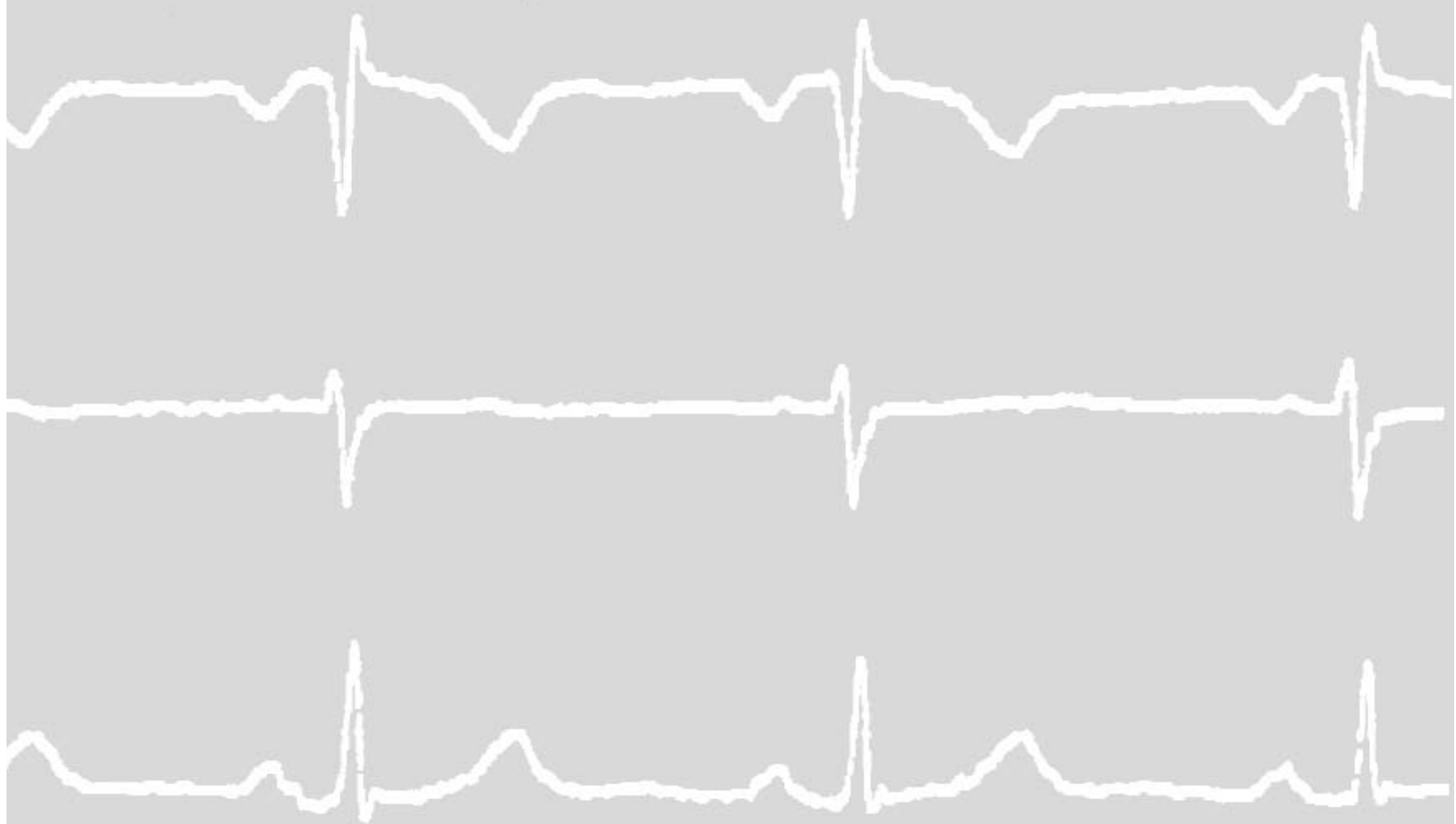
ONU, UN, NNUU: Organización de Naciones Unidas.

- Millennium Project: Grupo asesor independiente para el Secretario General de las NNUU, que desarrolla estrategias para la consecución de los Objetivos del Milenio.

- ONUSIDA: El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA

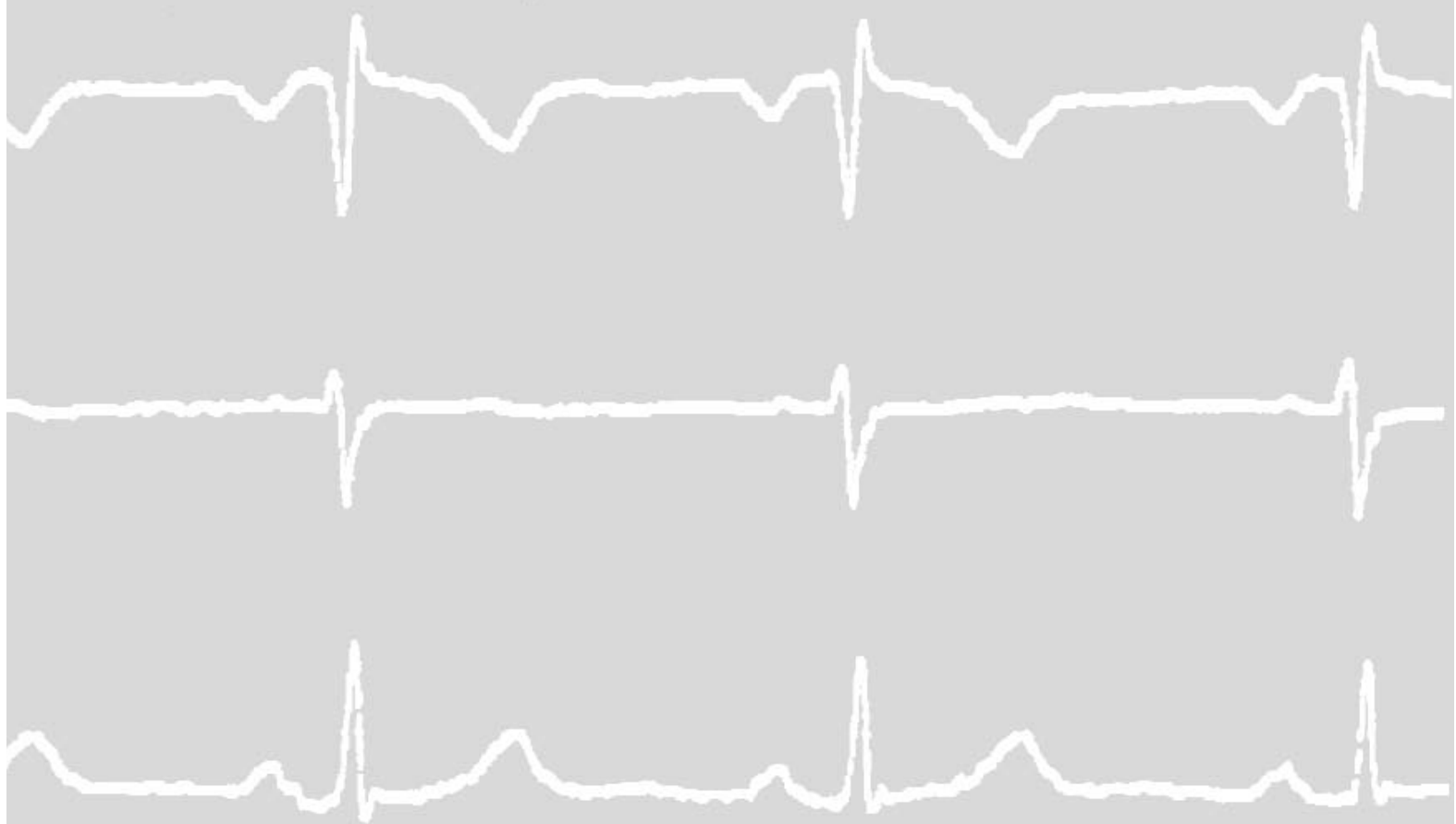
4. Correcciones de las publicaciones anteriores

En cuanto a la publicación del año anterior (Informe 2003), se produjo un error en cuanto al volumen total de la ayuda multilateral del año 2002, y por ende del volumen total de ayuda destinada al sector salud para el mismo año. Errores que se produjeron originariamente en la información facilitada por el Seguimiento PACI - 2002, y que se trasladaron a esta publicación por haber sido los datos de la OPE la fuente de información para la misma. De esta forma, en la edición 2003 en la página 62 donde se dice que el total de la AOD en 2002 destinada al sector salud es de 111,9 millones de euros, en realidad es de 109.321.314 euros. En la página 63, en el cuadro 3, donde se detalla la AOD en el sector salud 2002, donde se dice que la cifra de ayuda multilateral es de 11.7 millones de euros, es de 9.075.406 euros, y en el mismo recuadro donde el total es de 111,9, es de 109.321.314 euros. En consecuencia, en la página 74, en el cuadro 6 donde se detallan cuales han sido las partidas destinadas por las entidades financiadoras a las Instituciones Internacionales no financieras, el total del Ministerio de Asuntos Exteriores es de 8.732.722 euros y no de 11.288.601 euros, el total del Ministerio de Sanidad y Consumo es de 342.684 euros y no de 409.422 euros, con todo lo cual, nuevamente, el total de ayuda multilateral es de 9.075.406 y no de 11.698.023. Estos últimos datos también son aplicables al cuadro 7 de la página 75.



Siglas y acrónimos

ABD:	Ayuda bilateral distribuible
AECI:	Agencia Española de Cooperación al Desarrollo.
AOD:	Ayuda Oficial al Desarrollo.
CAD:	Comité de Ayuda al Desarrollo
CRS:	Creditor Reporting System.
DOTS:	Tratamiento Breve de Observación Directa
FAD:	Fondo de Ayuda al Desarrollo.
FNUAP:	Fondo de Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación.
UE:	Unión Europea.
OCDE:	Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico.
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.
PMA:	Países menos adelantados.
PACI:	Plan Anual de Cooperación Internacional.
PNUD:	Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo
SECIPI:	Secretaría de Estado de Cooperación Internacional y para Iberoamérica.
TBC:	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 Secretaría del CAD. Madrid. SECIPI- Ministerio de Asuntos Exteriores.

AECI (2000). Plan Director de Cooperación de la Cooperación Española 2001-2004. Madrid. SECIPI- Ministerio de Asuntos Exteriores.

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

ALONSO, José Antonio (2001). "La globalización y los países menos adelantados: para que los beneficios de la globalización alcancen a los países más pobres". Documento de propuestas para la III Conferencia de NNUU sobre PMA.

BIT. Micro-assurances santé : Guide d'introduction aux mutuelles de santé en Afrique. Gèneve, BIT, Programme Stratégie et Techniques contre l'Exclusion sociale et la Pauvreté (STEP) 2002

Boletín de la OMS (2002). Nissinen A., Berrios X., Puska P. Intervenciones comunitarias contra las enfermedades no transmisibles: lecciones de los países desarrollados para los países en desarrollo. Nº 6, Ginebra.

Bureau International du Travail (BIT). Sécurité Sociale: Un nouveau consensus. Gèneve, BIT, 2002.

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

Comunidad Europea (2000). The European Community's Development Policy-Statement by the Council and the Commision. Dichas directrices establecen, a su vez, el nuevo enfoque de acciones basadas en estrategias sectoriales (España ha tardado cuatro años en establecer la suya en salud).

Comunidad Europea (2000): "Health, HIV/AIDS, Population and Poverty Reduction. Lessons from the Past and Orientations for the Future".

Comunicación de la Comisión, de 21 de febrero de 2001, al Consejo y al Parlamento Europeo. 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.

Comunicación de la Comisión, de 22 de marzo de 2002, al Consejo y al Parlamento Europeo. La salud y la reducción de la pobreza en los países en desarrollo.

Comunicación de la Comisión, de 26 de febrero de 2003, al Consejo y al Parlamento Europeo. Actualización del programa de acción comunitario: Aceleración de la lucha contra el VIH/SIDA, el paludismo y la tuberculosis en el marco de la reducción de la pobreza - Cuestiones políticas pendientes y desafíos futuros.

El PAÍS, de 11 de julio de 2004. Entrevista a Peter Piot, Director general del programa de Naciones Unidas para el VIH/SIDA (ONUSIDA) .

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

MÉDICOS SIN FRONTERAS, MEDICUS MUNDI, PROSALUS Y MÉDICOS DEL MUNDO (2003). La salud en la cooperación al desarrollo y la acción humanitaria. Informe 2003.

FERRANTI, D., PERRY, G. E., FERREIRA F. H. G., WALTON M., (2003). "Desigualdad en América Latina y el Caribe: ¿ruptura con la historia?". Banco Mundial. www.worldbank.org

Grupo de Interés Español en Población, Desarrollo y Salud Reproductiva (2004). La ayuda oficial al desarrollo de España en materia de población y salud reproductiva. 1995-2002. Un Informe de El Cairo+10. CIBOB Ediciones

INTERMÓN-OXFAM (2003). La realidad de la ayuda 2003-2004. Barcelona.

NNUU (2004): La Declaración de Dublín sobre VIH/SIDA en las Prisiones de Europa y Asia Central, Dublín.

OCDE (2002a). Development Cooperation Report. www.oecd.org

OCDE (2002b). DAC Recommendation on Untying Official Development Assistance to the Least Developed Countries. www.ocde.org/cad.

OCDE (2001). The DAC Guidelines. Poverty Reduction. París.

OCDE/CAD (1996) El papel de la cooperación para el desarrollo en los albores del siglo XXI. Paris. OCDE.

OIT Organisation International du Travail. Plate-forme D'Abidjan : Stratégies d'appui aux mutuelles de santé en Afrique. Turin, Italia, 1998

OMS (2004a). "Informe sobre la salud en el mundo", Ginebra

OMS (2004b). Policy for relations with nongovernmental organizations. www.who.int

OMS (2004c): Global tuberculosis control - surveillance, planning, financing. www.who.int

OMS (2002a): "Scaling up". www.who.int

OMS (2002b). Examen de la interacción entre la OMS y las organizaciones de la sociedad civil y no gubernamentales, Ginebra

OPE (2001-2003) PACI. Ministerio de Asuntos Exteriores. Madrid.

OPE (2001-2002) PACISeguimiento. Ministerio de Asuntos Exteriores. Madrid.

PACI, Pierella (2002). "Gender in Transition". Banco Mundial, Washington.

PNUD (2003). Informe sobre desarrollo humano. Madrid. PNUD-Mundi-Prensa Libros.

Reglamento (CE) N° 953/2003 del Consejo, de 26 de mayo de 2003, destinado a evitar el desvío comercial hacia la Unión Europea de determinados medicamentos esenciales [Diario Oficial L 135 de 3.6.2003].

Reglamento (CE) N° 1567/2003 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 15 de julio de 2003, relativo a la ayuda para políticas y acciones sobre la salud y derechos en materia de reproducción y sexualidad en los países en desarrollo.

UNFPA y THE ALAN GUTTMACHER INSTITUTE (2004). Adding it Up - The Benefits of Investing In Sexual and Reproductive Health Care (special report), <http://www.guttmacher.org> (The Alan Guttmacher Institute)

USAID/PHR, BIT/ACOPAM, BIT/STEP, ANMC, WSM. Contribution actuelle et potentielle des Mutuelles de Santé au financement, à la fourniture et à l'accès aux soins de santé : Cas de Sénégal. 1998

Referencias de internet

AECI

www.aeci.es

Banco Mundial

www.worldbank.org

CAD Y CRS

www.oecde.org/dac/stats

Fondo Global para combatir el SIDA/VIH, la tuberculosis y la malaria.

www.theglobalfund.org

www.ilo.org/step/: Extensión de la protección social en materia de salud. Publicaciones de STEP 2001, programa del Bureau International du Travail.

www.concertation.org: Documentos prácticos relativos a la "concertación" (intercambio de información, experiencias y competencias entre los principales actores del desarrollo de mutuas africanas)

