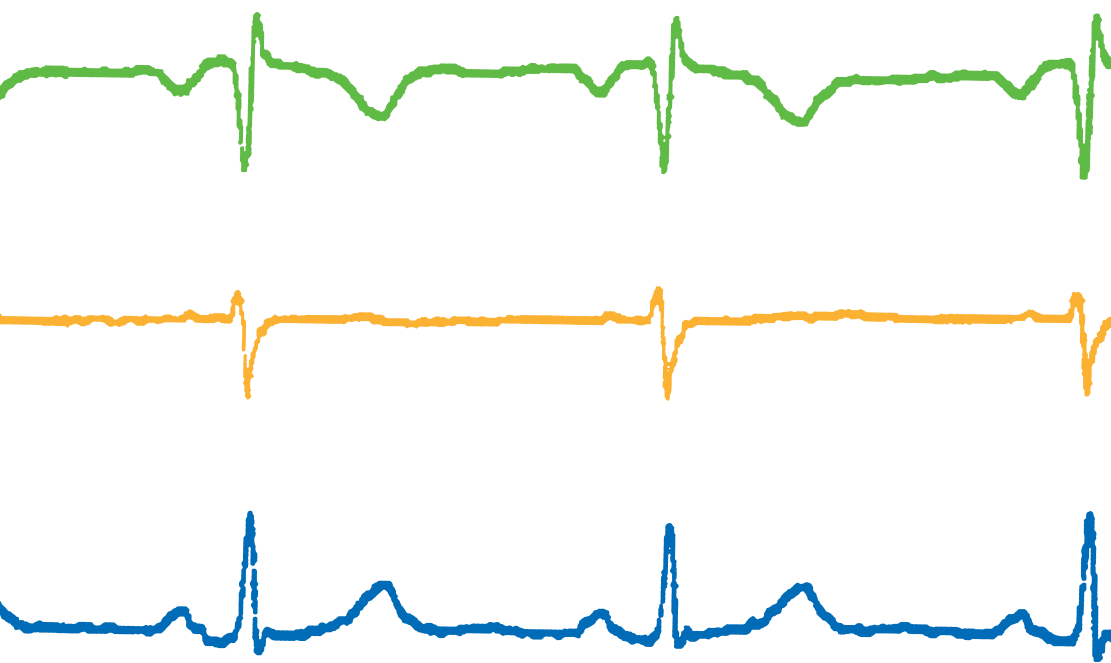


La salud en la cooperación al desarrollo y la acción humanitaria

Informe 2009



Investigadora Principal

María Vázquez

Equipo Técnico

Carlos Mediano

José María Medina

Susana Fernández

Equipo Asesor

Félix Fuentenebro

José María Medina

Antonio González

Ricardo Angora

Edita

medicushmani

Prosalus

Médicos del Mundo

Trabajo de edición

Raúl Aguado García

Diseño y maquetación

estudio blg

Impresión

Artegraf

Para cualquier información

Federación de Asociaciones de Medicus Mundi en España

Lanusa 9, local / 28028 Madrid (España)

Tel.: 91 319 58 49 / 902 10 10 65

federacion@medicushmani.es

www.medicushmani.es

Prosalus

María Panés 4 / 28003 Madrid (España)

Tel: 915 53 35 91

prosalus@prosalus.es

www.prosalus.es

Médicos del Mundo

C/ Conde de Vilches, 15 / 28028 Madrid (España)

Tel. 91 543 60 33 Fax. 91 542 79 23

comunicacion@medicosdelmundo.org

www.medicosdelmundo.org

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

La salud en la cooperación al desarrollo y la acción humanitaria

Informe 2009

medicushmani

Prosalus

Mélicos del Mundo

ÍNDICE GENERAL

INTRODUCCIÓN	17
CAPÍTULO I. SALUD Y DESARROLLO	21
1. Principales acontecimientos con impacto en la salud global	22
1.1 La crisis económica mundial	22
1.2 El cambio climático	24
1.3 Gripe A H1N1	26
2. Eventos destacados	28
3. Agenda 2010	35
4. La equidad en salud	37
4.1 Los determinantes sociales de salud	37
4.2 Atención Primaria de Salud (APS)	39
4.3 Sistemas de salud	40
5. La situación de salud en el mundo	46
5.1 Seguimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio	48
6. Gripe H1N1	66
Bibliografía	85
CAPÍTULO II. PERSPECTIVA INTERNACIONAL	89
1. Introducción	89
2. Unión Europea (UE)	92
2.1 Instrumentos geográficos	94
2.2 Instrumento temático “Invertir en las personas”	97
3. Comité de Ayuda al Desarrollo (CAD)	105
4. Evolución de la Ayuda en Salud	112
5. Composición sectorial de la ayuda en salud	119
6. Distribución geográfica de la ayuda en salud	123
7. La ayuda reembolsable	129
Anejo. Descripción de los subsectores y componentes relacionados con salud (según actualización del CAD de 2007)	132
CAPÍTULO III: LA SALUD EN LA COOPERACIÓN ESPAÑOLA	135
1. Planificación y estrategia de la cooperación española	135
1.1 El III Plan Director (2009-2012)	135
1.2 Planificación de la ayuda multilateral	140

2. La AOD española en salud en 2008	143
2.1 Datos generales de la AOD en 2008	143
2.2 Planificación de la AOD en salud en 2008	144
2.3 Consideraciones metodológicas sobre el cómputo de la AOD	145
2.4 Principales datos de la AOD española en salud en 2008	146
2.5 Ayuda multilateral	148
2.6 Ayuda bilateral	151
2.7 Distribución sectorial	157
2.8 Distribución geográfica	161
3. Análisis de tendencias de los componentes subsectoriales en salud	166
4. Aproximación teórica a la coherencia de la cooperación española en salud respecto a las opciones estratégicas del plan director	171
4.1 Introducción	171
4.2 Hipótesis de trabajo	172
4.3 Aproximación teórica al análisis de coherencia	175
 CAPÍTULO IV. LA SALUD EN LA COOPERACIÓN DESCENTRALIZADA	181
1. Las cifras de la cooperación de las comunidades autónomas	183
2. La salud en la cooperación autonómica	186
3. Distribución de AOD en salud vía OMUDES	188
4. Composición sectorial de la ayuda autonómica en salud	189
5. Distribución geográfica de la ayuda en salud	193
6. Las entidades locales	198
 CAPÍTULO V. ACCIÓN HUMANITARIA INTERNACIONAL	205
1. Acción humanitaria internacional	206
2. La acción humanitaria en la Unión Europea	209
3. La acción humanitaria en España	214
3.1 La acción humanitaria bilateral	214
3.2 La acción humanitaria multilateral	216
3.3 Ayuda descentraliza para acción humanitaria	220
3.4 Ayuda descentralizada para Acción Humanitaria	222
Anejo. Principios y buenas prácticas en la Acción Humanitaria	227
 CAPÍTULO VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	231

ÍNDICE DE GRÁFICAS

Grafica 1.1	Ayuda oficial para el desarrollo destinada a la salud de la madre y recién nacido Fuente: Greco, G.; Powell-Jackson, T.; Borghi, J.; Mills, A.; Countdown to 2015: assessment of donor assistance to maternal, newborn, and child health between 2003 and 2006. Lancet, 2008; 371(9620):1268-75	32
Grafica 1.2	La financiación para la nutrición, la prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo y la salud infantil. Fuente: Greco, G.; Powell-Jackson, T.; Borghi, J.; Mills, A.; Countdown to 2015: assessment of donor assistance to maternal, newborn, and child health between 2003 and 2006. Lancet, 2008; 371(9620):1268-75	33
Grafica 1.3	Distribución mundial de los trabajadores de salud. Fuente: WHO (2006). The world health report 2006 – Working together for health. Geneva, World Health Organization	43
Grafica 1.4	Personal sanitario cualificado por cada 10.000 habitantes. Fuente: Organización Mundial de la Salud, Estadísticas Sanitarias Mundiales 2008, OMS, Ginebra, 2008	44
Gráfica.1.5	PIB /habitante y esperanza de vida al nacer en 169 países, 1975 y 2005. Fuente: Tomado de Informe sobre la salud en el mundo. OMS 2008	47
Gráfica 1.6	Brecha de pobreza a \$1.25 por día, 1990, 1999 y 2005. Fuente: Tomados de Informe ODM, 2009	49
Gráfica 1.7	Evolución de Nº personas (millones) con desnutrición en el mundo. Fuente: FAO	50
Gráfica 1.8.	Proporción de la población desnutrida. Fuente: Tomados de Informe ODM, 2009	51
Gráfica 1.9	Mortalidad Infantil (< 1 año) /1.000 nacidos vivos. Fuente: Tomado de UNFPA, ICPD15	54
Gráfica 1.10	Relación entre Riesgo, cobertura de servicios y continuum temporal. Fuente: The Global Campaign for the Health Millennium Development Goals. First year rep Published by the office of the Prime Minister of Norway. Oslo, September 2008	56
Gráfica 1.11	Proporción de Partos Atendidos por Personal Cualificado. Fuente: Tomado de UNFPA. ICPD15	57
Gráfica 1.12	Distribución de mujeres con necesidades insatisfechas de contracepción. 2008. Fuente: Tomado de UNFPA15	58

Gráfica 1.13	Recursos destinados a la implementación de CIPD. Fuente: Tomado de UNFPA ICPD15	59
Gráfica 1.14	Profilaxis antirretroviral para madres que viven con VIH y prevenir la transmisión de madre a hijo. Fuente: UNICEF, ONUSIDA y OMS, Towards Universal Access: Scaling up HIV services for women and children in the health sector – Progress Report 2008, UNICEF, Nueva York, 2008	62
Gráfica 1.15	Incidencia de TB según regiones (casos/100.000 hab.).1990, 2000, 2007. Fuente: Elaboración propia en base a Estadísticas Mundiales, OMS 2009	64
Gráfica 1.16	Evolución de los subtipos de gripe A. Fuente: Elaboración propia a partir de datos OMS	68
Gráfica 2.1	% AOD / RNB 2008. Fuente: elaboración propia a partir de estadísticas OCDE 2009	108
Gráfica 2.2	AOD países CAD 2008. Fuente: elaboración propia a partir de estadísticas OCDE 2009	109
Gráfico 2.3	Incremento AOD países CAD 2008. Fuente: elaboración propia a partir de estadísticas OCDE 2009	109
Gráfica 2.4	Distribución AOD (%).fuente: elaboración propia a partir de estadísticas OCDE 2009	110
Gráfica 2.5	Distribución (%) de AOD neta asignada geográficamente. 2001-2007. Fuente: elaboración propia a partir de estadísticas OCDE 2009	111
Gráfica 2.6	Evolución del % de utilización de AOD en infraestructura social y administrativa.1986-1987, 2006-2007. Fuente: elaboración propia a partir de estadísticas OCDE 2009	112
Gráfica 2.7	Evolución de la ayuda en salud respecto a la AOD bilateral distribuible del CAD 2000 - 2008 (millones dólares). Fuente: elaboración propia a partir de datos OCDE	113
Grafico 2.8	Evolución AOD bilateral bruta en salud sobre AOD distribuible. CAD - España 2000 -2008. Fuente: elaboración propia a partir de datos OCDE	114
Gráfico 2.9	Porcentaje de AOD en salud sobre el total AOD bilateral. Distribuible. Todos los miembros del CAD 2008. Fuente: elaboración propia a partir de datos OCDE	115
Gráfica 2.10	Evolución de la AOD bilateral bruta destinada a los sectores de salud todos los países del CAD 2000 2008 (millones de dólares). Fuente: elaboración propia a partir de datos OCDE	120

Gráfico 3.1	Evolución del % AOD/RNB 2002 – 2009. Fuente: Elaboración propia a partir de datos seguimiento PACI	143
Gráfico 3.2	Composición de la AOD en salud por subsectores y canales. 2008. Fuente: Elaboración propia a partir de datos seguimiento PACI	146
Gráfico 3.3	Evolución de la AOD total en salud por agentes. Fuente: Elaboración propia a partir de datos seguimiento PACI	168
Gráfico 3.4	Evolución de la AOD neta en salud por componentes 2004 2008. Fuente: Elaboración propia a partir de datos seguimiento PACI	150
Gráfico 3.5	AOD en salud por subsectores e instrumentos 2008. Fuente: Elaboración propia a partir de datos seguimiento PACI	151
Gráfico 3.6	Evolución de la AOD en salud canalizada a través de OMUDES. Fuente: Elaboración propia a partir de datos seguimiento PACI	154
Gráfico 3.7	Evolución de los desembolsos de FAD dirigidos a salud y su peso relativo en la AOD bilateral al sector salud. Fuente: Elaboración propia a partir de datos seguimiento PACI	156
Gráfico 3.8	Distribución por subsectores de AOD Bilateral según canal. 2008. Fuente: Elaboración propia a partir de datos seguimiento PACI	159
Gráfico 3.9	Desagregación de componentes subsectoriales de la AOD en salud por canales. 2008. Fuente: Elaboración propia a partir de datos seguimiento PACI	160
Gráfico 3.10	Distribución geográfica de la AOD bilateral bruta. 2008. Fuente: Elaboración propia a partir de datos seguimiento PACI	162
Gráfico 3.11	Desagregación subsectorial y geográfica de la AOD bilateral bruta en salud. 2008Fuente: Elaboración propia a partir de datos seguimiento PACI	162
Gráfico 3.12	Evolución de la AOD bilateral bruta según asignación geográfica Fuente: Elaboración propia a partir de datos seguimiento PACI	163
Gráfico 3.13	Evolución de los componentes de la AOD bilateral destinada a salud general. Fuente: Elaboración propia a partir de datos seguimiento PACI	166
Gráfico 3.14	Evolución de los componentes de la AOD bilateral destinada a salud básica Fuente: Elaboración propia a partir de datos seguimiento PACI	167
Gráfico 3.15	Evolución de los componentes de la AOD bilateral destinada a salud sexual y reproductiva. Elaboración propia a partir de datos seguimiento PACI	168

Gráfico 3.16	Evolución de los componentes de la AOD total destinada a salud general. Elaboración propia a partir de datos seguimiento PACI	169
Gráfico 3.17	Evolución de los componentes de la AOD bilateral destinada a salud básica. Elaboración propia a partir de datos seguimiento PACI	170
Gráfico 3.18	Evolución de los componentes de la AOD bilateral destinada a salud sexual y reproductiva. Elaboración propia a partir de datos seguimiento PACI	170
Gráfico 3.19	Coherencia de la AOD bilateral en salud respecto a las opciones estratégicas del Plan Director. 2001 – 2008. Elaboración propia a partir de datos seguimiento PACI	175
Gráfico 3.20	Coherencia de la AOD total en salud respecto a las opciones estratégicas del Plan Director. 2007 – 2008. Elaboración propia a partir de datos seguimiento PACI	176
Gráfica 4.1	Evolución de la AOD descentralizada en España. 1994-2008. Fuente: elaboración propia a partir de datos de los seguimientos de los PACI 2004 - 2008	182
Gráfica 4.2	Evolución de AOD procedente de comunidades autónomas. En salud. (Incluye vía OMUDES). Fuente: elaboración propia a partir de datos del seguimiento del PACI 2004-2008	187
Gráfica 4.3	Distribución de AOD vía OMUDES de las CC.AA. 2008. Fuente: elaboración propia a partir de datos del seguimiento del PACI 2008	189
Gráfica 4.4	Distribución sectorial de AOD en salud de las CC.AA. 2004-2008. Fuente: elaboración propia a partir de datos del seguimiento del PACI 2008	190
Gráfica 4.5	Evolución de los diferentes subsectores de la AOD autonómica en salud. Fuente: elaboración propia a partir de datos del seguimiento del PACI 2008	192
Gráfica 4. 6	Distribución regional de la AOD en salud de las CC.AA. 2008 (%). Fuente: elaboración propia a partir de datos del seguimiento del PACI 2008	194
Gráfica 4.7	Asignación de ayuda en función de la renta 2004 – 2008. Fuente: elaboración propia a partir de datos del seguimiento del PACI 2008	195
Gráfica 5.1	Proyectos CERF en el mundo en 2008. Fuente: oficina de ayuda de NN.UU	207
Gráfica 5.2	Presupuesto 2004 - 2008. Fuente: informe anual echo 2008	209

Gráfica 5.3	evolución 2004-2008 fondos echo y su distribución geográfica. Fuente: informe anual echo 2008	211
Gráfica 5.4	Canalización de la ayuda echo 2008. Fuente: informe anual echo 2008	212
Gráfica 5.5	Evolución ah por sectores en los últimos 6 años. Fuente: DGPOLDE	217
Gráfica 5.6	Evolución 2006-2008 por destinos de ah española. Fuente: DGPOLDE	219
Gráfica 5.7	Distribución sectorial vía OMUDES de la ah española 2008. Fuente: DGPOLDE	220

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.1	Esperanza de vida al nacer según regiones OMS. Fuente: Tomado de Estadísticas Mundiales 2009. OMS	48
Tabla 1.2	Indicadores de progreso en países de ingreso bajo y medio. Fuente: Tomado de TOWARDS UNIVERSAL ACCESS, 2009'. Scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector, 2009	63
Tabla 1.3	Acceso a fuentes mejoradas de agua potable. Fuente: Elaboración propia en base a Estadísticas Mundiales	65
Tabla 1.4	Acceso a servicios mejorados de saneamiento. Fuente: Elaboración propia en base a Estadísticas Mundiales	66
Tabla 2.1	Instrumentos de la UE en el ámbito de la acción exterior. Fuente: UE	93
Tabla 2.2	Situación financiera a final de 2008 de los fondos FED (Del 7º al 10º millones de euros). Fuente: UE	96
Tabla 2.3	Nuevos GBS y SBS en 2008. (en millones de euros). Fuente: UE	96
Tabla 2.4	Propuesta para la financiación bajo el programa temático “invertir en las personas” 2007-2013 (en millones de euros). Fuente: UE	99
Tabla 2.5	Estimación de programa indicativo plurianual (en millones €) Fuente: elaboración propia en base a documento Inversión en las personas. UE	100
Tabla 2.6	Proporción de la asistencia externa clasificada como AOD. Compromisos 2008 (millones €). Fuente: Annual Report on the European Community's Development and External Assistance Policies and their Implementation in 2008. 2009	101
Tabla 2.7	Distribución de la ayuda por regiones. Fuente: elaboración propia en base a los datos del CAD	102

Tabla 2.8	AOD neta 2003-2008 países CAD, en millones de dólares corrientes. Fuente: OCDE. Http://www.oecd.org/statisticsdata	106
Tabla 2.9	AOD neta y % de RNB y variación interanual. 2007-2008. Fuente: Elaboración propia a partir de datos CAD	107
TABLA 2.10	Evolución de la ayuda en salud y población, de algunos países del CAD, en relación a su volumen total de AOD. Fuente: Elaboración propia a partir de datos OCDE	116
Tabla 2.11	distribución AOD bilateral bruta en salud por componentes. 2000 - 2008 (%). Fuente: Elaboración propia a partir de datos OCDE	121
Tabla: 2.12	Desembolsos en sectores de AOD salud CAD 2005-2008. Fuente: Elaboración propia a partir de datos OCDE	122
Tabla 2.13	Distribución por nivel de ingreso de AOD bilateral bruta en salud (Expresado en %) Fuente: Elaboración propia a partir de datos OCDE ...	125
Tabla 2.14	Distribución regional de AOD bilateral bruta en salud (Expresado en %) Fuente: Elaboración propia a partir de datos OCDE	126
Tabla 2.15	Principales países receptores de AOD bilateral bruta española. En salud. 2002-2008 (millones de dólares corrientes). Fuente: Elaboración propia a partir de datos OCDE	127
Tabla 2.16	Principales países receptores AOD bilateral bruta De conjunto de países del CAD en salud (millones de dólares corrientes) Fuente: Elaboración propia a partir de datos OCDE	128
Tabla 2.17	Ayuda reembolsable, total y % respecto al total de AOD en salud según nivel de renta de países receptores 2002-2008 Fuente: Elaboración propia a partir de datos OCDE	130
Tabla 2.18	porcentaje de ayuda reembolsable en población respecto al total de AOD por subsectores 2002-20081 Fuente: Elaboración propia a partir de datos OCDE	131
Tabla 3.1	Objetivos y líneas estratégicas de la estrategia de cooperación multilateral. Fuente: Estrategia multilateral de la cooperación española.	141
Tabla 3.2	Previsiones 2008. Distribución de AOD Bruta Española por sectores de actuación (CRS 120 y 130). Fuente: Elaboración propia a partir de datos seguimiento PACI	144
Tabla 3.3	Evolución de la AOD española en salud 2004-2008. Fuente: Elaboración propia a partir de datos seguimiento PACI	147
Tabla 3.4	Distribución de la AOD Multilateral en salud según agente y receptor. 2008. Fuente: Elaboración propia a partir de datos seguimiento PACI	149

Tabla 3.5	Evolución de la distribución de AOD Bilateral neta en salud según agentes (incluye la canalizada vía OMUDES). Fuente: Elaboración propia a partir de datos seguimiento PACI	152
Tabla 3.6	Distribución de AOD Bilateral en salud canalizada vía OMUDES según organismo receptor. Fuente: Elaboración propia a partir de datos seguimiento PACI	153
Tabla 3.7	Distribución AOD Bilateral neta en salud según subsectores. 2008. Fuente: Elaboración propia a partir de datos seguimiento PACI	157
Tabla 3.8	Composición subsectorial de la AOD total en salud. 2007-2008. Fuente: Elaboración propia a partir de datos seguimiento PACI	160
Tabla 3.9	Distribución de la AOD bilateral por subsectores canalizada por AGE en 2008 según área geográfica. Elaboración propia a partir de datos seguimiento PACI	163
Tabla 3.10	Distribución de AOD bilateral en salud financiada por AGE según nivel de renta de los países receptores.2008. Elaboración propia a partir de datos seguimiento PACI	164
Tabla 3.11	Distribución de AOD financiada por AGE según categorías de países receptores del Plan Director. 2008. Elaboración propia a partir de datos seguimiento PACI	165
Tabla 3.12	10 países mayores receptores por volumen de AOD Bilateral en salud.2008. Elaboración propia a partir de datos seguimiento PACI ...	165
Tabla 4.1	Evolución cooperación descentralizada. Fuente: Elaboración propia a partir de datos de los Seguimientos de los PACI 2005-2008	181
Tabla 4.2	evolución porcentaje de cada CC.AA en el total de AOD autonómica 2005 – 2008. Fuente: elaboración propia a partir de los datos de seguimiento PACI 2005-2008	182
Tabla 4.3	% AOD por modalidades de ayuda. Fuente: Elaboración propia a partir de datos seguimiento PACI 2008	183
Tabla 4.4	AOD neta por comunidades autónomas. Fuente: Elaboración propia a partir de datos seguimiento PACI 2005-2008	184
Tabla 4.5	Esfuerzo relativo que supone la AOD de las CC.AA. 2005-2007. AOD desembolsada. Fuente: elaboración propia a partir de datos del Seguimiento del PACI 2006 y 2008	185
Tabla 4.6	Distribución de la ayuda en salud de las CCAA 2008. Fuente: elaboración propia a partir de datos del Seguimiento del PACI 2006-2008	188

Tabla 4.7	Distribución de la AOD desembolsada de las CC.AA. 2005-2007. Fuente: elaboración propia a partir de datos del Seguimiento del PACI 2004-2008	191
Tabla 4.8	Distribución de la AOD en salud de las CC.AA. Por sectores 2008. AOD desembolsada. Fuente: elaboración propia a partir de datos del Seguimiento del PACI 2008	194
Tabla 4.9	AOD en salud dirigida a PMA por las CC.AA. 2008 AOD desembolsada. Fuente: elaboración propia a partir de datos del Seguimiento del PACI 2008	196
Tabla 4.10	Principales 10 países receptores de AOD en salud de las CCAA. Fuente: elaboración propia a partir de datos del Seguimiento del PACI 2008.	197
Tabla 4.11	Distribución de AOD financiada por CC.AA según Categorías de países receptores del plan director. 2008. Fuente: elaboración propia a partir de datos del Seguimiento del PACI 2008	198
Tabla 4.12	AOD bilateral de entidades locales por comunidad autónoma de pertenencia. Fuente: elaboración propia a partir de datos del Seguimiento del PACI 2008	199
Tabla 4.13	distribución de AOD financiada por EELL según categorías de prioridad en el marco del plan director. 2008. Fuente: elaboración propia a partir de datos del Seguimiento del PACI 2008	201
Tabla 4.14	Distribución según nivel de renta. Fuente: elaboración propia a partir de datos del Seguimiento del PACI 2008	201
Tabla 4.15	distribución regional de la AOD bilateral neta en salud de las EELL. 2008. Fuente: elaboración propia a partir de datos del Seguimiento del PACI 2008	202
Tabla 4.16	Composición subsectorial de la AOD total en salud de EELL. 2008. Fuente: elaboración propia a partir de datos del Seguimiento del PACI 2008	203
Tabla 5.1	Fondo central de respuesta a emergencias: Evolución de fondos 2006-2008. Fuente: Oficina de Ayuda de NNUU	206
Tabla 5.2	Agencias receptoras de los fondos del CERF 2008. Fuente: Elaboración propia a partir de datos PACI 2008	206
Tabla 5.3	Principales países destinatarios ayuda del CERF 2008. Fuente: Oficina de Ayuda de NNUU	207
Tabla 5.4	Principales donantes al CERF 2008. Fuente: Oficina de Ayuda de NNUU	208
Tabla 5.5	ECHO: presupuesto inicial frente al real. Fuente: Informe Anual ECHO 2008	209

Tabla 5.6	Distribución fondos echo 2008 entre ayuda humanitaria y alimentaria. Fuente: Informe Anual ECHO 2008	210
Tabla 5.7	ECHO: principales países de destino de fondos presupuestados y reales gastos de apoyo y operativos 2008 (Cantidades en euros). Fuente: Informe Anual ECHO 2008	210
Tabla 5.8	AYUDA HUMANITARIA ECHO 2008: CANALIZACIÓN DE LA AYUDA. Fuente: Informe Anual ECHO 2008	212
Tabla 5.9	AOD ESPAÑOLA DESTINADA A ACCIÓN HUMANITARIA. Fondos Oficiales destinados a la Acción Humanitaria (en millones de euros). Fuente: DGPOLDE	214
Tabla 5.10	AOD bilateral en acción humanitaria.2008: distribución por líneas sectoriales. Fuente: DGPOLDE	217
Tabla 5.11	Distribución geográfica AH ESPAÑOLA 2008. Fuente: DGPOLDE	218
Tabla 5.12	AH española 2008 países destinatarios según nivel de renta. Fuente: DGPOLDE	219
Tabla 5.13	Canalización de la AH Española 2008 multilateral. Fuente: DGPOLDE	220
Tabla 5.14	Distribución por sectores de la AH multilateral española en 2008. Fuente: DGPOLDE	221
Tabla 5.15	AOD destinada a AH. Dentro de la administración general estado. Fuente: DGPOLDE	221
Tabla 5.16	Ayuda humanitaria descentralizada por actores 2007-2008. Fuente: DGPOLDE	223
Tabla 5.17	Evolución de ah descentralizada con respecto a la administración General del estado. Fuente: elaboración propia	223
Tabla 5.18	AH descentralizada 2008 por CC.AA y vías de canalización. Fuente: DGPOLDE	224
Tabla 5.19	Distribución sectorial de ah descentralizada (CCAA) 2008. Fuente: DGPOLDE	224
Tabla 5.20	Distribución ah española descentralizada (CC.AA) 2008. Por región de destino y vía de canalización. Fuente: DGPOLDE	225
Tabla 5.21	AH española descentralizada (CCAA) 2008 por país destinatario. Fuente: DGPOLDE	225
Tabla 5.22	AH española descentralizada (CCAA) 2008 según renta país destino y vía de canalización de la ayuda. Fuente: DGPOLDE	226

¹ Towards Universal Access. Scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector, 2009

ÍNDICE DE RECUADROS

CAPÍTULO I

A1H1N1: ¿Pandemia de nueva influenza o influencia para una “pandemia mediática”? Fernando Carbone Campoverde. Medicus Mundi Navarra - Delegación Perú	80
CAMERÚN: Gripe A-H1N1 sin pánico. Erero F. NJIENGWÉ. Psicopatólogo y Psicólogo Clínico. Universidad de Douala (Camerún)	82

CAPÍTULO II

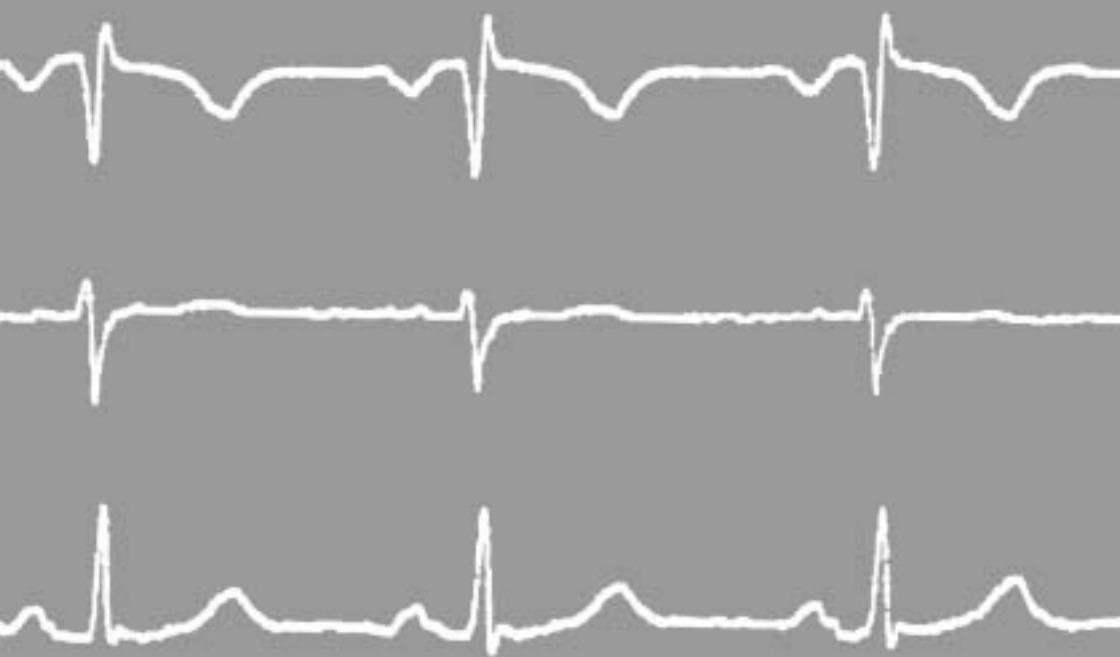
Por qué debemos destinar al menos el 15% del total de la AOD a salud	117
--	-----

CAPÍTULO III

Análisis de coherencia de cada componente de salud respecto a las prioridades estratégicas del Plan Director de la Cooperación Española para el sector salud	172
--	-----

CAPÍTULO V

Buenas donaciones humanitarias (Good Humanitarian Donorship - GHD)	202
Consenso europeo de acción humanitaria	212



INTRODUCCIÓN

Prosalus, Médicos del Mundo y medicusmundi, organizaciones especializadas en cooperación sanitaria, presentamos un año más la publicación “La salud en la cooperación al desarrollo y la acción humanitaria. Informe 2009”, donde analizamos los hechos más relevantes que han ocurrido en la cooperación sanitaria internacional, y el papel que la cooperación española está desempeñando en este sector.

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

La salud mundial en 2008 (y 2009) ha estado marcada por 2 eventos de muy diferentes características. De un lado, la grave crisis económica iniciada en 2008, y que tiene fuertes repercusiones en la cooperación sanitaria. De otro, a nivel específico de salud, la gripe AH1N1 que ha movilizadado como pocas veces voluntades políticas y recursos económicos a nivel mundial.

Por su relevancia, hemos incluido un análisis de estos dos eventos en el capítulo 1 de este informe, donde describimos la situación de la salud mundial. Sobre la gripe AH1N1 hemos realizado un apartado específico para tratar de comprender mejor el comportamiento y la gestión realizada por los diferentes actores involucrados, especialmente organismos internacionales, ante esta pandemia. En este capítulo además analizamos otros hechos menos públicos pero igual de importantes para la salud mundial, como, por ejemplo, la influencia del cambio climático en salud o la evolución del cumplimiento de los Objetivos del Milenio, especialmente los relacionados con la salud.

En el capítulo 2, donde analizamos la cooperación sanitaria internacional y las diferencias existentes en los países donantes y, entre ellos, la que realiza la cooperación española, destacamos el hecho de obtener en tiempos de crisis económica cifras récord destinadas hacia la cooperación por parte del conjunto de donantes. Este año hemos in-

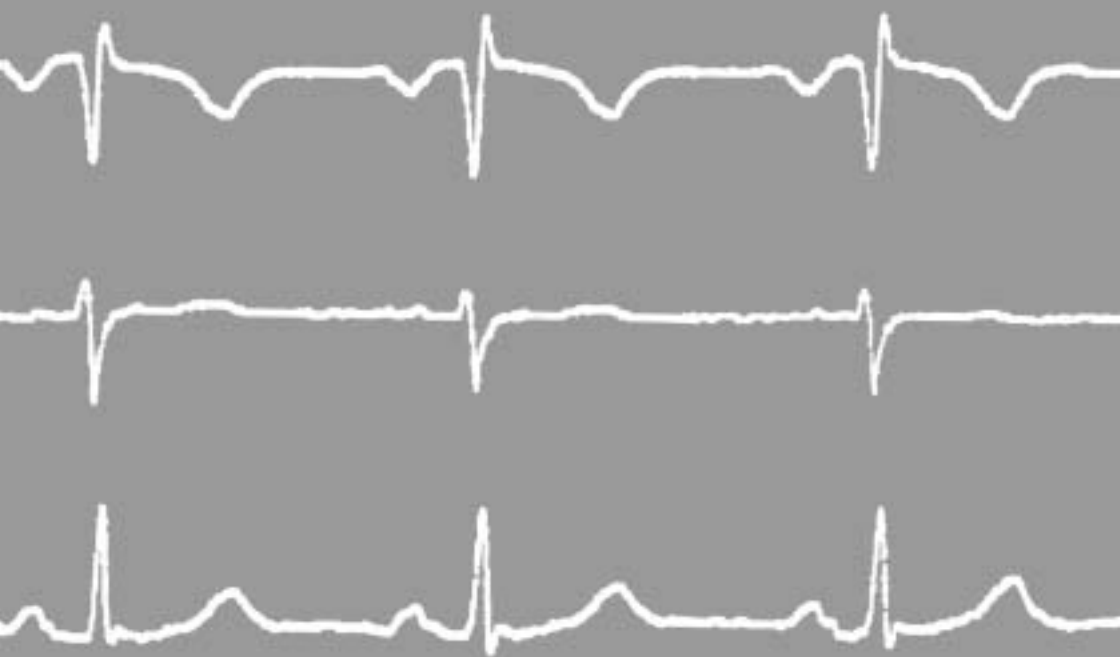
tentado comprender y desentrañar la complicada estructura que tiene el mayor donante mundial de ayuda, la Unión Europea, cuando hablamos de su cooperación sanitaria.

En el tercer capítulo, describimos el comportamiento que ha tenido la cooperación española en salud durante 2008, añadiendo un ejercicio teórico para estimar la coherencia entre las acciones que se realizan y el sustrato teórico (expresado en el Plan Director de la cooperación española) en que se deben fundamentar, el fortalecimiento de los sistemas de salud y la Atención Primaria de Salud. Es cierto que los resultados son meramente estimaciones, pero esperamos que sirva de punto de partida para una reflexión más profunda de la cooperación española para hacer unos estudios y análisis más profundos y exactos sobre la coherencia entre las políticas y los hechos, aspecto fundamental si queremos asegurar el impacto de la ayuda.

En el capítulo 4, que describe lo que hace la cooperación descentralizada en el sector salud, hemos añadido este año una aproximación al análisis de la cooperación local, que si bien no tiene una gran relevancia en el ámbito económico, es una cooperación mucho más cercana a la ciudadanía.

En el capítulo 5 se analiza la ayuda humanitaria internacional, española y descentralizada, y por último, terminamos con un apartado con las conclusiones y recomendaciones más relevantes de todos los capítulos de este informe. Nuestro deseo es que nuestras propuestas, análisis y conclusiones sirvan para ayudar a la mejora de la eficacia, efectividad e impacto la cooperación sanitaria internacional y española, y que todos los actores que trabajamos en el sector demos respuesta a la demanda de buena salud que la población mundial solicita, no como una ayuda, sino como un derecho que tiene cualquier ser humano de cualquier parte del mundo.

Finalizamos esta introducción agradeciendo la colaboración de todas las personas que han contribuido a la publicación de este informe sobre la salud en la cooperación al desarrollo y la acción humanitaria, especialmente a Pilar Baselga y Miguel Casado de la Dirección General de Planificación y Evaluación de Políticas para el Desarrollo del Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación.



CAPÍTULO I. SALUD Y DESARROLLO

El estado de salud de la población mundial ha mejorado de forma considerable en los últimos decenios, hecho ya comentado en el informe 2008¹ y que debe animar a la comunidad internacional a continuar trabajando en esta mejora. A mayor nivel de salud, mayor capacidad de generar desarrollo, de construir expectativas de futuro y de bienestar para la comunidad y los individuos que la conforman. Pero un año más, en este informe correspondiente al año 2009, debemos poner en evidencia las graves desigualdades e inequidades en materia de salud existentes en el mundo.

En el informe de este año, destacamos tres acontecimientos globales con gran impacto en la salud: (i) el impacto del cambio climático, (ii) la crisis económica mundial y (iii) la aparición de la primera nueva gran pandemia del siglo XXI, la llamada gripe A. Es el año en el que también habría que empezar a aplicar las recomendaciones emanadas de la OMS en 2008 en materia de Atención Primaria de Salud (APS) y de reducción de las desigualdades sociales en salud.

Hace décadas que se conoce el conjunto de determinantes que impactan sobre la salud individual y colectiva, y que se gestó el compromiso internacional en pro de la Atención Primaria de Salud. En años más recientes se han hecho llamamientos continuos para el refuerzo de los sistemas de salud en aras de la protección de la salud de la población mundial.

Se trata por tanto de disponer de unas condiciones de vida sociales y económicas que permitan proteger y promover un óptimo nivel de salud, así como de un entorno y medio ambiente saludables y perdurables. Los sistemas y servicios de salud públicos deben ser próximos a las personas que atienden, abiertos a su participación y dirigidos a la promoción de la salud y a la adquisición de hábitos de vida saludables al mismo tiempo que ofrecer respuesta a las necesidades de atención curativa. Estos servicios se deben dar en condiciones de equidad, de universalidad en el acceso, de calidad asistencial y basados en la evidencia, de continuidad en el tiempo, de disponibilidad de los beneficios de los progresos científicos.

La declaración de Alma Ata recogía buena parte de estas premisas y principios que se han revitalizado tras su trigésimo aniversario y a las que la OMS dedicó su informe anual analizando la implantación de la APS, las principales bondades y virtudes de este modelo y la necesidad de renovar el compromiso que resitúa la APS en el centro de los sistemas de salud. En los países en desarrollo, con sistemas de salud frágiles, parece más evidente y necesario que nunca su reforzamiento desde este modelo.

1. PRINCIPALES ACONTECIMIENTOS CON IMPACTO EN LA SALUD GLOBAL

En este informe se aborda la salud en el mundo, entendiendo ésta como un derecho de las personas que los gobiernos han de garantizar. En este sentido, analizamos los acontecimientos desde la perspectiva de los siguientes grupos de determinantes de salud: medioambientales y del entorno, sociales y económicos y de sistemas y servicios de salud.

1.1. La crisis económica mundial

Es obligado comentar en primera instancia la crisis económica que está afectando agudamente, aunque de modo desigual, a la población mundial empeorando aún más la ya precaria situación de las personas pobres, sin recursos y excluidas. De la crisis económica mundial cabe decir que es la recesión más grave desde la Gran Depresión de los años treinta del siglo XX y que supone una seria amenaza para el desarrollo mundial y la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). Ha venido a sumarse a las crisis precedentes de alimentos y combustibles y puede llegar a generar una nueva espiral de pobreza en el mundo.

Según el Banco Mundial (BM)², los países con economías emergentes han sido los primeros en resentirse por la crisis al depender sus economías de los flujos de capital privado, los cuales registraron la mayor caída de la historia (una disminución de 700.000 millones USD respecto al máximo alcanzado en 2007).

La disminución del mercado mundial afectó en una segunda ola a los países en desarrollo. Las proyecciones indican que en 2009 el PIB mundial disminuirá por primera vez desde la Segunda Guerra Mundial. En los países en desarrollo se están viendo afectados los ingresos públicos y por tanto el gasto público. Según las previsiones, el crecimiento proyectado del PIB del conjunto de los países en desarrollo para 2009 es menos de la cuarta parte de la tasa prevista antes de la crisis y representa 1/5 de la tasa de crecimiento alcanzada en los años de elevado crecimiento económico hasta 2007; en última instancia, en más de 50 países en desarrollo bajará el ingreso real *per cápita*.

Si entre 1990 y 2005 los datos mostraban que el número de personas que vivían en el mundo por debajo de la línea de la pobreza había descendido de modo importante (pasando de 1.800 millones a 1.400 millones las personas que disponían de menos de 1.25 USD/día) se estima que, tras esta crisis, entre 55 y 90 millones de personas ingresarán nuevamente a este grupo³.

El aumento en los precios de los alimentos, la escasa productividad de los países en desarrollo, el diferencial en el acceso al mercado laboral de hombres y mujeres, entre otros, son nuevamente una realidad.

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) estimaba que en diciembre de 2008 había en torno a 13% de hombres y cerca de 7% de mujeres desempleados y desem-

pleadas más que el año anterior. Estos datos se explican porque el primer impacto de la crisis se centró en el sector industrial, previendo que en próximos meses se observará el impacto en otros sectores económicos donde la mujer está más presente. Para 2009 sus previsiones sitúan a 30 millones de personas en situación de desempleo, de las que 23 vivirán en países en desarrollo.

La crisis económica ha venido a agudizar la inequitativa distribución de la riqueza, los recursos y el poder, y ello tiene un claro reflejo y un evidente el resultado en la salud en contextos donde la red sanitaria pública es deficitaria, el sistema de protección social es prácticamente inexistente y los usuarios de los servicios deben afrontar su pago.

La solidaridad en tiempos de crisis es absolutamente necesaria no sólo entre países donantes y receptores, donde los donantes han de cumplir sus compromisos adquiridos; sino también entre gobiernos y ciudadanía, donde los primeros tienen que mantener accesibles los servicios básicos, especialmente los de salud y educación.

El acceso a los mercados por parte de los países en desarrollo fue aumentando discretamente hasta 2007, pero no a partir de esa fecha, lo que claramente repercute en sus economías nacionales en materia de servicio de deuda, balanza de pagos y recortes presupuestarios, que suelen afectar a los servicios básicos de salud. Asimismo, podrían estar en peligro los flujos de ayuda internacional para contrarrestar los efectos de la crisis.

Según el informe 2009 de seguimiento de los ODM, la AOD de los países CAD/OCDE aumentó la financiación hasta los 119.800 millones de USD en 2008, un 10,2% más en términos reales que el año anterior, aunque en términos de PIB sólo se pasó del 0,28% (2007) al 0,30% (2008), todavía lejos del 0,7% histórico, que sólo alcanzan Suecia, Noruega, Países Bajos, Luxemburgo y Dinamarca. La media de los países CAD fue de 0,47% del PIB.

Menos de la mitad de los países CAD cumplen con el compromiso para con los Países Menos Adelantados (PMA). En 2007 se destinaron a estos países un total de 32.000 millones de USD, que supone en torno a un 30% del total de la AOD y un 0,09% del PIB de los países del CAD. Sólo 8 países cumplían el compromiso de situar la ayuda a PMA entre 0,15%-0,20%: Reino Unido, Suecia, Noruega, Países Bajos, Luxemburgo, Irlanda, Dinamarca y Bélgica.

En 2007, Irak fue el país que más ayuda recibió en términos absolutos, más del doble que el segundo país más beneficiado, Afganistán. Conjuntamente ambos países recibieron 1/6 del total de la AOD concedida por países del CAD. A estas cifras hay que añadir que, además, los países que miden la ayuda en proporción al PIB recortarán el monto total destinado a AOD al ver reducido su PIB como consecuencia de la crisis económica, a no ser que tomen medidas para contrarrestar específicamente esta situación.

El impacto en la salud no sólo se debe a la disminución del gasto público en este sector, sino también al deterioro de las condiciones de vida de la población sin recursos suficientes y a la incapacidad de hacer frente a pagos de gastos en salud.

Las actuaciones no solo deben dirigirse a la mitigación a corto plazo, sino también a preparar estos sectores sociales y sanitarios de cara al futuro.

Las poblaciones en situación precaria y/o de exclusión ven agudizada su situación entre otros factores por la pérdida de empleo, la dificultad en el acceso a recursos alimentarios y bienes, y por la disminución de las remesas que provienen de los trabajadores que están empleados en el extranjero. Para un segmento importante de la población de países en desarrollo las remesas representan una fuente de ingresos determinante en su medio de vida. 300.000 millones de USD, un 2% del PIB total de los países en desarrollo, es la cantidad registrada oficialmente como remesas, pero esta cifra puede elevarse hasta un 6% del PIB por la opacidad de los canales para las transferencias.

En este asunto también hay mucha heterogeneidad. Las remesas representaron en 2007, según el Banco Mundial, un 46% del PIB en Tayikistán, 25% en Honduras, 24% en Líbano. En varios grandes países africanos (Egipto, Etiopía, Marruecos, Nigeria y Senegal) oscilaron entre el 5 y el 10% del PIB. Junto con el volumen de esas cifras, su importancia reside en el hecho de que llegan directamente a los hogares y generan efectos multiplicadores en la economía local.

Al riesgo, y sus consecuencias, de disminución de remesas hay que añadir la pérdida que puede producirse como consecuencia de los cambios de divisa. En términos generales, el Banco Mundial estima que las remesas descenderán entre 5 y 8% en 2009.

En una crisis económica es clave, a corto plazo, la identificación de las poblaciones más vulnerables para dirigir hacia ellas las actuaciones en salud, así como mantener en activo el área de prevención de los servicios de salud, evitando la tentación de destinar los escasos recursos y esfuerzos a favor de la atención curativa, muy habitual en situaciones de presión financiera. A más largo plazo, se pueden aprovechar estas situaciones para efectuar reformas encaminadas a la cobertura universal.

1.2. El cambio climático

Un entorno y medio ambiente saludables y perdurables son necesarios para la protección de la salud y la prevención de enfermedades. Son evidentes los vínculos entre el entorno y la salud, destacando como elementos más importantes: (i) el agua (cantidad, calidad y acceso), (ii) redes y sistemas de saneamiento básico, (iii) gestión de residuos, (iv) calidad del aire, (v) equilibrio de los sistemas ecológicos y biodiversidad (distribución de vectores), (vi) clima y temperatura.

La relación del ser humano con su entorno medioambiental no está exenta de desigualdades en la distribución geográfica y en cómo se aborda socialmente. Mientras en países desarrollados los movimientos de protección de la biodiversidad, de los recursos naturales y del medio ambiente son dinámicos desde hace décadas y han sido reivindi-

cativos y visibles socialmente, en los países en desarrollo el nivel de actividad de éstos no ha alcanzado tanta visibilidad, ni han dispuesto de tantos recursos.

El cambio climático no sólo constituye un problema en sí mismo, sino que ha venido a agudizar crisis medioambientales de menor escala. Según el informe IDH 2007/08, las tres características específicas del cambio climático son: (i) la fuerza combinada de la inercia y de las consecuencias acumulativas del cambio climático, (ii) la urgencia y (iii) su escala mundial. Este informe expone los 5 mecanismos clave que interactúan entre sí para que el cambio climático impacte en la paralización y la reversión del desarrollo humano actual:

- a través de la producción agrícola y la seguridad alimentaria: una menor producción agrícola de los cultivos básicos como consecuencia de grandes sequías y/o precipitaciones; la población mundial que vive directamente de la agricultura (3/4 partes del total de personas que viven con menos de 1 dólar/día están en esta situación de dependencia directa);
- por el estrés debido a la falta e inseguridad del acceso al agua: el derretimiento de grandes masas de hielo amenazan en primer lugar con grandes inundaciones y posteriormente con reducciones de flujos de agua;
- por el aumento en el nivel del mar y exposición a desastres meteorológicos como grandes huracanes, ciclones tropicales, grandes sequías y/o inundaciones;
- a través del impacto en ecosistemas y en la biodiversidad como consecuencia en primera instancia de los cambios de temperatura;
- y a través del impacto en la salud humana al exponer a las poblaciones a mayores riesgos de enfermedad.

El cambio climático no es solamente un agente potencial y previsible que afecta a la salud, al bienestar y al desarrollo de las personas, sino que se ha convertido además en un freno para la consecución de los ODM⁴ a corto plazo.

Algunos documentos e informes técnicos han empezado a incluir datos de seguimiento de los efectos del cambio climático en la salud y a analizar sus efectos más evidentes como son el incremento de las temperaturas extremas expresadas en olas de frío y/o de calor, y los regímenes de pluviosidad alterados y extremos (grandes sequías, inundaciones, riadas,...). Entre 2000 y 2004 se informó un promedio de 326 desastres climáticos, que afectaron en torno a 262 millones de personas cada año –1 de cada 19 personas que vivía en países en desarrollo se vio afectada, mientras que la media para los países de la OCDE fue de 1/1.500 (incluyendo la ola de calor vivida en Europa en 2003)–. Estos desastres han originado pérdida de vidas humanas y desplazamiento de millones de personas, y continuarán haciéndolo en el futuro.

El impacto en la salud individual y colectiva se manifiesta cuando el acceso a los alimentos necesarios disminuye como consecuencia de pérdidas de cosechas por sequías, inundaciones y/o riadas, lo que produce malnutrición y hambrunas; y por los cambios en

la distribución geográfica de los vectores transmisores de enfermedades, con el aumento de posibilidades de emergencia por epidemias (alto riesgo tras los desastres naturales). Ambas situaciones inciden de manera especial sobre las personas y comunidades que ya están previamente en situación de vulnerabilidad.

Los factores de vulnerabilidad en contextos de pobreza se asocian a la elevada dependencia de la agricultura, inferiores ingresos, condiciones ecológicas frágiles, residencia en entornos tropicales expuestos, nivel bajo de desarrollo y acceso restringido a sistemas de seguros (en esos lugares, los seguros privados son prácticamente inexistentes y enfrentan a la población a la pérdida de sus pertenencias e inmuebles, y los sistemas de protección social de naturaleza pública son débiles).

En este contexto, las mujeres son especialmente vulnerables y castigadas, ya que sus condiciones de vida están determinadas por factores sociales y económicos que las sitúan en desigualdad y mayor riesgo, como el menor acceso a propiedades, una menor independencia económica, responsabilidades de cuidado de la familia y menor acceso a la educación lo que merma sus oportunidades sociales.

Para afrontar este nuevo reto, desde el PNUD se propone como escenario de trabajo inmediato interrelacionar la lucha contra la pobreza y el cambio climático, utilizando el compromiso adquirido con la primera por la comunidad internacional.

En este sentido, sus expertos sugieren iniciar de inmediato estrategias de mitigación de los efectos del cambio climático, tales como el control de la acumulación de gases de efecto invernadero que aumentan la temperatura del planeta –ya se ha constatado un aumento de 0,7° C desde el comienzo de la era industrial–, y que amenazan con elevarla 3° C en los próximos decenios. El objetivo de estabilización de las emisiones planteado por PNUD y PNUMA –reconociendo que es estricto y asequible– se expresa en el informe IDH del siguiente modo: “Entre hoy y 2030 el costo anual promedio llegaría al 1.6% del PIB. Sabemos que no es una inversión menor, pero representa menos de 2/3 partes del gasto militar mundial.” El escenario de empuje y cambio parece situarse en el año 2012 una vez que el Protocolo de Kyoto expire y los líderes políticos deban enfrentarse a dibujar el marco de trabajo futuro. Antes de esa fecha, han tenido lugar citas previas que se incluyen claves para el futuro del planeta, como la auspiciada por Naciones Unidas en septiembre de 2009 o la de diciembre de este mismo año en Copenhague.

1.3. Gripe A H1N1

La gripe A H1N1 ha sido la enfermedad que más relevancia ha tenido a nivel mundial en 2009, y por este motivo le vamos a destinar un apartado especial al final de este capítulo.

Las autoridades internacionales sanitarias consideraron en un primer momento que esta pandemia podía tener las consecuencias letales que pandemias anteriores de gripe habían tenido a nivel mundial, pero la realidad ha sido bastante diferente. Se ha demos-

trado que, si no hay nuevas mutaciones, es una enfermedad que se puede extender de forma rápida entre la población, pero con carácter en general leve, si bien se desconoce por qué afecta más a ciertos grupos de población, como las embarazadas.

La lucha que la OMS ha liderado contra esta enfermedad ha supuesto una gran movilización de recursos que no se corresponden realmente con su gravedad, pero sí con la gran alarma social que se había provocado, sobre todo con las informaciones que provenían en unos primeros momentos desde la OMS. Por esta gran alarma mediática ningún gobierno podía arriesgarse a dejar de tomar medidas de protección para su población, que a veces se antojaban excesivas, sobre todo cuando a mediados de julio ya se iba comprobando que esta enfermedad no iba a tener la letalidad supuesta. Estas iniciativas se basaban en medidas terapéuticas con el uso de algunos antirretrovirales y medidas preventivas, sobre todo de elaboración, producción y distribución en pocos meses de una nueva vacuna, a las que se debían unir medidas personales de prevención para evitar los contagios interpersonales. Sin embargo, en caso de una verdadera pandemia letal, las vacunas no hubieran llegado a tiempo para gran parte del planeta ya que únicamente hay capacidad para poder producir vacunas para el 50% de la población. Por otro lado, el 90% de la capacidad de producción de vacunas está en los países enriquecidos, lo que supone, en caso de necesidad, una gran ventaja para los países ricos a la hora de acceder a estas vacunas con respecto al resto del mundo.

Parece evidente que el papel que ha jugado la OMS ante esta enfermedad ha sido cuando menos controvertido. La OMS ha demostrado su capacidad de influencia y de coordinar iniciativas, en un periodo de tiempo muy corto, ante nuevas enfermedades, lo que proyectado a futuro nos parece muy positivo. Pero consideramos que ha habido una cierta precipitación a la hora de gestionar esta enfermedad, lo que ha supuesto la toma de ciertas medidas que quizás no han sido muy acertadas. Incitar a hipotecar los frágiles presupuestos de salud de países en desarrollo, empobrecidos por enfermedades endémicas, puede tener consecuencias no deseadas en el corto plazo.

Es justo admitir, en defensa de la OMS, que en la primera fase de la enfermedad cabía la sospecha de que pudiéramos estar ante lo que podía ser la gran pandemia de gripe que ocasionalmente ha asolado el mundo. No obstante, debemos reflexionar sobre nuestra capacidad para incorporar aprendizaje a nuestras decisiones sobre todo si contamos con experiencias recientes, caso de la gripe aviar, de las cuales parece no hemos aprendido nada.

Uno de los indicadores que nos permite valorar la amenaza de una enfermedad es su tasa de mortalidadⁱ. Pues bien, si hiciéramos un listado con las enfermedades infecciosas que más muertes ocasionan, afortunadamente la gripe A no estaría entre las pri-

ⁱ Frecuencia de muertes en una población definida durante un período de tiempo dado.

meras. A octubre de 2009, las muertes atribuibles a la gripe A no superaban las seis mil, cifra que felizmente queda lejos de las muertes ocasionadas por enfermedades olvidadas como el sida, la tuberculosis o la malaria, pero también lejos de las enfermedades extremadamente olvidadas como el cólera, la meningitis, el dengue, ébola, leishmaniasis visceral o kala azar, enfermedad de Chagas o tripanosomiasis humana americana, etc. A estas enfermedades que se desenvuelven en sistemas de salud frágiles de países económicamente débiles, con una capacidad de respuesta muy limitada, no les hemos prestado la atención que se merecen, sencillamente porque aunque sean un problema en gran parte global, apenas afecta a los países más ricos.

La gripe A ha tenido consecuencias a diferentes niveles, especialmente a nivel político, social, mediático, sanitario y también económico. Y es que el coste real de esta enfermedad probablemente no se conozca nunca, por mucho que identifiquemos las partidas presupuestarias extraordinarias que muchos países asignaron para luchar contra esta enfermedad. Si sabemos que estos recursos han permitido a las empresas farmacéuticas que están involucradas en los tratamientos y vacunas, tener unos beneficios importantes durante este año, beneficios que la crisis mundial hacía peligrar antes de la aparición de la pandemia.

En el caso de los países pobres, los esfuerzos para luchar contra la gripe A H1N1 salen de las partidas presupuestarias anuales, lo que conlleva reducir las partidas destinadas a la lucha contra otras enfermedades mucho más relevantes para su población. Por ello, sin descuidar los potenciales peligros de nuevas enfermedades, consideramos prioritario que se aborde con la misma intensidad y eficacia la lucha contra enfermedades reales; es decir, contra las denominadas enfermedades olvidadas y extremadamente olvidadas.

2. EVENTOS DESTACADOS

A lo largo de este año han tenido lugar varias reuniones del G8 y G20 con la crisis económica como eje central. Algunas otras, celebradas en los últimos meses del 2008 merecen mención especial, como la conferencia de Doha (29/11-2/12/2008).

Con respecto a la crisis financiera mundial en esta reunión se acuerda trasladar a 2009 el tema de los mercados financieros y su regulación, aspecto aplaudido por las ONG críticas con el papel jugado por FMI, Banco Mundial y Organización Mundial del Comercio y su responsabilidad en la generación de la crisis mundial. Sobre financiación para el desarrollo, la declaración final incluye la necesidad de que cada país haya finalizado para 2010 un calendario de incremento de AOD en sus asignaciones presupuestarias e incorporando los principios de la Declaración de París y de la Agenda de Accra.

En materia de coherencia de políticas los países del G77 abogaron por el espacio necesario para que los gobiernos nacionales puedan desarrollar sus políticas sociales y de desarrollo, y la declaración final incluyó la necesidad de un empleo productivo, trabajo decente y sistemas tributarios que impidan la evasión de capitales y la corrupción, aunque no se avanzó en la eliminación de los paraísos fiscales, una de las propuestas lanzadas por España, ni tampoco en el sistema de comercio multilateral mundial. La igualdad de género fue considerada finalmente como un derecho fundamental y cuestión básica de justicia social, quedando pendiente la incorporación de esta igualdad en aspectos y asuntos más genéricos y de sistemas. En cuanto a los flujos de capital privado, se reconocieron sucintamente las iniciativas privadas para una mayor transparencia como promotoras de la responsabilidad corporativa, quedándose muy corta y en términos de voluntaria la calificación de las mismas que se incluyó en la declaración final. Se reiteró la complementariedad de los nuevos mecanismos de financiación como provisos de fondos adicionales para el desarrollo y nunca sustitutivos, considerando las remesas de la migración como flujos de capital privado.

Unos meses más tarde, en la reunión celebrada por el G20 (más España y Holanda) el 2 de abril en Londres, se reafirmó el compromiso histórico de alcanzar los ODM, y los líderes políticos manifestaron allí que la cooperación internacional para el desarrollo es ahora más necesaria que antes. Se acordó una financiación de emergencia, garantizar los fondos a los países de bajos ingresos y establecer una adecuada regulación de los sistemas financieros. En términos prácticos, acordaron destinar, entre 2009 y 2012, 50.000 millones USD para mejorar la protección social y 6.000 millones USD adicionales como financiación flexible para los países más pobres (la mayoría, canalizada a través de los bancos regionales de desarrollo).

En la reunión celebrada en Pittsburg en septiembre de 2009, el compromiso adquirido se dirigió a dinamizar los mercados y el crecimiento económico internacional, reforzando la presencia de las economías emergentes en la toma de decisiones y proponiendo un incremento de al menos un 3% en los votos de países en desarrollo en el seno del Banco Mundial.

En materia de salud se instó al Banco Mundial a crear un fondo que apoye la Iniciativa para la Seguridad Alimentaria recientemente anunciada en L'Aquila, Italia. Los países integrantes se comprometieron a aumentar los recursos para favorecer el acceso a la energía de los países en desarrollo de modo voluntario, compartiendo la responsabilidad colectiva de mitigar el impacto social de la crisis a nivel mundial, reafirmando su compromiso "histórico" con los ODM y los adquiridos en materia de AOD, especialmente los adquiridos en la reunión de G8 de Gleneagles celebrada en julio de 2005 y focalizados en África subsahariana: doblar la ayuda al desarrollo para el continente africano antes de 2010.

También los países de la OCDE, reunidos en mayo de 2009, adoptaron un Plan de Acción en el que reafirmaron sus compromisos y especialmente los relativos al continente africano. No obstante, hay un déficit de 60% entre el dinero desembolsado para África en 2008 y los compromisos adquiridos para 2010 (Gleneagles, 2005). La sociedad civil organizada deberá vigilar en los próximos años el cumplimiento de todos estos compromisos adquiridos por la comunidad internacional.

Durante la 62ª Asamblea de la OMS celebrada en 2009, se emitió una resolución específica en relación a los determinantes sociales de la salud, en la que, además de exhortar a los estados miembros a trabajar en esa dirección, se insta a la OMS a incluir como un principio rector de sus actuaciones y organización los determinantes sociales de la salud. Además, se insta a la OMS a apoyar los esfuerzos nacionales y multilaterales dirigidos a la valoración, análisis e inclusión de los determinantes sociales de la salud en las agendas sanitarias y convocar un acto mundial, antes de la 65ª Asamblea Mundial de la Salud, para discutir los planes renovados diseñados para actuar sobre las alarmantes tendencias de las inequidades sanitarias mediante la acción sobre los determinantes sociales. El informe presentado por la *Comisión de Determinantes Sociales de la Salud*, del que luego nos ocuparemos más en profundidad, resuelve así en una resolución clave⁵ para las políticas de salud mundiales

En esa misma Asamblea celebrada en mayo, se emiten 16 resoluciones que comprometen en mayor o menor medida a los Estados miembros:

- Las que comprometen resultados futuros han sido comentadas en el párrafo anterior y la relativa a investigación en pro de la salud, que queda incorporada al Plan de Acción Estratégico a medio plazo 2008-2013 y compromete un análisis de progreso para 2014.
- Dos resoluciones relativas a enfermedades: una dedicada al control de la tuberculosis, particularmente la TB resistente y extremadamente resistente, instando a extender la cobertura universal de diagnóstico y tratamiento, mejorar la estrategia DOTS e incrementar las inversiones en investigación para avanzar en el Plan Mundial para Detener la Tuberculosis 2006-2015 y alcanzar los ODM; y una segunda relativa a la ceguera y discapacidad visual.
- Se emite una resolución específica para la preparación para una gripe pandémica.
- Otra resolución se dedica a la medicina tradicional, reconociendo su valor en la mejora de la salud y de los ODM, e instando a la promoción de un uso adecuado de la misma.
- Se emite una resolución específica en materia de Atención Primaria de Salud⁶ y fortalecimiento de los sistemas de salud, sustentada en el Informe elaborado en 2008 con ocasión del 30º aniversario de Alma-Ata y en el que se reafirman los compromisos políticos y económicos, se instan acciones para acelerar el acceso universal a

APS, la participación comunitaria, situar al individuo en el centro de las políticas sanitarias y alcanzar los recursos humanos suficientes.

En 2009 se cumplen 15 años de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo de El Cairo, en la que 179 países acordaron un Plan de Acción para alcanzar el acceso universal a la educación, particularmente de las niñas, la reducción de la mortalidad infantil y materna y garantizar la salud reproductiva, incluida la planificación familiar, en 2015. El enfoque de esta Conferencia vino a cambiar la dirección estratégica en este ámbito, pasando de una perspectiva poblacionista a una perspectiva de derechos y dignidad, muy especialmente de la protección y defensa de los derechos sexuales y reproductivos, que son hoy una realidad incontestable y reconocida internacionalmente, del mismo modo que se situó el empoderamiento de las mujeres como un fin en sí mismo esencial para la mejora de la calidad de vida de las personas.

Los principios y objetivos de este Plan de Acción fueron después incorporados a la Declaración del Milenio del Año 2000. UNFPA, agencia de NU encargada del seguimiento del Plan de Acción⁷, subraya 15 años después la urgencia en las acciones para abordar los objetivos de El Cairo, reduciendo la pobreza e inequidad, proveyendo acceso universal a planificación familiar, asegurando la maternidad segura para madre e hijo, empoderando a las mujeres e implicando a los hombres, manteniendo más tiempo a las niñas en las escuelas, invirtiendo en las jóvenes y los jóvenes del mundo, protegiendo el medio ambiente, demostrando liderazgo político y actualizando los compromisos financieros.

En su voluntad por dar respuesta a algunos de los retos que en materia de salud sexual y reproductiva persisten, UNFPA ha puesto en marcha el Fondo Temático de Salud Maternaⁱⁱ (MHTF por sus siglas en inglés) desde septiembre de 2007, que se propone alcanzar los 500 millones USD entre 2008-2011, aunque reconoce que solo significa un 2% de los entre 7 y 8 mil millones necesarios anualmente para mejorar la salud materna y del recién nacido. Por su parte, la OMS estima necesarios al menos 6 mil millones anuales para mejorar la salud materna junto con 1,5 millones adicionales para cubrir las necesidades no cubiertas en planificación familiar. En los países en desarrollo cuesta en torno a 50 USD asegurar un embarazo y parto seguros, lo que se traduce entre 3-4 dólares *per capita/año*.

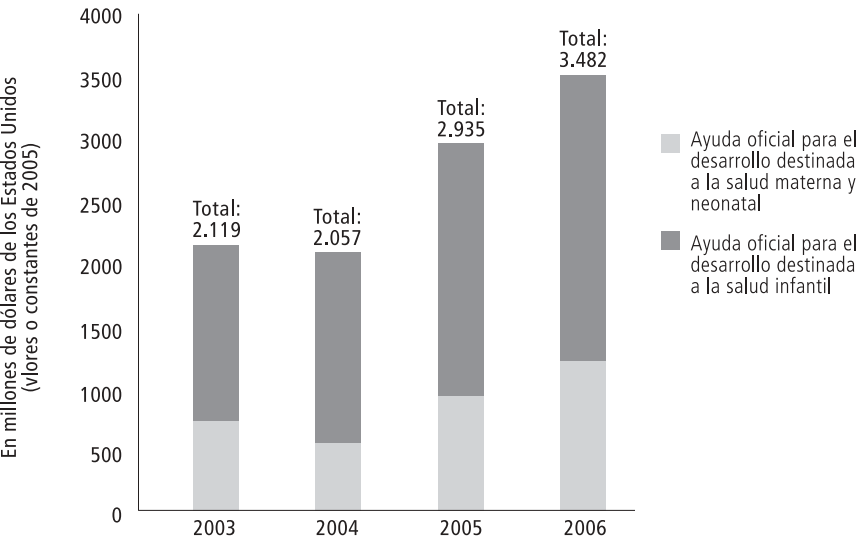
Este nuevo fondo integra también dos fondos temáticos previos: el Programa de lucha contra la fístula y el Programa global para la seguridad de los suministros en salud reproductiva. Se ha previsto en países en desarrollo una implementación con-

ⁱⁱ "Diseñado como un mecanismo en pro de los pobres, basado en los resultados y guiado por los ODM, el fondo proveerá un desarrollo de capacidades más focalizado, asistencia técnica, recursos financieros y salvavidas, suministros y medicamentos a aquellos países que más lo necesitan y por tanto una contribución extra para alcanzar resultados nacionales"

junta de las actuaciones que se basarán en que la salud materna y reproductiva es un derecho humano, en una dirección asumida desde los responsables de salud nacionales y atendiendo a criterios de apropiación y focalizarán en los sistemas de monitorización y evaluación promoviendo una gestión por resultados

Para UNFPA solo se alcanzará el ODM5 con un esfuerzo mayor al ya realizado hasta ahora por los países, incluyendo destinar un 15% de los presupuestos nacionales de países en desarrollo a salud, un incremento significativo en la financiación de los donantes para la salud materna y del recién nacido y para el reforzamiento de los sistemas de salud. En 2008, los líderes del G8 reunidos en Japón comprometieron mayores esfuerzos en el apoyo a la salud reproductiva, materna e infantil y ese mismo año UNFPA, UNICEF, Banco Mundial y OMS lanzaron un posicionamiento común para la aceleración de los esfuerzos para salvar vidas de mujeres y recién nacidos.

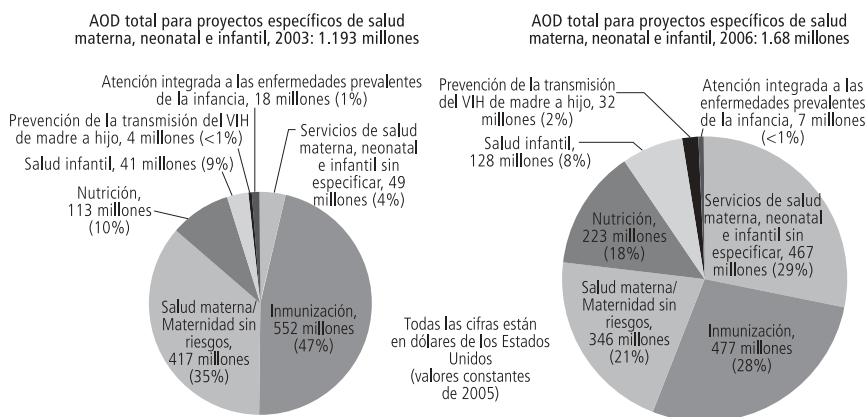
GRÁFICA. 1.1. AYUDA OFICIAL PARA EL DESARROLLO DESTINADA A LA SALUD DE LA MADRE Y RECIÉN NACIDO



Fuente: Greco, G.; Powell-Jackson, T.; Borghi, J.; Mills, A.; Countdown to 2015: assessment of donor assistance to maternal, newborn, and child health between 2003 and 2006. Lancet, 2008; 371(9620):1268-75

GRÁFICA 1.2. LA FINANCIACIÓN PARA LA NUTRICIÓN, LA PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN DEL VIH DE MADRE A HIJO Y LA SALUD INFANTIL

La financiación para la nutrición, la prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo y la salud infantil ha aumentado sustancialmente



Fuente: Greco, G.; Powell-Jackson, T.; Borghi, J.; Mills, A.; Countdown to 2015: assessment of donor assistance to maternal, newborn, and child health between 2003 and 2006. Lancet, 2008; 371(9620):1268-75

Conviene recordar también otros eventos relevantes en cooperación internacional para el desarrollo que tuvieron lugar a finales de 2008, donde las decisiones adoptadas preveían cambios y repercusiones en las acciones desarrolladas en 2009, como por ejemplo el 3º Foro de Alto Nivel sobre la Eficacia de la Ayuda al Desarrollo⁸, celebrado en Accra, con el objetivo de “acelerar y profundizar la aplicación de la Declaración de París sobre la Eficacia de la Ayuda” y de donde surge un programa de acción.

En este foro se asume que no se está progresando suficientemente, por lo que se decide tomar medidas para acelerar dicho progreso: ampliar el diálogo sobre políticas para el desarrollo a nivel nacional, mejorar la capacidad de los países en desarrollo para dirigir y gestionar el desarrollo fortaleciendo y utilizando los sistemas de los países en desarrollo tanto como sea posible; reducir la costosa fragmentación de la ayuda; intensificar la optimización de los recursos de la ayuda; aceptar y trabajar con todos los actores involucrados en el desarrollo profundizando en la colaboración con las ONG; adoptar políticas referidas a las ayudas para países en situación frágil; concentrarse en lograr resultados; aumentar el nivel de transparencia y rendición de cuentas; cambiar la condicionalidad para respaldar la identificación del país y aumentar la previsibilidad a medio plazo de los flujos de la ayuda.

Sin embargo, las expectativas en materia de claridad, medición de cambios y urgencia no se vieron suficientemente cubiertas. Se reforzaron los compromisos en alineación, particularmente los relacionados con el sector público de países receptores –al menos el 50% de la AOD bilateral canalizada a través de sistemas fiscales y presupuestarios propios de cada país–, para lo que deben elaborarse planes de alineación por los países y agencias donantes. La UE va a impulsar el inicio de un diálogo sobre la división internacional del trabajo en cooperación. No se concretaron medidas para la desvinculación de la ayuda y sólo se recogieron acciones para la publicidad de las condicionalidades de ésta. En relación a la previsibilidad de la ayuda, se compromete un plazo entre 3 y 5 años. La OCDE, tradicionalmente líder del análisis de la AOD a través del Comité de Ayuda al Desarrollo (CAD), parece ceder terreno en la negociación de las ayudas a favor de ECOSOC, el Consejo Económico y Social de Naciones Unidas. Nuevamente, la sociedad civil organizada deberá realizar el seguimiento de la traducción de los compromisos en acciones.

En noviembre de 2009, a propuesta de la FAO, se ha celebrado la *Cumbre Mundial de la Seguridad Alimentaria*, que es la tercera de la historia en su género. Hubo una I Cumbre Mundial de la Alimentación celebrada en Roma en 1996 donde se estableció el compromiso de reducir a la mitad, antes de 2015, la cifra de personas en situación de hambre crónica (tomando como referencia los datos de 1990, lo que suponía llegar a 2015 con una cifra de unos 400 millones); posteriormente hubo una II Cumbre Mundial, en 2002, en la que se reiteró este compromiso y se acordó la elaboración de unas directrices para la realización del derecho humano a la alimentación.

A partir de esos compromisos de la I y II Cumbre, la realidad es que las cifras de personas hambrientas han ido creciendo año tras año desde 1996 hasta superar en 2009 los mil millones. La pregunta de por qué se ha fracasado reiteradamente en la lucha contra el hambre ha vuelto a quedar sin una respuesta clara en esta III Cumbre.

La declaración final, además de comprometer la reforma en profundidad del Comité de Seguridad Alimentaria Mundial –que constituye seguramente el aspecto más positivo–, recoge buenas ideas y buenas intenciones condensadas en los llamados cinco principios de Roma para una seguridad alimentaria global y sostenible:

1. Invertir en planes nacionales bien diseñados y orientados a resultados.
2. Fortalecer la coordinación estratégica a nivel nacional, regional y global para mejorar la gobernanza y promover un mejor uso de los recursos.
3. Acción combinada para, por un lado, reducir inmediatamente el hambre en los grupos más vulnerables, y, por otro lado, trabajar en la eliminación de las causas del hambre a través de acciones de medio y largo plazo para la agricultura sostenible, la seguridad alimentaria, la nutrición y el desarrollo rural.
4. Asegurar un papel importante del sistema multilateral a través de impulsar la eficiencia, capacidad de respuesta, coordinación y efectividad de las instituciones multilaterales.

5. Garantizar un compromiso sostenido y sustancial de todas las partes implicadas para invertir en agricultura y seguridad alimentaria y nutricional, proveyendo los recursos necesarios a tiempo y de forma previsible.

De su balance, las organizaciones de la sociedad civil han destacado como negativo que vuelve a dejar en el aire los compromisos concretos, los medibles, la existencia de una voluntad política fuerte manifestada en un compromiso real y actual de recursos aportados para llevar a la realidad todas esas buenas declaraciones.

Según Naciones Unidas, se estima que hacen falta alrededor de 40.000 millones de dólares al año para cubrir las necesidades de la agricultura y comenzar a hablar de posibilidades de acabar con el hambre en el mundo. Las discusiones de la Cumbre no han desembocado tampoco en determinar el cómo y el cuándo se canalizará el dinero y lo más importante, cómo se apoyará a las NNUU para que pueda cumplir su mandato de lucha contra el hambre. Sin nuevos recursos comprometidos para llevar los principios a la práctica, la III Cumbre Mundial de la Seguridad Alimentaria corre el riesgo de nuevamente reducirse a un simple escenario en el que se han presentado ideas políticamente correctas pero que no se traduzca en realizaciones concretas.

3. AGENDA 2010

A continuación se relacionan las principales citas internacionales que deben tenerse en cuenta en los meses próximos. No están todas las previstas, pero se incluyen aquellas de las que se esperan resultados positivos en salud y cooperación para el desarrollo.

- *Convención de Naciones Unidas sobre Cambio Climático*. Copenhague, diciembre 2009: Ante la finalización del Protocolo de Kyoto y la necesidad imperiosa de revalidar compromisos para combatir el cambio climático mundial, las expectativas están puestas en la incorporación efectiva de países como Estados Unidos y la medida de sus potenciales compromisos. También será relevante el escenario que se acuerda para con las economías emergentes y países en desarrollo, para la transferencia de tecnología y para el uso y consumo energéticos. La reivindicación actual más visible se sitúa en el control de emisiones de CO₂, y del que habría también que detenerse en el modelo de gestión de dichas emisiones entre países
- *Presidencia española de la Unión Europea*: enero - junio 2010. Se ha convertido en la primera presidencia tras la aprobación por todos los Estados miembros del Tratado de Lisboa y que contará con dos figuras políticas nuevas. Las desigualdades sociales en salud serán un elemento clave en la aproximación que desde el sector salud se propone. Se está impulsando una comunicación en salud global de la UE que se verá plasmada en un documento durante la presidencia española. Se puede considerar de especial interés y las expectativas se centran en la posición europea común y posiblemente en el

nivel de concreción de las propuestas. Se presume la preparación de un plan de acción en género y desarrollo, el seguimiento del tema de cambio climático tras la reunión de Copenhague y la lucha contra la pobreza.

- *Health Information Forum*, enero de 2010, Bangkok. Se trata de un foro dirigido a la mejora de los sistemas de información en salud. Se prevé un "llamamiento a la acción" para la construcción y la inversión en las capacidades de los sistemas de información.
- *Beijing +15*: Se celebrará en marzo de 2010, organizada por la Comisión sobre el Estado de la Mujer (CSW). Se enfatizará en el intercambio de buenas prácticas y experiencias, así como una revisión de los obstáculos y retos incluidos los relacionados con los ODM.
- *Geneva Health Forum*: Geneva Health Forum and the Global Access to Health Platform, abril de 2010. Es el tercer foro que se realiza (2006, 2008). El foro se dirige a apoyar la discusión innovadora y abierta para la movilización, el apoyo y el reforzamiento de las iniciativas y compromisos que promuevan y sostengan un acceso global a la salud. Es una red global para el diálogo nacional e internacional y tiene la misión de facilitar el reforzamiento de los sistemas de salud, dirigiendo el acceso a la salud como un elemento a mantener en la agenda internacional.
- *63ª Asamblea de la Organización Mundial de la Salud*. Mayo de 2010: Presentación en la Asamblea del Código de buenas prácticas para el reclutamiento de personal de salud: documento que servirá de referencia para enfrentar los recortes en la disponibilidad actual de personal sanitario, especialmente en los países en desarrollo.
- *Reuniones de G-20*: Junio, Canadá; noviembre, Corea. Es previsible que la crisis económica continúe siendo un tema central de estas reuniones. Conviene estar atentos a las manifestaciones relativas a financiación para la cooperación al desarrollo, y en la traducción en términos prácticos de ese mayor peso con el que se ha dotado a las economías emergentes.
- *XVIII Conferencia Internacional en Sida*: Viena, Julio de 2010, Constituye la mayor reunión mundial en VIH/sida que se celebra cada 2 años.
- *10º Aniversario de la Cumbre del Milenio*: 5 años para el cumplimiento del plazo comprometido. Sesión de alto nivel en septiembre de 2010 previa a la inauguración de la Asamblea General de NN.UU. con el objetivo de medir el alcance en los ODM. Se organizará en torno a 9 reuniones plenarias y se está proponiendo la realización de 4 reuniones paralelas aunque por decidir todavía el formato. La expectativa es el paso a la acción necesaria y que NN.UU. quiere catalizar también con la financiación necesaria
- *64ª Asamblea de Naciones Unidas*: se realizará a continuación de la reunión de alto nivel en ODM.
- *5º Aniversario de la reunión de Gleneagles*: vencimiento del plazo para cumplimiento de compromisos del G8. Será la reunión de balance final sobre el cumplimiento o no de la financiación prometida, muy particularmente para el continente africano.

4. LA EQUIDAD EN SALUD

Hace ya décadas que se conoce que la salud no depende solamente de la sanidad, sino que existen múltiples factores no sanitarios que la condicionan y que debemos tenerlos en cuenta si queremos asegurar una salud para todos y todas. A su vez, la Atención Primaria de Salud y el fortalecimiento de los sistemas de salud son elementos que aseguran la equidad en todas las acciones de salud. Por estos motivos, en este apartado vamos a centrarnos en desarrollar someramente estos 3 elementos claves para la mejora del acceso a la salud de toda la población.

4.1. Los determinantes sociales de salud

Los determinantes sociales de la salud han sido objeto de un análisis profundo por parte de la Comisión de Determinantes Sociales de la salud puesta en marcha por la OMS. Los resultados de esta Comisión hasta la fecha han sido la elaboración del informe “*Subsanar las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud*”⁹ y la adopción de compromisos por parte de los países que integran la OMS para tener en cuenta estos determinantes, realizar análisis nacionales y presentar resultados en un plazo de tres años. En el informe se refleja de modo claro y basado en la evidencia las desigualdades e inequidades sanitarias existentes, tanto entre países como, dentro de cada país, entre grupos de población, como consecuencia de las desigualdades en las condiciones de vida, el acceso al poder y los recursos y la participación social.

La salud y la enfermedad tienen un gradiente social y económico: a menor nivel socioeconómico, menor nivel de salud, por lo que es evidente que las políticas sociales y económicas determinan las oportunidades de vivir en buena salud presentes y futuras. Hasta ahora se partía de la premisa de que el desarrollo económico mejoraba la salud de las personas de forma automática, pero, con los datos disponibles, este efecto no se produce si no se incluye la equidad sanitaria en la definición y aplicación de las políticas. La equidad sanitaria debe estar presente en el conjunto de políticas nacionales más allá del sector salud, aún cuando éste sea el sector que ha de liderar, desde la responsabilidad, la inclusión y la coherencia en pro de la equidad sanitaria. Los Estados son garantes de la prestación de servicios sociales básicos, y entre ellos los que son esenciales para la salud, sobre los que recae la responsabilidad de asignar financiación pública suficiente y equitativa para actuar sobre los determinantes sociales de la salud. Las iniciativas y fondos internacionales deberían también considerar este conjunto de determinantes

“Esa distribución desigual de experiencias perjudiciales para la salud no es, en ningún caso, un fenómeno «natural», sino el resultado de una nefasta combinación de políticas y programas sociales deficientes, arreglos económicos injustos

y una mala gestión política. Los determinantes estructurales y las condiciones de vida en su conjunto constituyen los determinantes sociales de la salud, que son la causa de la mayor parte de las desigualdades sanitarias entre los países y dentro de cada país.” (*Tomado del informe “Subsanar las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud”. Comisión de Determinantes Sociales de la Salud*)

Las desigualdades sanitarias, medidas como morbilidad y mortalidad de personas y grupos de población, son consecuencia de las desigualdades en las condiciones de vida de la primera infancia, la educación, el empleo y las condiciones del trabajo, el medio y entorno en el que se vive, definiendo la vulnerabilidad a la enfermedad. Este análisis no es novedoso en sí mismo, de hecho la comunidad internacional ha querido trabajar en estos ámbitos desde la Cumbre del Milenio. La mayoría de las esferas implicadas en las condiciones de vida son objeto en uno u otro Objetivo de Desarrollo del Milenio. La relevancia parece residir más bien en la profundización y exhaustividad de las medidas que se proponen para trabajar en pro de unas condiciones de vida que minimicen y combatan las desigualdades en salud. A modo de ejemplo se proponen medidas que, partiendo de los programas existentes de supervivencia infantil, incluyan el desarrollo socio-emocional y lingüístico-cognitivo en la primera infancia también en el ámbito educativo. También incorpora medidas para afrontar el cambio climático y promover la equidad sanitaria entre zonas rurales y urbanas, medidas para disponer de un empleo digno, seguro, correctamente remunerado y libre de riesgos físicos y psíquicos. Para combatir una de las desigualdades más obvias e incontestables, la de género, se proponen tres esferas de actuación: estructura social y legislación, educación y participación económica de las mujeres y programas de salud sexual y reproductiva.

Este informe de la Comisión de Determinantes Sociales de Salud supone un marco de trabajo futuro para los actores nacionales e internacionales en desarrollo y salud. Sus tres recomendaciones principales –mejorar las condiciones de vida, luchar contra la distribución no equitativa del poder, el dinero y los recursos, y medir la magnitud del problema, analizarlo y evaluar los efectos de las intervenciones– sitúan al conjunto de actores ante el reto de visibilizar este objetivo común, desarrollar de modo efectivo procesos de responsabilización y coordinación multisectorial, garantizar la coherencia de las políticas e incluir a todos los grupos de la sociedad con poder efectivo en la reducción de las desigualdades y a favor de la equidad sanitaria. Se ha abierto un escenario de trabajo, no exento de dificultades técnicas y de coordinación, en el que la visibilización de la inequidad sanitaria es paso previo a la interiorización y legitimación de los determinantes sociales de la salud como claves para subsanar las desigualdades en una generación, siendo plenamente conscientes de que el objetivo de desarrollo en sí mismo es alcanzar la justicia social.

4.2. Atención Primaria de Salud (APS)

Han transcurrido 31 años desde el compromiso internacional adquirido para la implantación de la *Atención Primaria de Salud* (APS) en el mundo. La APS fue concebida como una estrategia que debía favorecer la promoción de la salud, la agilidad y la calidad en la atención, la participación de las comunidades y la proximidad con los profesionales, así como el enfoque multidisciplinar en el abordaje de los problemas y la prevención de la enfermedad. Pero el balance no es todo lo positivo que se esperaba, tal y como puso de manifiesto la OMS con ocasión del 30 aniversario y que centró su informe anual. Aunque los indicadores de salud más clásicos afortunadamente hayan mejorado, no hay todavía “salud para todos”.

No sólo conviene velar para que los recién nacidos se incorporen al mundo con la mayor y mejor salud posible, sino también para que puedan mantenerla y mejorarla a lo largo de su vida, ya que los progresos médico-científicos lo permiten en la mayoría de las ocasiones. La promoción de la salud y la consecución de condiciones de vida saludables –ya se ha comentado– constituyen un objetivo fundamental más allá del sector sanitario y la prevención de la enfermedad, y deberían centrar los servicios ofrecidos a las personas.

La implantación de la APS ha sido desigual, en muchas ocasiones no ha estado exenta de críticas y en ciertos momentos de abandono. Los instrumentos de participación ciudadana no han sido suficientemente desarrollados, ni siquiera en contextos donde la ciudadanía dispone de mayor margen de intervención y participación social. El debate entre lo demandado por las colectividades y lo técnico se ha decantado a favor de este último aspecto, relegando las necesidades y las propuestas identificadas por las comunidades afectadas, lo que ha restado oportunidades de continuidad y sostenibilidad en el tiempo. Este es uno de los aspectos más reclamados actualmente: situar al individuo en el centro del sistema, que significa tener en cuenta sus necesidades, generar espacios de participación reales y legitimados y dotar de herramientas para la autoprotección de su salud. Además, los servicios deben estar orientados a una atención sanitaria integral, incluidas promoción y prevención, que sea continua en el tiempo. Este tipo de atención se sustenta en equipos de trabajo con capacidad de gestión y coordinación suficientes para atender a poblaciones próximas y bien definidas

Conviene recordar que distrito de salud y atención primaria de salud son conceptos diferentes, y que aunque en ocasiones la división organizativa y de planificación de distrito ha resultado el mejor escenario para la implantación de la atención primaria de salud, esta última tendrá que contextualizarse en primera instancia en base a sus principios de acción –multisectorialidad y participación ciudadana– y a sus valores: equidad, solidaridad y justicia social. La APS se resitúa nuevamente como un modelo integrador de los sistemas de salud. Integración que combate la fragmentación y la dispersión actual en muchos sistemas sanitarios del mundo y particularmente en países en des-

arrollo donde la regulación y liderazgo públicos han sido a todas luces insuficientes. A esto hay que añadir la persistencia de programas específicamente dirigidos a enfermedades que contribuyen a la fragmentación de la atención brindada y propician competencia por los recursos.

Los principios de acción de la APS se ven reforzados en estos momentos con las recomendaciones de la Comisión de Determinantes Sociales en el combate contra la inequidad sanitaria. Esto es así, a la luz de los resultados en salud, no sólo en términos de desigualdad sino debido al hecho de que disponer de un sistema sanitario público no es suficiente en sí mismo para garantizar el mejor nivel de salud posible de una población. Parece que nos encontramos ante una nueva oportunidad de trasladar las lecciones aprendidas y resultados obtenidos con la APS a otros sectores. La OMS y los Estados miembros reconocen cuatro líneas de trabajo para introducir cambios fundamentales: subsanar las inequidades sanitarias avanzando hacia la cobertura universal, situar al individuo como elemento central de la prestación de servicios, integrar la salud en las políticas públicas de todos los sectores e instituir un liderazgo integrador en los mecanismos de gobierno de la salud. Para que estas transformaciones se produzcan, se depende de la coherencia de los sistemas de salud y de la articulación para que los resultados alcanzados se conviertan en resultados globales en salud.

4.3. Sistemas de salud

Parece el momento oportuno para que la APS sea el modelo-eje vertebrador de los sistemas de salud y se priorice la aplicación de sus valores, como la equidad y la universalidad. Es ineludible la necesidad de reforzar los sistemas de salud y la extensión de los servicios y que éstos sean universalmente accesibles para la población y muy particularmente para las personas más vulnerables.

Los países en desarrollo no disponen en general de sistemas de prevención ni protección de riesgos, que son solo accesibles al segmento de población con mayores recursos, ni tampoco sistemas de protección social suficientes y de calidad. En tiempos de crisis económica se manifiesta la incapacidad de los sistemas de salud para asumir la demanda creciente y la imposibilidad de hacer frente al pago de los costes sanitarios por parte de las usurias y los usuarios. Se impone avanzar hacia la cobertura universal si se quiere alcanzar la equidad sanitaria y la eliminación de la exclusión. Las medidas específicas a aplicar para conseguir la extensión de los servicios dependerán de cada contexto y país. Se debe llegar a los lugares y poblaciones sin acceso, y la solidaridad y protección deben sustituir al pago de tarifas por servicio recibido, brindando una protección sanitaria social. Reforzar los sistemas públicos de salud para la prestación de servicios de cobertura universal y equitativos es el compromiso ineludible para la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Para ello no solo se requiere de compromiso y voluntad firmes,

sino también de capacidad rectora, normativa y reguladora de sistemas de abastecimiento, gestión y calidad, vocación de servicio a la ciudadanía –configurando sistemas inclusivos para los más desfavorecidos– que sirva además de freno a la corrupción, interés en el *continuum* salud-enfermedad y defensa de la justicia social.

Los recursos se vuelven más necesarios que nunca para propiciar el “salto” tras la crisis económica y los recortes presupuestarios y así se plasmó en la resolución aprobada por la Asamblea General de Naciones Unidas¹⁰ instando a “poner a disposición de los países en desarrollo, especialmente los países menos adelantados, una proporción suficiente de recursos adicionales, tanto de liquidez a corto plazo como de financiación para el desarrollo a largo plazo” en respuesta a la crisis económica mundial.

Los sistemas nacionales de salud no solo están condicionados por factores internos sino también por otros como la disponibilidad de medicamentos e insumos, acceso a tecnología apropiada... condicionados a su vez por “el mercado”. Es aquí donde residen buena parte de los argumentos que la iniciativa privada esgrime para defender su progresiva incorporación al sector salud. Pero no conviene olvidar las ventajas de la provisión pública de servicios de salud: la economía de escala, calidad y rendición de cuentas, la capacidad redistributiva de los sistemas públicos destinando recursos para quienes más los necesitan y la posibilidad de abordaje de las inequidades entre regiones, ciudades, entre zonas rurales y urbanas y entre hombres-mujeres.

La incorporación de empresas privadas al sector salud en los países en desarrollo no está exenta de críticas¹¹. Por un lado, su impulso no se sustenta en evidencias suficientes y las disponibles muestran más desventajas que ventajas. Las primeras son fundamentalmente relativas al hecho de que merma la capacidad de garantizar el derecho y de regular la prestación y la calidad de los servicios, limitan el acceso a quienes no tienen recursos, tienen elevados costes de transacción y contractuales que generalmente son asumidos por los gobiernos de los países en desarrollo, aumentan la fragilización del acceso a los más desfavorecidos e incrementan los riesgos. Así, el beneficio global de un gasto gubernamental en salud se encontró que reducía la desigualdad en el acceso por parte de la población en 30 estudios de países desarrollados revisados por el FMI⁸. Las ventajas más argumentadas por el sector privado son aquellas que hablan de un hecho consumado: ya están presentes en numerosos países en desarrollo, la corrupción es menor (si ponemos de ejemplo el sistema de salud estadounidense el fraude se estima entre 12 y 23 miles de millones anuales) y la calidad es mayor en el sector privado, algo que los informes disponibles parecen contradecir como en Lesotho donde el 37% de las infecciones de transmisión sexual se trataron correcta y adecuadamente en el sector privado, frente al 57% y 96% correctamente tratadas en estructuras de salud públicas grandes y pequeñas respectivamente.

La iniciativa privada y pública del sector salud compiten además por los mismos re-

cursos humanos cualificados, recursos ya insuficientes en países en desarrollo (en 2006 se calculaba la necesidad en 4,25 millones de médicos, enfermeros y trabajadores de apoyo en 57 países). La evidencia –refrendada por la Comisión de Determinantes Sociales– concluye que los servicios públicamente financiados continúan superando a los privados en actividad y capacidad redistributiva.

Los sistemas de salud son los encargados de hacer realidad el derecho a la salud de las personas. Los gobiernos son los responsables últimos de garantizar ese derecho. La financiación de los sistemas es el mayor obstáculo actual, sin perjuicio de otros también importantes y de los que se habla más adelante. Un informe reciente¹², elaborado conjuntamente por redes y ONG, pone sobre la mesa el cuestionamiento sobre los sistemas de aseguramiento en salud como estrategia alternativa a los sistemas de financiación actual, que en su mayoría se basan en el pago por parte de quienes utilizan los servicios y en subsidios públicos que en la mayoría de los países en desarrollo no alcanzan una cobertura de protección suficiente para garantizar el acceso a quienes lo necesitan. En dicho documento se analizan los seguros privados, los microseguros privados, los seguros comunitarios y seguros sociales en salud, ofreciendo un panorama clarificador sobre las experiencias de implantación en países en desarrollo y sus efectos en las poblaciones más vulnerables. Hasta que las capacidades institucionales y de gobernanza actuales no se modifiquen sustancialmente y los sistemas impositivos y tributarios dejen de ser una entelequia en muchos países en desarrollo, la población más vulnerable y excluida continúa siendo el foco obligado para la prestación de los servicios y la prioridad para las intervenciones y estrategias sectoriales, así como los gobiernos deben seguir protegiendo socialmente a estos colectivos y en el caso de acceso a salud garantizar la financiación pública de los servicios de salud.

Recursos humanos

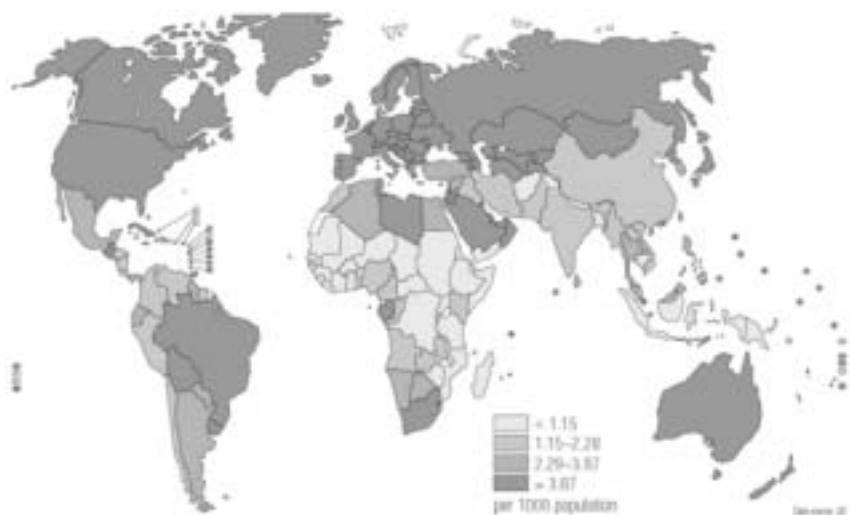
La OMS estima que un país que dispone de 23 profesionales de salud (medicina + enfermería + matrona)/10.000 habitantes no alcanza la cobertura necesaria y adecuada para desarrollar las actividades de APS prioritarias para conseguir los ODM. Aunque los datos sobre recursos humanos y sobre otros recursos hospitalarios varían en sus fuentes y en fiabilidad, la disparidad y desigualdad es obvia.

A nivel mundial, según OMS¹³ hay 59,8 millones de trabajadores de salud de los que 2/3 (39,5 millones) proveen servicios de salud y el tercio restante (19,8 millones) son trabajadores de apoyo y gestión. La distribución de los recursos humanos en salud es de 13 médicos/100.000 habitantes, aunque en África solo son 2 frente a Europa donde son 32/100.000. Respecto al personal de enfermería y matronas la situación es similar, 11/100.000 en África, frente a las 79 en Europa, arrojando un balance global en todo el mundo de 28.

Entre 2000 y 2008 las camas hospitalarias/10.000 habitantes oscilaron entre las 9 (Asia sudoriental) ó 10 (África) y las 63 de Europa.

Se estima en más de 4 millones los trabajadores de salud que faltan, de los cuales a África corresponden al menos millón y medio. El incremento necesario debería alcanzar al menos 2,5 trabajadores de salud/1.000 personas. Los países más afectados y lejanos a esta cifra son Malawi y Tanzania con 0,02 médicos/1.000 (y 0,6 y 0,4 personal salud/1.000 respectivamente), seguidos de Chad y Vietnam (0,5 y 1,3 respectivamente). Si bien África es el continente donde los países tienen las “ausencias de personal” más severas, en Asia es donde son más amplias por razones poblacionales.

GRÁFICA 1.3. DISTRIBUCIÓN MUNDIAL DE LOS TRABAJADORES DE SALUD



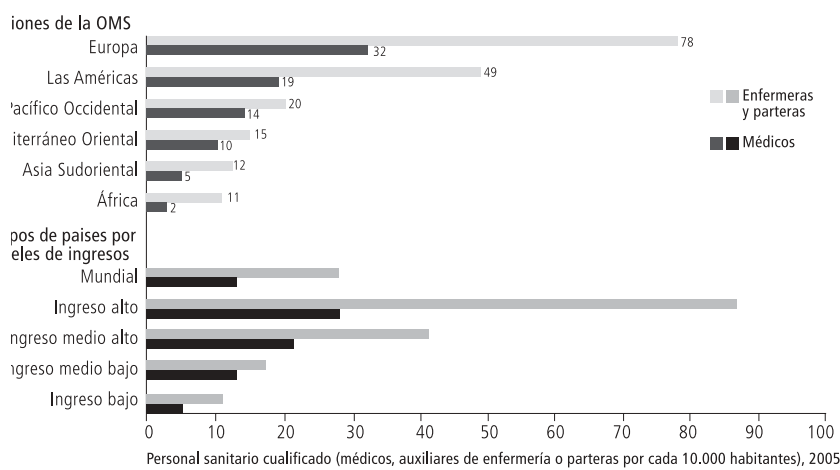
Fuente: WHO (2006). The world health report 2006 – Working together for health. Geneva, World Health Organization.

Esta situación de crítica escasez de profesionales de la salud (gráfica1.3) es de origen multicausal y repercute de modo inmediato sobre la salud de las poblaciones. Para revertir estas tendencias se hace necesaria la inversión continua, a largo plazo y previsible. Esto incluye inversión en su formación y especialización, remuneración, continuidad en la contratación, desarrollo de carrera profesional, buscando la fidelización y la permanencia.

Asimismo, estudios recientes para estimar las necesidades en recursos humanos para alcanzar los ODM han puesto de manifiesto lagunas importantes entre los modelos actuales de cómo se genera fuerza de trabajo en salud, es decir cómo un profesional sanitario empieza a ejercer su profesión, y las necesidades inicialmente proyectadas. Se han identificado como factores que contribuyen a esta crisis de personal de salud el bajo gasto de los gobiernos en la salud, las condiciones inadecuadas en salario y en condiciones de trabajo y la gestión inefectiva del personal de salud.

A estos factores hay que sumar las necesidades crecientes para la provisión de servicios en sida y otras enfermedades nuevas y/o reemergentes, y la migración, sobre todo debida a la demanda creciente de personal en los países ricos cubierta parcialmente por el personal de países más pobres. Entre los aspectos cualitativos de la crisis se encuentran la falta de supervisión, la pobreza de los instrumentos de gestión de recursos humanos y el modo en que éstos se ponen en práctica y la extrema desmotivación del personal.

GRÁFICA 1.4. PERSONAL SANITARIO CUALIFICADO POR CADA 10.000 HABITANTES



Fuente: Organización Mundial de la Salud, Estadísticas Sanitarias Mundiales 2008, OMS, Ginebra, 2008,

El objetivo de quienes gestionan los sistemas de salud ha de ser incrementar y fortalecer el personal sanitario, favoreciendo al máximo el desarrollo de capacidades, desde una perspectiva de atención primaria de salud, incrementando la cantidad de profesionales y la calidad de su formación. Realizar evaluaciones previas y un análisis de los recursos humanos del sector se convierte en una herramienta extremadamente útil para una planificación equilibrada: equilibrio necesario entre el medio rural y el medio urbano, entre la red pública y la red privada, entre la atención primaria y la especializada.

La fuga de personal sanitario de sus países de origen no es nueva, hace años es motivo de preocupación para los administradores y autoridades sanitarias. Aunque no existen hasta ahora acuerdos prácticos para su resolución, hay que reconocer ciertos avances en medidas que contemplan acuerdos bilaterales y en la elaboración de programas de acción y de un código de conducta para la contratación de personal extranjero en el sector salud.

Así, en 2006 la Comisión Europea adoptó el “Programa para la acción en la crisis en recursos humanos en los países en desarrollo, 2007-2013” en respuesta al llamamiento lanzado por la OMS en su 57ª Asamblea y que buscaba acciones para una década, hasta 2016. Se realizó una encuesta de progreso entre los países europeos en 2008 para valorar los avances realizados por dichos países en la aplicación del programa de acción y se encontró que los Estados miembros que habían participado en el sondeo apoyaron estrategias nacionales, regionales y globales en materia de recursos humanos, pero con escasa coordinación entre ellos y con una inadecuada capacidad para el diálogo sobre las políticas en esta materia.

En este programa de acción se reconoce el papel de la sociedad civil en las políticas y la planificación de los recursos humanos de los países, y además enfatiza en su participación para la renovación de la atención primaria de salud, cumpliendo sus principios de participación en el diálogo sobre las políticas y los mecanismos de rendición de cuentas.

Las organizaciones de la sociedad civil además aportan la perspectiva de los usuarios y de los trabajadores de salud, y se argumenta su inmejorable situación para mejorar las estrategias nacionales sobre el pago de salarios y las condiciones laborales para el personal de salud, para avanzar en su motivación y en el acceso equitativo a los servicios.

La Comisión también ha participado en la Declaración de Kampala y la Agenda para la Acción Global en Recursos Humanos en Salud, adoptada en el Primer Global Forum en Recursos Humanos en Salud organizado por la Alianza para los Trabajadores en Salud Global y reconocido posteriormente en los comunicados del G8. En su programa temático “Buena salud para todos” se contempla un llamamiento para propuestas encaminadas a implicar a las organizaciones de la sociedad civil en el apoyo a las políticas, estrategias, construcción de capacidades y transferencia de herramientas en materia de recursos humanos en salud con un monto aproximado de 14.500.000 € entre 2009 y 2010.

Gasto en salud

En 2006, el gasto en salud a escala mundial representó cerca del 8,7% del PIB, más elevado en América con 12,8% y más bajo en Asia sudoriental con 3,4%. La participación de los gobiernos, a través del gasto público, también es variable, oscilando entre 76% en Europa y 34% en Asia sudoriental.

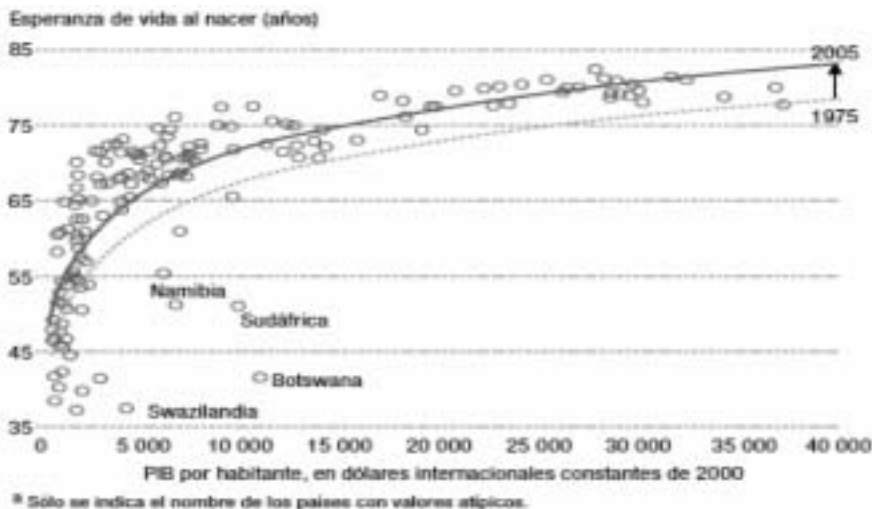
En los países en desarrollo en donde los recursos externos son una fuente muy importante de financiación sanitaria, cerca de un 17% de media, cuando esto no es suficiente, el déficit se compensa con el aumento del gasto privado, normalmente a través del pago de las personas al recibir los servicios de salud.

Según la OCDE, del total de la AOD¹⁴ asignada sectorialmente, la destinada a salud se ha mantenido en niveles similares, oscilando la proporción entre 11 y 13% en el último quinquenio. La AOD en salud ha aumentado en los últimos años, aproximándose al 16% de la ayuda sectorialmente distribuible (OCDE, 2008). Una proporción importante es la destinada a VIH/sida (gráfica 1.7). La ayuda bilateral de los países CAD al sector salud alcanzó los 9,4 miles de millones USD en 2007, y la ayuda de las agencias multilaterales llegó a los 4,5 miles de millones.

5 LA SITUACIÓN DE SALUD EN EL MUNDO

La salud de la población mundial ha experimentado progresos y mejorías en todas las regiones, excepto en África. Hay países donde las tasas de mortalidad son ahora menos de una quinta parte de las registradas hace 30 años. Sin embargo son reiterativas las desigualdades, no solo entre regiones y países del mundo, sino entre poblaciones ricas y pobres, entre áreas urbanas y rurales, entre migrantes y nacionales de los países... Las brechas en salud son cada vez más evidentes para las personas que las sufren, para los profesionales que las atienden, para los administradores, técnicos y gestores, para los políticos y para la sociedad civil organizada que desde hace años vigila estrechamente la actuación internacional en salud y cooperación internacional para el desarrollo. Las brechas se evidencian y amplían, aún cuando las mejoras en salud no están únicamente relacionadas con el gasto (gráfico 1.5) —el gasto se ve directamente influido por el PIB nacional y además a igual gasto en salud (en relación con el PIB) no se traduce en iguales resultados en salud de la población—; mejoras en otros sectores (educación, laboral, alimentación y nutrición, información y tecnología sanitarias) posibilitan mayor salud con el mismo nivel de riqueza.

GRÁFICA.1.5. PIB /HABITANTE Y ESPERANZA DE VIDA AL NACER EN 169 PAÍSES, 1975 Y 2005



Fuente: Tomado de Informe sobre la salud en el mundo. OMS 2008

Los nuevos problemas de salud que acompañan a los cambios globales están demostrando ser poco previsibles y extremadamente rápidos para el ritmo conocido. Nuevas realidades como epidemias, pandemias como la actual de la gripe A, el cambio climático... nos pondrán sin duda ante retos sin precedentes a los que habrá que hacer frente simultáneamente al trabajo iniciado contra otros problemas y previsiones que hoy ya son realidad como la urbanización descontrolada y el hacinamiento en barrios marginales de las grandes ciudades, el envejecimiento de la población, la inseguridad alimentaria o el hambre.

El repaso a los indicadores de salud habitualmente utilizados nos muestra ciertos hechos interesantes:

- La esperanza de vida al nacer (EV) tiene tendencia positiva desde 1990 en todas las regiones y grupos de países según ingresos (tabla 1.1), manteniéndose las diferencias en años de vida entre quienes nacen en unas regiones y otras: un hombre que nazca en África vivirá entre 12 y 22 años menos que otro nacido en cualquier otra región del mundo, del mismo modo que una mujer nacida en un país rico vivirá entre 12 y 24 años más que otra nacida en un país clasificado de bajos ingresos.

La esperanza de vida sana al nacer en 2007 fue de 59 años a nivel global para ambos sexos, mientras que el indicador clásico de EV ese mismo año fue de 68 años, lo que pone en evidencia la insuficiencia del indicador clásico para medir salud en una población.

TABLA 1.1 ESPERANZA DE VIDA AL NACER (EN AÑOS) SEGÚN REGIONES OMS

Regiones OMS	Hombres			Mujeres			Ambos sexos		
	1990	2000	2007	1990	2000	2007	1990	2000	2007
África	49	49	51	53	52	54	51	51	52
América	68	71	73	74	77	78	71	74	76
Asia Sudoriental	57	61	63	58	63	66	58	62	65
Europa	68	68	70	75	76	78	72	72	74
Mediterráneo Oriental	59	61	63	61	64	66	60	63	64
Pacífico Occidental	68	70	72	71	74	77	69	72	74
Según Ingresos	1990	2000	2007	1990	2000	2007	1990	2000	2007
I. bajos	52	53	55	55	56	58	53	55	57
I. medios bajos	62	65	67	64	68	70	63	66	68
I. medios altos	64	65	67	72	73	74	68	69	70
I. altos	72	75	77	79	81	82	76	78	80

Fuente: Tomado de Estadísticas Mundiales 2009. OMS

- La mortalidad de adultos entre 15-60 años a nivel global pasó de 212/1.000 habitantes en 1990 a 183/1.000 en 2007. Por regiones, ha aumentado en África (de 374 a 401/1.000 en 2007 y más en mujeres) y en Europa (de 157 a 159/1.000 en 2007 a expensas del sexo masculino) mientras que en el resto de regiones la mortalidad de los adultos ha disminuido. Seis de cada diez muertes que se producen en el mundo se deben a causas no transmisibles, 3 a causas transmisibles o nutricionales y 1 a traumatismos. Sin embargo, las enfermedades transmisibles son las que ocasionan más *años de vida perdidos (AVP) por muerte prematura*, un 51%, mientras que las no transmisibles representan el 34% a nivel mundial. En países de bajos ingresos las causas transmisibles representan el 68%, mientras que en los más ricos son un 8%ⁱⁱⁱ. En el continente africano, la mayor mortalidad se continúa produciendo como consecuencia de enfermedades transmisibles, técnicamente más susceptibles de control.

5.1. Seguimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio

Desde su incorporación a las agendas internacionales para el desarrollo son objeto de seguimiento con una conclusión actual común y mayoritaria: de no renovarse los esfuerzos a la mayor brevedad posible, no se alcanzarán los objetivos planteados para 2015. Y aunque se consigan en algunos países, en otros –la mayoría subsaharianos– no se alcanzarán. Según el informe de la Task Force para el desfase en ODM existen 3 desfases:

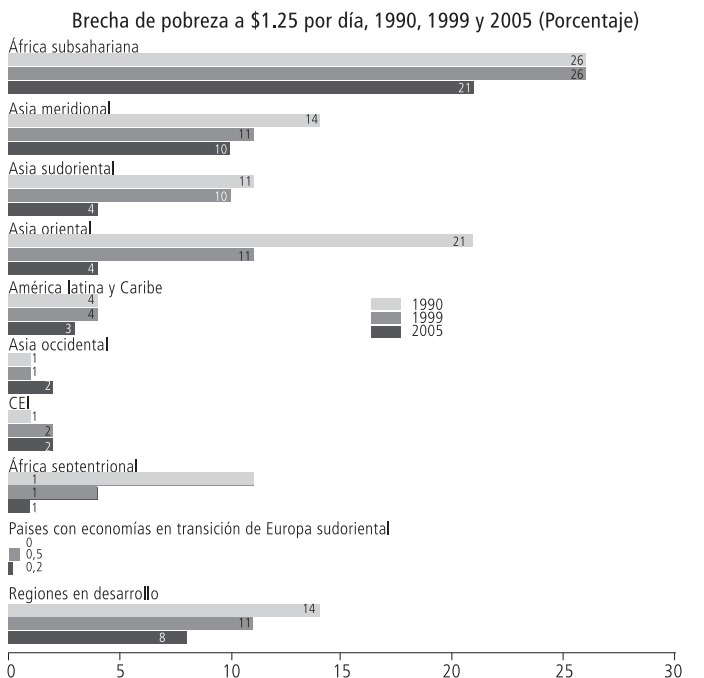
ⁱⁱⁱ Datos correspondientes a 2004

de cumplimiento (entre compromisos y grado de cumplimiento), de cobertura (entre cumplimiento de compromisos y distribución de asistencia) y de necesidades (entre cumplimiento de compromisos y necesidades estimadas de ayuda de países en desarrollo).

La interrelación entre los ODM es evidente y los relativos a salud (4, 5 y 6) se verán propiciados por la consecución de otros y son a su vez catalizadores del resto.

Si hasta 2005 los datos mostraban descenso en el número de personas que vivían por debajo de la línea de pobreza, (pasando de 1.800 millones a 1.400 millones las personas con menos de 1.25 USD/día) ya hemos visto que tras la crisis económica se estima que entre 55 y 90 millones de personas ingresarán a este “pool perverso” de injusticia social y privación. Aunque las expectativas con respecto a la reducción de la pobreza en el mundo, a pesar del impacto de la crisis en el sector productivo y los mercados laborales, parecen factibles en conjunto, no será así para ciertas regiones, como consecuencia entre otras cosas de la brecha de pobreza existente.

GRÁFICA 1.6. BRECHA DE POBREZA A \$1.25 POR DÍA, 1990, 1999 Y 2005

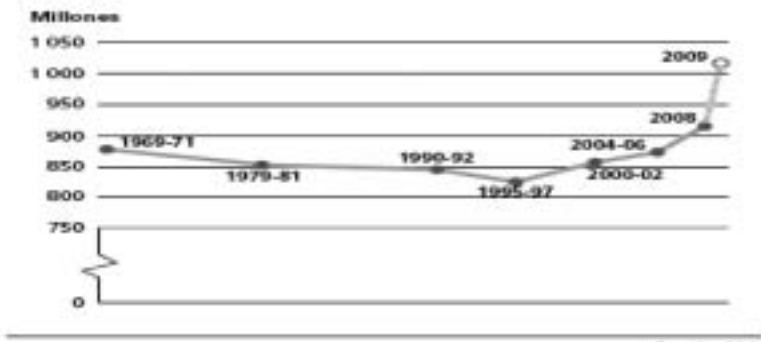


* Incluye todas las regiones en desarrollo, la CEI y los países con economías en transición de Europa sudoriental

Fuente: Tomados de Informe ODM, 2009

El freno en la meta de reducción a la mitad del porcentaje de personas que padecen hambre es evidente y en algunas regiones ha habido un retroceso, principalmente como consecuencia del incremento en los precios de los alimentos producido en 2007-2008. Aunque la caída de precios a nivel mundial propiciaba teóricamente precios más asequibles en los mercados locales, esto no ha ocurrido así y el acceso se ha visto afectado, con graves consecuencias en los niveles de desnutrición en el mundo en desarrollo. 1.020 millones de personas pasan hambre en 2009, según el último informe de la FAO¹⁷, distribuidas por regiones del siguiente modo: Asia y Pacífico 642 millones, África subsahariana 265 millones, Latinoamérica y Caribe 53 millones, Oriente próximo y norte de África 42 millones y en países desarrollados 15 millones.

GRÁFICA 1.7. EVOLUCIÓN DE N° PERSONAS (MILLONES) CON DESNUTRICIÓN EN EL MUNDO



Fuente: FAO

Las inversiones en agricultura de décadas previas parecen no haber servido para evitar la crisis alimentaria actual: la inversión pública en agricultura (porcentaje de PIB agrícola) es sensiblemente menor en países en desarrollo donde sus economías están esencialmente basadas en la agricultura —en torno a un 4%— que la que se da en países desarrollados urbanizados con economías claramente diversificadas y donde la inversión pública ronda el 15 %.

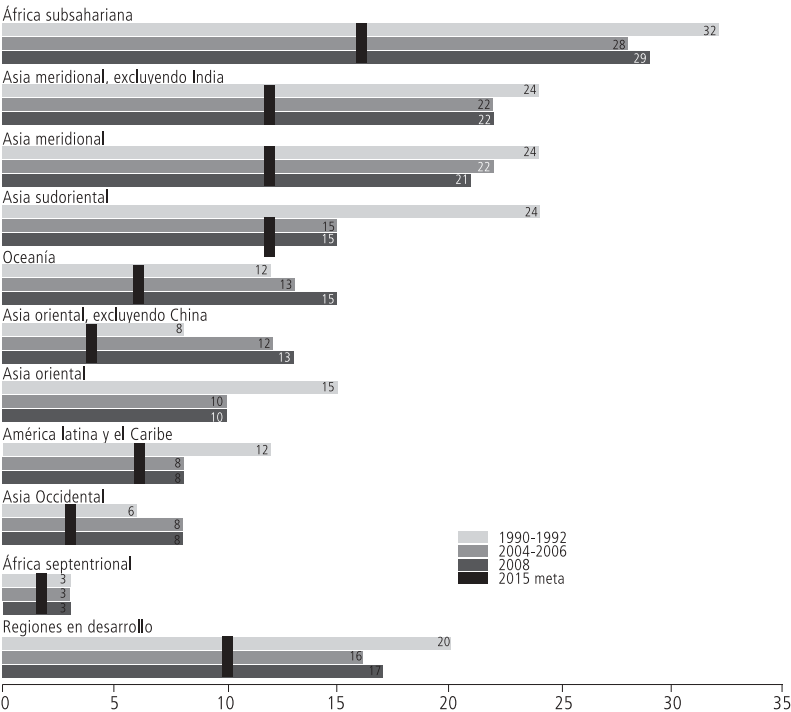
Según la FAO “El aumento de víctimas del hambre durante los periodos de precios bajos y prosperidad económica y las bruscas subidas en periodos de precios altos y dificultades económicas demuestra la debilidad del sistema de gobernanza de la seguridad alimentaria mundial”. Entre los factores que han transformado la crisis económica mundial en devastadora se encuentran la incapacidad de respuesta con mecanismos de defensa tradicionales (créditos, uso de la AOD, disminución de los ingresos, disminución de remesas, de migraciones...), su llegada sobre una situación de inseguridad alimentaria grave donde los recursos disponibles, particularmente de los más pobres, ya se han uti-

lizado y el escaso margen de los gobiernos de los países en desarrollo al encontrarse más integrados en los sistemas financiero y comercial globales son más vulnerables a los efectos de los mercados internacionales. En el mencionado informe se hace un llamamiento para enfrentar la doble situación de hambre aguda grave a corto plazo y el hambre crónica a largo plazo, síntoma de la pobreza extrema. Además, se prevé que aumentará la proporción de personas que padecen inseguridad alimentaria. África subsahariana es la región con mayor inseguridad del mundo donde la ingesta calórica media apenas supera las 2.100 Kcal/día.

La proporción de niños y niñas menores de 5 años con insuficiencia ponderal descendió entre 1990-2007 de 31 a 26% (gráfica 1.8). Es Asia meridional la región donde la prevalencia de insuficiencia ponderal es más elevada –48% en 2007 frente al 26% en el conjunto de regiones en desarrollo– y donde un 25% de los niños tienen bajo peso al nacer. El bajo peso es un elemento de importancia crucial en la infancia para la supervivencia y su posterior desarrollo y crecimiento.

GRÁFICA 1.8. PROPORCIÓN DE LA POBLACIÓN DESNUTRIDA

Proporción de la población subnutrida, 1990-1992, 2004-2006 y 2008 (Porcentaje)



Fuente: Tomados de Informe ODM, 2009

Parece más que obvio que el ODM relativo a disminuir el número de personas que padecen hambre en el mundo en 2015 no se va a cumplir de persistir esta tendencia. Las recomendaciones de FAO se dirigen a complementar los enfoques tradicionales (abordajes técnicos que resultan insuficientes) con la dimensión del derecho a la alimentación apropiada como un derecho humano básico y con la reforma mundial del sistema de gobernanza en materia de seguridad alimentaria.

Del segundo ODM encaminado a lograr la enseñanza primaria universal se objetivan resultados positivos: se ha pasado de 83% de niños y niñas matriculados en primaria en 2000 a 88% en 2007, incorporándose a la escuela más de 7 millones de niños y niñas. Pero aún viven cerca de 72 millones sin acceso a educación. Luchar contra el abandono^{iv} y/o el retraso en la incorporación a la educación, muy especialmente de las niñas (en 2007 constituían el 54% de la población en edad escolar no escolarizada), son cruciales para conseguir el objetivo y muy especialmente en tiempos de crisis donde la tentación de sacar a los niños y niñas de la escuela se convierte en realidad. La proporción de niños que se estima que no se matriculará llega al 65% en Asia occidental y al 63% en África subsahariana.

Cuando analizamos el siguiente nivel de educación y la paridad, que forman parte del tercer objetivo del milenio dirigido a promover la igualdad de género y el empoderamiento de la mujer, los datos cambian. Aunque se ha avanzado mucho en educación secundaria (94 niñas/100niños matriculados) persiste la desigualdad, que se pone de manifiesto cuando solo 53 de los 171 países con información disponible alcanzaron la paridad de género^v. Esta paridad se ha logrado sólo en zonas urbanas y entre jóvenes de hogares pertenecientes al 40% más rico de la población.

En los niveles superiores de enseñanza la matrícula femenina a nivel mundial es mayor, pero solo es a costa de las regiones desarrolladas, América Latina y Caribe, países que integran la CEI y Asia sudoriental.

En relación al empleo, una vez más son las mujeres quienes están en situación de desventaja ya que cerca de 2/3 de las mujeres empleadas tienen empleos “vulnerables”, entendidos como aquellos que son por cuenta propia o en negocios familiares. Las estimaciones de la OIT sobre el incremento en el desempleo nos hablan de la desventaja de las mujeres en relación al mercado laboral y del previsible impacto en los empleos de las mujeres en el futuro próximo a consecuencia de la crisis económica.

La representación política de la mujer según el Informe de Seguimiento de ODM 2009, aunque muestra avances singulares y éxitos donde se han implementado políticas

^{iv} Un 23% del alumnado en regiones en desarrollo abandonó la educación primaria, 30% se matriculó más tarde de lo deseable y 46% no se matriculó.

^v Definida por el Instituto de Estadística de la UNESCO como la razón entre las tasas de matrícula de niños y niñas cuyos valores están entre 97 y 103.

activas para propiciar la participación –entre otras el sistema de cuotas–, sigue siendo muy escasa y no representativa de las mujeres en la sociedad. Así, en las regiones desarrolladas se pasó de un 17% de escaños ocupados por mujeres en parlamentos nacionales en el año 2000 a 23% en enero de 2009 mientras que en las regiones en desarrollo se pasó de 11% a 17% en el mismo periodo.

A estas alturas, el reconocimiento de los efectos en la salud individual y colectiva de mayores niveles de educación, de legitimidad social, participación y representación de las mujeres en todos los ámbitos, de acceso a oportunidades de empleo y bienes es objeto de consenso internacional. No deja de sorprender el escaso impacto del 15 aniversario de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo de El Cairo, en 2009 y donde los indicadores relativos a la igualdad, educación y salud tienen vigencia singular.

ODM 4: Reducir la mortalidad infantil

La mortalidad de menores de 1 y 5 años ha descendido de modo importante en los últimos años, como consecuencia de su inclusión entre las prioridades en materia de salud global, del esfuerzo internacional y los recursos destinados a ello y de la puesta en práctica de estrategias de eficacia demostrada. Las desigualdades, sin embargo, también son una realidad en la distribución de salud y enfermedad entre las niñas y los niños.

Los 10 países que tienen las peores tasas de mortalidad de niños menores de 5 años son por orden: Sierra Leona (262/1.000), Afganistán, Chad, Guinea Ecuatorial, Guinea Bissau, Malí, Burkina Faso, Nigeria, Rwanda y Burundi (180/1.000). Como vemos, 9 se encuentran en África subsahariana.

Con los datos actualmente disponibles, se observa que esta tasa ha bajado de 103/1.000 en 1990 a 74/1.000 en 2007 en el conjunto de países en desarrollo¹⁸ y de 179 a 130 en los países menos adelantados (PMA). En conjunto, en África subsahariana las cifras fueron de 186/1.000 en 1990 y 148/1.000 en 2007.

La tasa de mortalidad infantil en menores de 1 año ha descendido también en el periodo 1990-2007 presentando similares desequilibrios regionales (gráfica 1.14). Si a nivel global esta tasa pasó de 64/1.000 en 1990 a 47/1.000^{vi} en 2007, en los países en desarrollo el descenso fue de 51 a 31, de 84 a 40 en los PMA, mientras que en los países industrializados pasó de 5 a 3/1.000 en 2007, poniendo de manifiesto la desigualdad en la probabilidad de vivir dependiendo de donde se nazca.

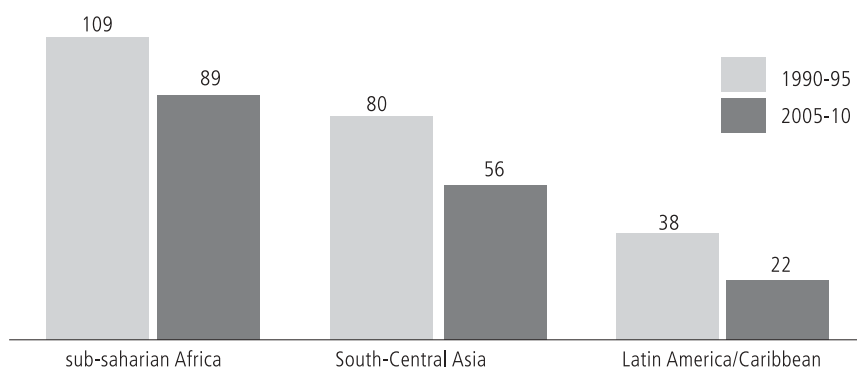
La aplicación de estrategias efectivas para el control de los factores y enfermedades con mayor peso porcentual en la mortalidad infantil arroja datos positivos, como la cobertura de inmunización contra el sarampión que pasó de 72% en 1990 a 82% en 2007. Otras actuaciones como la distribución de mosquiteras impregnadas, el tratamiento co-

^{vi} De 63 a 46 según estadísticas de OMS

recto ante una infección respiratoria y/o un cuadro de diarrea aguda, también han tenido un impacto positivo, aunque no se dispone de datos tan precisos.

Debemos destacar que cerca del 40% de las muertes de niños menores de 5 años son muertes neonatales^{vii}, la mayoría prevenibles y la casi totalidad se producen en regiones en desarrollo. La mortalidad neonatal es ahora una proporción de la mortalidad infantil mucho más importante que años atrás^{viii}. Esto se explica por el descenso en las muertes postnatales y por el insuficiente acceso a los recién nacidos y bebés durante las primeras semanas de vida. La salud de la madre constituye un factor determinante de la salud del bebé, de manera que actuaciones sobre la primera no sólo se justifican por sí mismas (y que se abordan en el objetivo correspondiente), sino que además impactan positivamente en la reducción de la mortalidad neonatal.

GRÁFICO. 1.9. MORTALIDAD INFANTIL (< 1 AÑO) /1.000 NACIDOS VIVOS



Fuente: Tomado de UNFPA, ICPD15

La proporción de niños con bajo peso al nacer^{ix} supera el 10% del total de niños en África y Asia meridional, con consecuencias evidentes sobre su salud en el futuro más inmediato; además, el bajo peso al nacer está presente entre el 60 y el 80% de las muertes neonatales. Es también en estas mismas regiones donde se registraron la mayor proporción de niños con peso insuficiente para la edad moderado y grave (28 y 45% respectivamente) y con emaciación o malnutrición muy severa (9 y 18% respectivamente) entre 2000-2007.

^{vii} Mortalidad neonatal se define como la probabilidad de que un recién nacido muera en el periodo comprendido entre el nacimiento y los primeros 28 días de vida.

^{viii} Muertes en la 1ª semana de vida han pasado de ser un 23% de las muertes de < 5 años en 1980 a 28% en 2000.

^{ix} Directamente relacionado con la salud de la madre

Según los patrones de crecimiento infantil de OMS, la desnutrición en menores de cinco años pasó del 27% (1990) al 20% (2005) estimándose en 112 millones los niños que viven con un peso inferior al normal. Sin duda la desnutrición infantil constituye uno de los factores que por sí solo más influye en la mortalidad de los menores de 1 y 5 años, estimándose en un tercio. El efecto de la crisis pone en crítico riesgo de padecer niveles de hambre insostenibles a la población de ciertas regiones del mundo.

Los factores de riesgo que aumentan la vulnerabilidad de los menores para padecer enfermedades son de diversa naturaleza y requieren de un abordaje interdisciplinar. La defensa de los derechos de los niños, especialmente aquellos definidos para su protección como los que buscan erradicar el trabajo infantil, la violencia, el abuso/tráfico sexual y la utilización de los niños y las niñas en los conflictos es básico para no aumentar sus ya importantes riesgos y avanzar hacia la consecución de este objetivo. Igualmente importante es asegurar el acceso a agua potable, el saneamiento y una vivienda habitable y una atención sanitaria básica que incluya la prevención y promoción de la salud, además de la atención curativa cuando sea necesario. Por último, es necesario asegurarles una educación acorde a su edad y un entorno seguro y constructivo para su desarrollo personal.

ODM 5: Mejorar la salud materna

Se asiste un año más a cifras disponibles de 2005 y que hablan de más de 500.000 muertes maternas anuales –de las que 99% se produce en países en desarrollo–, y a la existencia de al menos 14 países donde la tasa de mortalidad materna supera los 1.000 fallecimientos/100.000 nacidos vivos. Es evidente el insuficiente esfuerzo –continuo y persistente en el tiempo– en conocer de modo fehaciente la dimensión de la mortalidad materna. Cabe preguntarse si no enfrentamos uno de los elementos que deberían ser constitutivos de los índices genéricos de paridad de género y de empoderamiento de las mujeres.

La mitad de las muertes maternas se concentran en África subsahariana* y Asia meridional, a pesar de que en Asia entre 1990-2005 se redujo en un 20% la mortalidad materna, mientras que en el continente africano solo descendió en torno a un 2%. Numerosos documentos técnicos e informes de instituciones internacionales reconocen que éste es el objetivo del milenio en el que menos se ha avanzado hasta ahora, y numerosas voces y foros –como en la Conferencia de Countdown 2015 y Women Deliver²⁰– han reafirmado la necesidad de avance, al igual que en la reunión de alto nivel sobre los ODM de septiembre de 2008 en la que los líderes mundiales se posicionaron conjuntamente para la aceleración de los esfuerzos por salvar las vidas de mujeres y recién nacidos.

* Mientras en África ocurren la mitad de las muertes maternas el continente solo representa el 11% de la población mundial

Las causas de la mortalidad materna persisten. Las causas directas, particularmente las complicaciones obstétricas que originan el 80% de las muertes, donde se incluyen las hemorragias (25%), infecciones (15%), eclampsia (12%), parto prolongado u obstrucción del parto (8%) y aborto inseguro (13%) son en su mayoría prevenibles y manejables desde servicios sanitarios preparados y ágiles. Son conocidos los momentos de mayor riesgo para la mortalidad materna e infantil (gráfica 1.10) y su relación con el acceso y la cobertura de los servicios de salud, del mismo modo que se conocen los “retrasos” que afectan la utilización y los resultados en salud: en la decisión de buscar atención sanitaria, en identificar y llegar a la estructura sanitaria y en recibir el adecuado y apropiado tratamiento a su condición de salud. La inequidad de género, normas culturales y ciertas prácticas son también sustrato de la mortalidad materna, donde situaciones como los embarazos en adolescentes, los matrimonios forzados y el abuso y violencia contra las adolescentes, jóvenes y mujeres en general incrementan el riesgo.

GRÁFICA 1.10. RELACIÓN ENTRE RIESGO, COBERTURA DE SERVICIOS Y CONTINUUM TEMPORAL



Fuente: Campaña Global para los Objetivos de Desarrollo del Milenio en Salud. Informe publicado por la Oficina del Primer Ministro de Noruega. Oslo, Septiembre 2008.

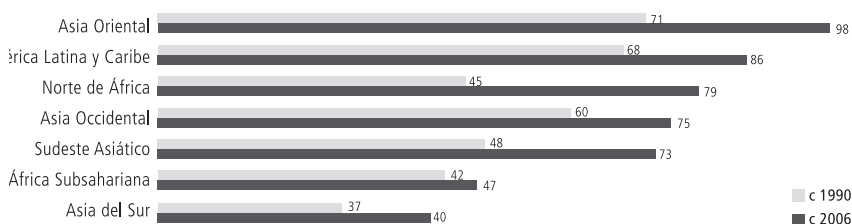
El hecho de que un embarazo y parto sean atendidos por personal cualificado modifica sustancialmente el potencial resultado de dicho parto, aunque conviene recordar que en torno al 15% de las complicaciones en el parto no son predecibles. La tendencia es también reiterada en cuanto a disparidad entre regiones desarrolladas y en desarrollo y entre estas últimas. Uno de los mayores problemas es el recorte de personal especializado^{xi} y

^{xi} La Alianza Global por la fuerza de trabajo en salud estima el déficit de personal de salud formado en 4 millones en 57 países.

muy especialmente de matronas (UNFPA lanzó un Programa de Matronas en 2008^{xii}, alineado con la agenda de la Conferencia Internacional en Población y Desarrollo (ICPD) y el marco internacional de salud y derechos sexuales y reproductivos con el objetivo de incrementar el número y las capacidades de las matronas).

La extensión del concepto de salud sexual y reproductiva es una realidad y también el reconocimiento internacional de la necesidad de defensa de los derechos reproductivos como medio para la mejora de la salud de las mujeres. Es todavía insuficiente el avance en esta materia a nivel global, requiriendo atención especial en la distribución de los recursos económicos y en los apoyos y asistencias técnicas que tendrán que pasar necesariamente por las legislaciones nacionales.

GRÁFICA 1.11. PROPORCIÓN DE PARTOS ATENDIDOS POR PERSONAL CUALIFICADO



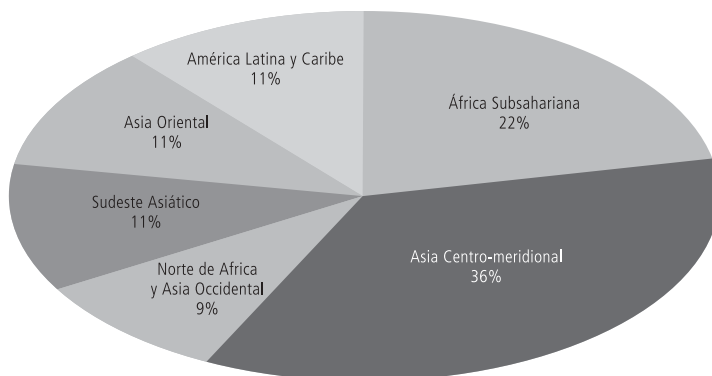
Fuente: Tomado de UNFPA. ICPD15

Las embarazadas con menos de 15 años tienen 5 veces más posibilidades de morir durante el parto que las mujeres entre 20-30 años y cada año mueren cerca de 70.000 adolescentes entre 15-19 años. Dos millones más viven con enfermedades crónicas o discapacidad. Las estimaciones para 2005-2010 sitúan en 53/1.000 los partos de chicas de 15 a 19 años (oscilando entre 23/1.000 en regiones más desarrolladas a 116/1.000 en PMA). Los dos países que superan los 200/1.000 partos son africanos: República Democrática del Congo y Liberia con 222 y 219 respectivamente.

Para el control de la fecundidad, la proporción de mujeres entre 15-49 años que usan algún método anticonceptivo se ha mantenido en 67% en regiones desarrolladas entre 1990-2005, mientras que el aumento en regiones en desarrollo ha supuesto 12 puntos porcentuales (de 50% en 1990 a 62% en 2005), aunque todavía persiste la demanda insatisfecha, estimada en torno al 11% en regiones en desarrollo, alcanzando el 25% en los PMA. Según la OMS, en 2008 cerca de 137 millones de mujeres en el mundo aún vivían con necesidades de contracepción insatisfechas (gráfica 1.19).

^{xii} Pensado inicialmente a 3 años, se ha puesto en marcha en África francófona. La pretensión es alcanzar entre 20-25 países prioritarios apoyados también por el fondo temático de salud materna.

GRÁFICA 1.12. DISTRIBUCIÓN DE MUJERES CON NECESIDADES INSATISFECHAS DE CONTRACEPCIÓN. 2008



Fuente: Tomado de UNFPA15

En África subsahariana la tasa de prevalencia contraceptiva permanecía por debajo del 20% mientras que las necesidades no cubiertas se situaban en 27%. Esta situación no podrá modificarse en un sentido positivo si no se modifican también las tendencias en los recursos financieros destinados a ello y en las garantías de abastecimiento.

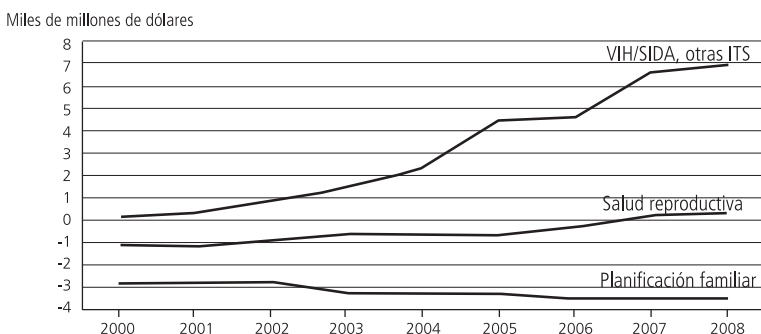
También queremos destacar en este informe que cerca de 2 millones de mujeres y niñas en el mundo viven con fístula obstétrica causada por parto prolongado y/o obstrucción del parto y a las que anualmente se suman entre 50.000-100.000, patología prevenible con una correcta atención durante el parto.

En resumen, no parece razonable a la luz de estas cifras y con la evidencia disponible sobre las actuaciones y medidas que impactan positivamente en la salud de niñas y mujeres, de los instrumentos internacionales que propician su protección y de la vocación de los actores –agencias y organizaciones no gubernamentales– internacionales para mejorar su salud y condiciones de vida, que una excesiva proporción de niñas y mujeres del mundo continúen viviendo en condiciones de inferioridad, mayor vulnerabilidad y riesgo, precariedad y en ocasiones invisibilidad. Es interesante observar la distribución de los recursos en materia de salud y derechos sexuales y reproductivos en los últimos años donde la mayor proporción se ha destinado a la lucha contra el VIH/sida y otras Infecciones de transmisión sexual (ITS) en detrimento del resto de áreas, que tienen un impacto positivo demostrado en la salud de las mujeres. En el mejor de los casos, pensando que en salud reproductiva se está incluyendo la educación sexual, continúan resultando a todas luces insuficiente los recursos para fomentar la salud y los derechos sexuales y reproductivos intersectorial y multidisciplinarmente. Se puede decir que de los 4 bloques de actuación de

la agenda de CIPD (Conferencia Internacional de Población y Desarrollo), que este año cumple su 15º aniversario, se ha focalizado y visibilizado uno de ellos, abandonando la planificación familiar, la educación sexual y la promoción de derechos.

Es hora de modificar la situación, ya que de no producirse cambios en la distribución del poder y de los recursos, la situación no parece en absoluto mejorable ni prometedora, a lo que hay que añadir que si no se abordan simultáneamente los condicionantes sociales y culturales que legitiman el uso de la violencia contra niñas y mujeres, el desdén y negligencia por su educación, el comercio y la explotación sexual, el derecho a disponer y controlar su propio cuerpo, sus bienes y sus recursos, no parece previsible un escenario distinto al que se viene repitiendo año tras año en este informe y en otros similares.

GRÁFICA 1.13. AYUDA EN MATERIA DE POBLACIÓN Y SALUD REPRODUCTIVA POR COMPARACIÓN CON LAS METAS DE LA CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE LA POBLACIÓN Y EL DESARROLLO



Las líneas representan la cantidad de ayuda para cada categoría menos la cantidad establecida como meta por la CIPD

Fuente: FNUAP 2009. Informe del Secretario General sobre el flujo de recursos de ayuda para la implementación del Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo. 42º sesión de la Comisión de Población y Desarrollo

ODM 6: Lucha contra enfermedades prevalentes: tuberculosis, sida y malaria.

Este objetivo ha sido el origen de programas específicamente dirigidos contra estas tres enfermedades, verticales, y cuyos mejores resultados son los relativos principalmente a los tratamientos. Esto se explica por lo siguiente:

- En la lucha contra el VIH/sida, el mayor reto sigue siendo la prevención, habiéndose avanzado globalmente en la disponibilidad y acceso a tratamiento por parte quienes lo necesitan.
- Para combatir la malaria, los mayores avances se han dado en el acceso a los tratamientos combinados con artemisina, aunque contra esta enfermedad también se ha implementado ampliamente una medida preventiva como es la mejora en el acceso a mos-

quiteras impregnadas de insecticida y se están poniendo bastantes recursos en la investigación en la vacuna.

- Contra la tuberculosis. Para su tratamiento se dispone de un arsenal farmacológico similar al de hace años. La estrategia para llegar a una tasa importante de éxito del tratamiento continúa basándose en el acompañamiento directo y la supervisión de la toma de fármacos, sin conseguir los niveles de éxito suficientes para controlar la transmisión y aparición de resistencias.

Estas tres enfermedades, en consecuencia, siguen constituyendo un problema global de salud pública, generando una carga de morbi-mortalidad muy importante en el mundo en desarrollo y para las que la prevención sigue siendo un reto en la actuación sectorial. Se estima que todavía provocan alrededor de 6 millones de muertes al año.

Año tras año, el *número de muertes* producidas a causa del sida crecía hasta alcanzar los 2,2 millones de muertes en 2004. A partir de esta fecha, el número de muertes ha empezado a descender, aunque todavía en 2008 nos encontramos con un número de muertes ligeramente superior a los 2 millones. El dato es positivo en la medida en que muestra un cambio de tendencia que se concreta en un descenso de un 10% en la mortalidad desde 2004. Este descenso se ha logrado en parte gracias a un mayor acceso a los medicamentos antirretrovirales en los países más pobres, si bien apenas un 30 % de las personas que lo necesitan tienen acceso al tratamiento.

En cuanto a la prevalencia, es decir, número de personas que viven infectadas con el VIH en cada momento, las cifras se han ido incrementando año a año, hasta alcanzar los 33,4 millones en 2008, de los que un 6.3% son menores de 15 años (2,1 millones) y un 47% son mujeres (15,7 millones).

África subsahariana alberga al 67% de las personas que viven con el VIH y el 91% de las nuevas infecciones en niños. De los países africanos que han realizado encuestas nacionales de salud, que incluían la realización del test VIH, Swazilandia, Botswana y Lesotho sobrepasaron el 20% de prevalencia en el periodo de tiempo transcurrido entre 2001 y 2008. De estos países, en 7 se tienen datos de estudios nacionales en años distintos, que permite valorar la tendencia: en 6 la prevalencia ha descendido (Botswana, Burundi, Kenya, Malí, Níger y Zambia), en 1 se mantiene igual (Sierra Leona, con 1.5% de prevalencia en 2005 y 2008) y en 1 se incrementa (Sudáfrica, pasa de 15.6% en 2002, 16.2% en 2005 y 16.9% en 2008). En conjunto, en África subsahariana las mujeres representan aproximadamente el 60% de las personas que viven con la infección.

La feminización de la pandemia es un hecho conocido: La tasa de mujeres entre 15 y 24 años que viven con VIH es del 0,6%, frente a 0,4% en el caso de los hombres (2007). Las desigualdades de género siguen influyendo negativamente en la capacidad de la mujer para tomar decisiones y su comportamiento ante situaciones de riesgo. La vulnerabilidad a la infección con el VIH está a menudo fuera del control individual de la mujer.

La inclusión de la infección por VIH en el paquete de salud sexual y reproductiva ha supuesto un salto cualitativo al contar en la actualidad muchos países con estrategias específicamente diseñadas en esta dirección. El reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos ha venido a reforzar las iniciativas, aunque queda mucho por hacer en materia legislativa para la defensa y protección de estos derechos, así como en materia de apropiación y defensa de sus derechos por parte de las personas. Un ejemplo de ello es el abordaje que UNFPA hace en su último informe donde la programación con sensibilidad cultural es el eje vertebrador de las propuestas.

Respecto a la *incidencia*, es decir, el número de nuevas infecciones que se han producido cada año, esta cifra fue creciendo hasta alcanzar los 3,5 millones en 1996, y a partir de ahí se ha ido reduciendo, con diferencias significativas por regiones, llegando en 2008 a los 2,7 millones de personas en el mundo que se infectaron ese año y de los que un 15.9% eran menores de 15 años (430.000). Entre 2001 y 2008 se ha producido un descenso en el número de nuevas infecciones en el mundo. Conviene estar muy atento a las diferencias regionales ya que este buen dato puede ocultarnos realidades alejadas como sucede en Norteamérica donde las nuevas infecciones han subido de 52.000 en el año 2001 a 55.000 en 2008, América Latina donde en 2001 se infectaron 150.000 personas y 170.000 en 2008 y en la región que aglutina norte de África y Medio Oriente donde han aumentado en 5.000 las personas que contrajeron la infección entre 2001 y 2008.

Lo que cada vez parece más evidente es el dinamismo de la pandemia y la multiplicidad de epidemias que la conforman, no solo entre regiones y países, sino entre grupos de poblaciones de los países. Los patrones de transmisión actuales vienen a sumarse a patrones del inicio de la epidemia dando lugar a contextos epidemiológicos complicados de manejar. Los sistemas de información sanitaria y vigilancia epidemiológica han mejorado mucho en el tiempo y cada vez son más numerosos los países que disponen de datos fiables, elementos clave para poder enfrentar la especificidad de la transmisión y de la epidemia.

Con los datos actualmente disponibles, el número de nuevas infecciones supera el número de fallecimientos por sida, lo que debe inducir a perseverar en los esfuerzos por una mejor y más amplia prevención, incluido el diagnóstico precoz de la infección. Parece que, gracias a las campañas de prevención y educación, el conocimiento acerca de la transmisión del VIH aumenta lentamente entre los jóvenes. Sin embargo, en la mayoría de los países todavía es demasiado escaso y está muy por debajo del objetivo fijado, que proponía que para 2010 un 95% de la población tuviera conocimiento amplio sobre el VIH. El promedio en los países en desarrollo solamente se acerca al 31% de los hombres jóvenes y el 19% de las mujeres jóvenes (entre 15 y 24 años) con conocimiento integral y correcto acerca del VIH. Los jóvenes de 15 a 24 años representan el 45% del total de

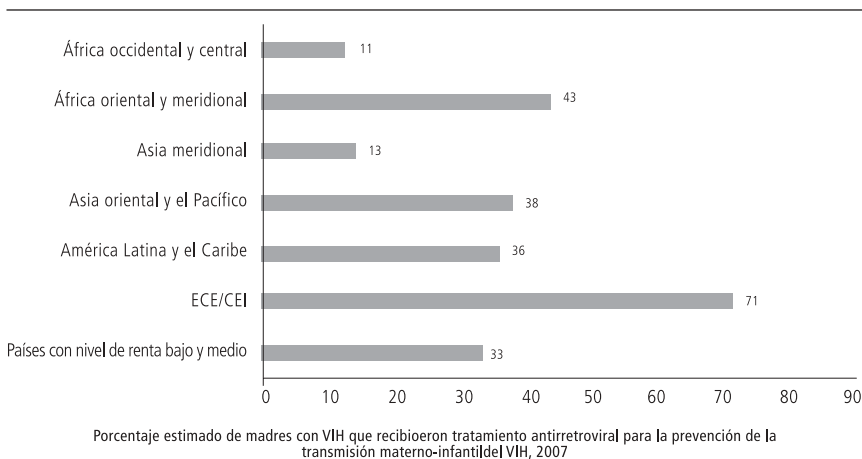
nuevas infecciones por el VIH en adultos, y gran cantidad de jóvenes aún no cuentan con información completa y exacta acerca de cómo evitar la exposición al virus.

África meridional continúa soportando una parte desproporcionada de la carga mundial de VIH: en 2007, el 35% de las infecciones por el VIH y el 38% de los fallecimientos por sida se produjeron en esa región.

La transmisión madre-hijo sigue estando muy lejos del control que sería necesario y que supondría disminuir el riesgo de transmisión de entre 30-35% sin ninguna intervención a cifras entre 1-2% con las actuaciones adecuadas. Actualmente, el 90% de los niños con infección la adquirieron durante embarazo o parto, lo que pone en evidencia la necesidad de un esfuerzo suplementario para el control de la transmisión vertical. Según el informe de ONUSIDA, en 2007 cerca del 33% de las mujeres embarazadas que dieron positivo en las pruebas del VIH recibió tratamiento antirretroviral para prevenir la transmisión del virus a los bebés, lo que significa que un millón de embarazadas seropositivas se quedaron sin este tratamiento.

Los recursos destinados al control de la pandemia han sido enormes en los últimos años, muchas veces en detrimento de otras actuaciones necesarias. La investigación para la prevención, particularmente microbicidas y vacunas no han tenido el ritmo de éxito esperado, por lo que hay que seguir aplicando las estrategias ya conocidas de comprobada eficacia. La extensión del acceso a los tratamiento antirretrovirales ha sido importante, aunque todavía no se ha alcanzado ni la mitad de la población que lo necesita (tabla 1.2)

GRÁFICA 1.14. PROFILAXIS ANTIRRETROVIRAL PARA MADRES QUE VIVEN CON VIH Y PREVENIR LA TRANSMISIÓN DE MADRE A HIJO



Fuente: UNICEF, ONUSIDA y OMS, Towards Universal Access: Scaling up HIV services for women and children in the health sector – Progress Report 2008, UNICEF, Nueva York, 2008.

TABLA 1.2. INDICADORES DE PROGRESO EN PAÍSES DE INGRESO BAJO Y MEDIO

	Diciembre 2007	Diciembre 2008
Nº adultos y niños recibiendo TAR	2 970 000 [2 680 00–3 260 000]	4 030 000 [3 700 000–4 360 000]
Cobertura TAR en adultos y niños	33% [30–36%]	42% [40–47%]
Nº de < 15 años recibiendo TAR	198 000	275 700
% mujeres embarazadas con VIH que reciben TAR para prevenir la transmisión vertical	35% [29–44%]	45% [37–57%]

Fuente: Tomado de TOWARDS UNIVERSAL ACCESS, 2009 . Scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector, 2009

La tuberculosis (TB) es todavía una de las principales causas de muerte a nivel mundial: mata más jóvenes y adultos que ninguna otra enfermedad infecciosa y es la mayor causa de muerte de mujeres. Las cifras relativas a la tuberculosis –tradicionalmente asociada a la pobreza–, muestran que la prevalencia a nivel mundial ha descendido desde 1990 mientras que el número de nuevos casos que se producen anualmente (incidencia) ha pasado de 125 (1990) a 139 nuevos casos/100.000 habitantes en 2007 a expensas del continente africano fundamentalmente (gráfica 1.15).

Aún con la cautela con la que han de interpretarse los datos, se está lejos de controlar la enfermedad, a lo que se añade la presencia de TB resistente y extremadamente resistente^{xiii}: a nivel mundial se estima en medio millón los casos anuales multirresistentes, de los que 10% son extremadamente resistentes y de estos últimos menos del 3% recibe actualmente los tratamientos recomendados.

Los resultados de la estrategia DOTS son moderadamente positivos, estimándose la tasa de detección de casos en 63% en 2007 a nivel global (11% en 1995 y 28% en 2000), sobre todo debido al incremento entre 2000-2005 en Asia sudoriental, Pacífico occidental y Europa^{xiv}.

El resultado en salud medido como la tasa de éxito de tratamiento de esta enfermedad aplicando DOTS muestra en 2006 y con respecto a 2000 tasas más bajas de éxito en América y Europa, mientras que en el resto de regiones las tasas –aunque poco– se han elevado en ese periodo.

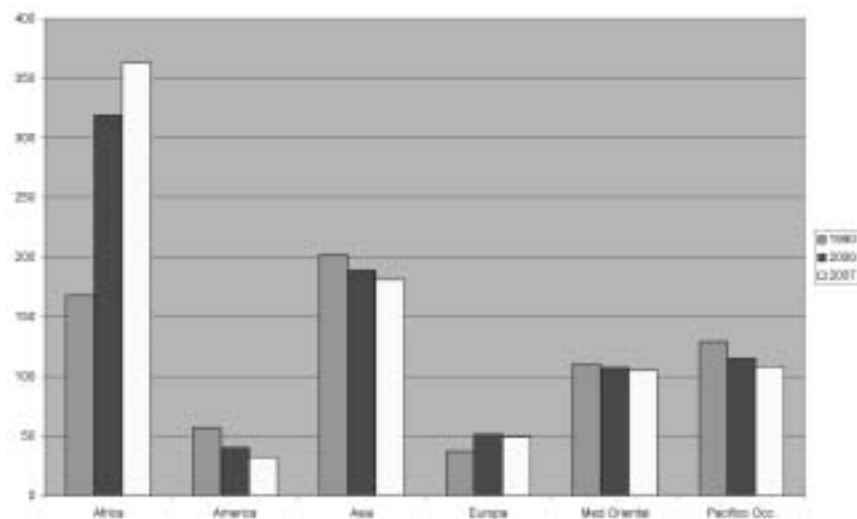
La calidad en las actividades del DOTS está marcada por la capacidad de los sistemas de salud de llevarlas a cabo y de mantenerlas en el tiempo, y en ausencia de un adecuado seguimiento de las personas con infección asegurando tasas de éxito de tratamiento

^{xiii} Objeto de una de las 16 resoluciones de la Asamblea Mundial de la OMS

^{xiv} Con incrementos porcentuales de 51,40 y 39 puntos respectivamente en ese periodo

apropiadas se corre el riesgo de aparición de resistencias. La disponibilidad de recursos humanos, materiales y financieros sostenibles en el tiempo es crucial para el control de la expansión de la enfermedad, particularmente de las formas multi y extremadamente resistentes, y en este último caso un diagnóstico temprano y correcto se convierte en la mejor herramienta al alcance que contribuye a dicho control así como el acceso a las terapias combinadas más efectivas.

**GRÁFICA 1.15. INCIDENCIA DE TB SEGÚN REGIONES (CASOS/100.000 HAB.)
1990, 2000, 2007**



Fuente: Elaboración propia en base a Estadísticas Mundiales, OMS 2009

Cerca de 3.300 millones de personas en el mundo están en riesgo de padecer malaria y anualmente se producen en torno a 250 millones de casos y 1 millón de muertes (un 20% de las muertes infantiles en África). Esta enfermedad se localiza principalmente en áreas endémicas afectando a la población más vulnerable residente en dichas áreas.

La malaria es una enfermedad muy ligada a la pobreza: la mayoría de las muertes por malaria se producen en los países más pobres, y entre la población más pobre. Y es una enfermedad que agrava la situación de pobreza, por los gastos en salud que ocasiona y por la pérdida de productividad que implica. Se estima que la malaria produce la pérdida de un 1,3 % del crecimiento económico nacional en aquellos países altamente afectados. En algunos países supone el 40 % de los gastos de salud pública, entre el 30 y el 50% de las admisiones de pacientes y más del 60 % de las consultas externas. Además afecta a la escolarización tanto por el absentismo escolar como por el daño neurológico asociado

a episodios severos de la enfermedad. También, el riesgo de contraer la enfermedad puede condicionar inversiones internas y externas, puede influir en el turismo, etc.

La naturaleza intermitente de la enfermedad, la elevada probabilidad de padecer diversos episodios en el mismo año (se estima que quien viva en zona endémica puede tener entre 1,6 y 5,4 episodios de malaria anualmente) la convierten en una enfermedad que genera y consume buena parte de la actividad y recursos de las estructuras sanitarias. El correcto diagnóstico y el tratamiento precoz redundan en una disminución de la morbi-mortalidad muy importante. La introducción reciente de los tratamientos combinados con artemisina ha supuesto un salto cualitativo en el manejo de la enfermedad, del mismo modo que la extensión en la distribución y utilización de mosquiteras impregnadas con insecticida. Según el Programa Mundial de OMS para combatir la malaria, encuestas realizadas en 18 países africanos mostraron que el 34% de los hogares poseían una mosquitera impregnada, el 23% de los niños y 27% de las mujeres embarazadas dormían bajo una; el 38% de los niños con fiebre fueron tratados con antimaláricos, pero sólo un 3% con tratamientos combinados con artemisina.

La investigación para la obtención de una vacuna, parece que está arrojando datos prometedores, que, de tener el éxito esperado, podría cambiar completamente el escenario de vida de la mitad de la población mundial.

Otras metas de los ODM con impacto directo en salud

La falta de agua potable y el saneamiento deficiente son importantes factores de riesgo de morbi-mortalidad. En el mundo, la proporción de la población con acceso a fuentes mejoradas de agua potable aumentó de 76% a 86% entre 1990 y 2006 (tabla 1.3). Desde 1990, el número de personas en las regiones en desarrollo que utilizan instalaciones de saneamiento mejoradas se ha incrementado en 1.100 millones (tabla 4). Sin embargo, en 2006, en 54 países se informó que menos de la mitad de su población utilizaba servicios de saneamiento mejorados.

TABLA 1.3. ACCESO A FUENTES MEJORADAS DE AGUA POTABLE (%)									
Regiones OMS	Urbano			Rural			Total		
	1990	2000	2006	1990	2000	2006	1990	2000	2006
África	84	82	82	36	42	46	50	56	59
América	96	98	98	73	78	81	90	93	94
Asia Sudoriental	91	93	94	66	77	84	72	82	87
Europa	98	99	100	87	90	92	95	97	97
Mediterráneo Oriental	96	93	93	77	75	75	86	83	82
Pacífico Occidental	97	97	98	57	72	82	71	82	89

Fuente: Elaboración propia en base a Estadísticas Mundiales

El ritmo de crecimiento de la población urbana se sobreañade a las dificultades para la provisión de servicios adecuados de agua y saneamiento a la población. La habitual ubicación de las personas migrantes en las periferias “infra-servidas” incrementa los riesgos de la exclusión previa.

TABLA 1.4. ACCESO A SERVICIOS MEJORADOS DE SANEAMIENTO (%)									
Regiones OMS	Urbano			Rural			Total		
	1990	2000	2006	1990	2000	2006	1990	2000	2006
África	45	45	46	22	24	26	29	31	33
América	89	91	92	58	65	68	81	85	87
Asia Sudoriental	53	56	58	14	23	27	24	33	37
Europa	97	97	97	84	85	85	93	93	93
Mediterráneo Oriental	81	83	85	31	40	43	51	59	60
Pacífico Occidental	70	75	79	45	55	61	53	63	69

Fuente: Elaboración propia en base a Estadísticas Mundiales

La disponibilidad de medicamentos en los servicios públicos de salud no suele ser suficiente. Encuestas realizadas en unos 30 países en desarrollo indican que la disponibilidad de determinados medicamentos en los centros de salud era de sólo el 35% en el sector público y del 63% en el sector privado. La falta de medicamentos en el sector público obliga a los pacientes a comprar medicamentos en el ámbito privado.

Sin embargo, en el sector privado, los medicamentos genéricos suelen venderse por varias veces su precio de referencia internacional, y por lo general las marcas de origen son todavía más caras.

6. GRIPE H1N1

Durante los últimos años hemos sido alertados por la OMS de diferentes riesgos contra la salud mundial por la aparición de nuevas enfermedades de etiología vírica, como son el SARS (síndrome agudo respiratorio severo) o la gripe aviar (H5N1). En 2009 se ha desatado una alarma mundial debido a la “aparición” de la gripe denominada comúnmente gripe porcina, gripe A, o gripe H1N1, nombres que no definen exactamente el virus que la causa, pero que se van a utilizar para referirnos a él, debido a la popularización de estas denominaciones.

Antecedentes de la gripe A

La gripe es una enfermedad transmitida por un virus, de cuyo conocimiento tenemos constancia desde hace ya muchos siglos, ya Hipócrates la calificó como la mayor enfer-

medad del siglo V antes de Cristo. Periódicamente provoca pandemias (brotes epidémicos que afectan a todo el planeta) con una mortalidad nada desdeñable.

Durante los últimos años se ha visto afectada entre el 5% y el 15% de la población mundial por esta enfermedad y se han contabilizado anualmente entre 3 y 5 millones de casos graves que han producido entre 250.000 y 500.000 muertes debidas a esta causa

A lo largo de la historia ha habido momentos críticos puntuales en los que este virus se ha vuelto mucho más agresivo y ha provocado una elevada mortalidad. Ya en 1918, la llamada “gripe española” (denominada así por ser España el país que reportaba más casos ya que el resto de Europa estaba en guerra), fue la causante de más de 40 millones de muertes en el mundo. En 1957 la denominada “gripe asiática” mató a más de 2 millones de personas, y en 1968 la “gripe de Hong Kong” cerca de un millón. Posiblemente es por estos antecedentes de agravamiento de la enfermedad cada cierto periodo de tiempo por lo que la OMS está esperando en estos últimos años una nueva pandemia de gripe en el mundo, y explica por qué intensificó las alertas tanto con la gripe aviar como con la gripe porcina. Cualquier virus de la gripe que sea “nuevo” se puede extender con rapidez por todo el mundo (se estima que en 3 meses ya alcanzaría a todo el planeta), y no se puede conocer a priori cómo afectaría a la población mundial, pues la gran mayoría no estarían inmunizados.

Pero las predicciones de letalidad que se realizaron en un principio, tanto con la gripe aviar como con la gripe porcina, se ha visto a posteriori que eran sobrestimaciones de lo que en realidad ha pasado. La gripe aviar ha matado a unas 5.712 personas en todo el mundo desde su aparición, cuando se hablaba de estimaciones de millones de muertos.

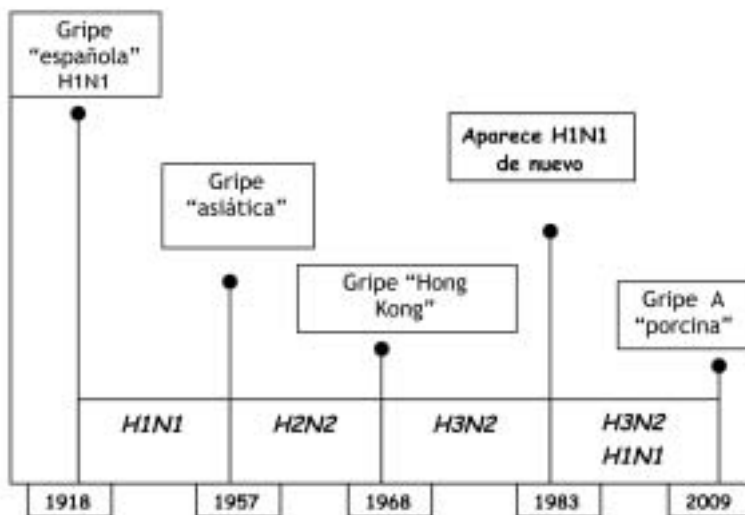
Características del virus

Existen 3 tipos de virus que provocan la gripe, el A, el B y el C, y solamente la A puede causar pandemias. En estos grupos hay diferentes subtipos²⁶, y normalmente solo uno o dos de estos subtipos afecta cada año. De hecho, se van sustituyendo periódicamente.

El subtipo H1N1 ya provocó la pandemia de 1918²⁷ y fue el que estuvo presente hasta 1957, cuando el subtipo H2N2 comenzó un periodo de infectividad que duró hasta 1968. En ese momento fue “sustituido” por el virus H3N2.

Como se puede comprobar en el gráfico adjunto, esas sustituciones coincidieron con los momentos críticos antes explicados. El H1N1 volvió a ser detectado en 1983 y ha compartido presencia hasta la actualidad con el H3N2, aunque los estudios actuales están determinando que este último subtipo está desapareciendo. No podemos descartar que el virus actual H1N1 “elimine” el subtipo H3N2 y sea el que en los próximos años provoque las epidemias anuales de gripe.

GRÁFICO 1.16. EVOLUCIÓN DE LOS SUBTIPOS DE GRIPE A



Fuente: Elaboración propia a partir de datos OMS

El virus de la gripe va mutando constantemente, ya que se producen pequeños cambios en su estructura genética, lo que se conoce como "deriva antigénica". Por este motivo, cada año las vacunas antigripales deben cambiar para poder ser eficaces y adaptarse a estos cambios. También es un virus que puede intercambiar material genético con virus de la gripe de otros seres vivos (como las aves o el cerdo), creándose en este caso nuevas cepas de gripe híbridas.

Estas características tienen mucha importancia en el caso que nos ocupa. Este virus del subtipo H1N1 combina material genético de cerdo, ave y humano (por el denominado triple reagrupamiento). Tiene más que ver con el virus de la gripe porcina que con el virus H1N1 que anualmente estaba afectando a los seres humanos desde 1983. Por lo tanto, podemos observar que definir a este virus como virus tipo A subtipo H1N1 no lo diferencia de los virus que nos estaban afectando en años anteriores.

Aunque no se sabe a ciencia cierta dónde se ha producido esta combinación que ha dado lugar al virus H1N1, sí sabemos que el primer caso fue detectado en Estados Unidos (en un niño de 10 años de San Diego, California)²⁸ unos días antes de que apareciera en México.

La unión de los antecedentes históricos, su novedad, la posibilidad de nuevas oleadas, así como la capacidad de poder mutar y de combinarse con otras cepas más agresivas han sido los factores que han determinado las políticas de información y de lucha contra esta enfermedad por los organismos internacionales.

Clínica y distribución en la población

La gripe es una enfermedad vírica que afecta a las vías respiratorias altas, hasta alcanzar en ocasiones los pulmones. Sus síntomas clínicos más relevantes son una fiebre elevada, dolor de garganta y malestar general, síntomas que suelen revertir espontáneamente en unos pocos días, por lo que el tratamiento es sintomático si no afecta a poblaciones de riesgo o aparecen complicaciones. Las muertes se deben sobre todo a complicaciones respiratorias (como neumonías o distrés respiratorio) en personas con una mayor susceptibilidad (ancianos, niños y niñas pequeños, personas con la inmunidad comprometida, etc.)

Pero este nuevo virus afecta de forma distinta al ser humano que los anteriores virus H1N1. Afecta sobre todo a gente joven y de mediana edad, incluidas las mujeres embarazadas²⁹. Parece que la gente mayor que tuvo su primer contacto con un virus de la gripe entre 1918 y 1957 (también del subtipo H1N1) tiene una cierta inmunidad contra este virus, lo que explicaría en parte este cambio de patrón, pero no la susceptibilidad de las embarazadas ante esta infección. La mayoría de los casos de enfermos por esta gripe presenta los síntomas característicos de cualquier gripe y curan espontáneamente sin ningún tratamiento. Solo los pacientes que tienen una gripe grave o se deterioran rápidamente son los que según la OMS necesitan tratamiento y hospitalización. Pero se desconoce todavía por qué cerca del 40% de los casos graves se producen en personas anteriormente sanas.

Tratamiento y prevención de la gripe A

PREVENCIÓN

Solamente se han desarrollado modelos teóricos para intentar detener las pandemias³⁰. Se basan principalmente en acciones rápidas de contención a nivel local del país donde aparecen en primer lugar. Para ello, debe haber un adecuado sistema de vigilancia epidemiológica y un sistema sanitario que responda adecuadamente a la amenaza. Se debería tratar a todos los primeros casos, usar antivirales como profilaxis y controlar las entradas y salidas de personas de la zona afectada. Estos modelos, o bien no se han utilizado o se han demostrado inútiles en las últimas pandemias de gripe, tanto para la aviar como para la porcina^{xv}.

Las medidas preventivas que son comunes a cualquier gripe son fundamentales para evitar la propagación de la enfermedad, si bien es difícil poder prevenirla en su totalidad. Mantener una adecuada higiene personal como el lavado de manos, o cubrirse la boca con el brazo al toser, utilizar pañuelos de papel, no ir al trabajo o a la escuela cuando se está enfermo son algunas de las medidas que se aconsejan para evitar propagar esta enfermedad.

^{xv} El Reglamento Sanitario Internacional, una de las iniciativas más dinamizadas desde OMS en los últimos años, sí que incorpora esta opción, pero quizás el nudo gordiano se encuentra en el control del tráfico de mercancías y personas, es decir en la limitación que supondría para el comercio internacional

EL TRATAMIENTO

Solamente los medicamentos antivirales inhibidores de la neuraminidasa tienen algunos efectos contra el virus: Oseltamivir (cuya marca registrada es Tamiflú por Roche) y el Zanamivir (Zelenta® de GSK). Según un panel de expertos consultado por la OMS, que examinaron los estudios sobre la inocuidad y eficacia de estos medicamentos, la utilización de estos antivirales en las primeras 48 horas desde el inicio de los síntomas de la gripe A disminuye el riesgo de neumonías y la necesidad de hospitalización, y se deben usar en todos los casos graves³¹. Aunque estos medicamentos no curen la enfermedad en sí, la OMS considera que son útiles en la lucha contra las consecuencias más graves de la misma. Por este motivo, la OMS asumió en julio la compra de Tamiflú para los países en vías de desarrollo, ya que existe consenso en las autoridades sanitarias internacionales en que es el tratamiento de elección ante casos graves de gripe A H1N1.

Pero la utilización de este medicamento y la posibilidad de que la población acceda a él son diferentes dependiendo de los países. En España se retiró inicialmente del mercado, y solamente es accesible con receta médica, mientras que en otros países se puede comprar fácilmente, por no hablar del mercado farmacéutico por internet.

En algunos países europeos se utiliza como profilaxis a los contactos de personas afectadas por gripe A con mayor riesgo de sufrir consecuencias graves³², pero en otras zonas del mundo solamente se quiere usar como tratamiento de las personas que desarrollan una enfermedad grave. Y hay que tener en cuenta que esta medida terapéutica puede acabar siendo inútil en el futuro.

Aunque no ha influido para mantener las orientaciones de la OMS sobre tratamiento clínico, ya en julio la OMS informaba de la detección de algunos pocos casos de resistencias al Oseltamivir³³, pero hasta el momento todo indica que se circunscribe a 31 casos (hasta octubre 2009) y no ha habido un incremento de estas resistencias. Sin embargo, un estudio presentado en la revista médica JAMA muestra que la resistencia hacia los antivirales en las gripes estacionales ha ido evolucionando de forma negativa y en estos momentos es muy alta³⁴, por lo que parte de la comunidad internacional asume que estas resistencias llegarán hacia la gripe A.

También debemos considerar sus efectos secundarios para valorar el coste-beneficio de su utilización masiva ante una enfermedad que no ha demostrado una elevada letalidad. En Gran Bretaña se ha realizado un estudio en tres colegios, que publicó el British Medical Journal, cuyos resultados, aunque no tengan los suficientes casos para poder extrapolarlos a toda la población mundial, han desaconsejado la utilización de estos antivirales en menores de 12 años, por sus efectos secundarios como profilaxis³⁵. En 2007 en Japón se suspendió temporalmente el uso del Tamiflú® en los pacientes entre 10 y 19 años, y se obligó a la empresa distribuidora a que en el prospecto de

este medicamento se advirtiera que podía tener efectos neuropsiquiátricos en adolescentes, después de que se achacaran varios suicidios a la ingesta de Tamiflú por adolescentes³⁶. Sin embargo, algunos estudios no han visto esa relación causal entre estos suicidios y la ingesta de Tamiflú. Desde 2001 a 2007 se reportaron en Japón, país con mayor uso de Tamiflú per cápita, 1.377 efectos adversos, 567 casos neuropsiquiátricos y al menos 71 muertes (por todas las causas) achacadas a la ingesta de este medicamento.

La FDA (U.S. Food and Drug Administration) también incluyó, dada la experiencia japonesa, una precaución sobre posibles efectos secundarios neuropsiquiátricos para el Tamiflú; tal y como explica el CDC (Centro de Control de Enfermedades del Departamento de Salud de Estados Unidos)³⁷ estos efectos neuropsiquiátricos se consideran raros, y por lo tanto no afectan a la utilización en casos graves de la gripe A H1N1, pero no se sabe el porcentaje que alcanzarían en caso de una utilización masiva de este medicamento.

LAS VACUNAS

Debido al nivel de emergencia que desató esta enfermedad, enseguida se comenzó a trabajar en el desarrollo de una vacuna que fuera útil contra esta pandemia, acortando los protocolos de seguridad que se tienen normalmente para desarrollar este tipo de vacunas. Varios laboratorios comenzaron a desarrollar diferentes vacunas, algunas con virus muertos, otras con virus atenuados, unas con coadyuvantes, otras sin ellos...

No ha sido posible el uso de esta vacuna en el hemisferio Sur, donde más se expandió la epidemia al principio, pero se utilizará en el hemisferio Norte, donde se quiere promover sobre todo la vacunación del personal de riesgo: personal sanitario, embarazadas, infancia, y adultos con enfermedades crónicas y/o cardiovasculares.

Lo que no se explica es por qué en vez de proponer una solución conjunta entre todas las empresas productoras, cada una está desarrollando su propia vacuna. Así, cada país puede optar por una vacunación u otra, sin saber muy bien cuál de ellas puede ser la más efectiva o cuál la que tenga menos efectos secundarios.

El Strategic Advisory Group of Experts (SAGE) on Immunization que aconseja a la OMS, asegura que por el momento las vacunas son seguras y recomienda usar vacunas para las mujeres embarazadas y las personas mayores de 10 años. Pero, aunque recomienda una dosis en los niños entre 6 meses y 10 años, afirma que se deben hacer más estudios sobre la inmunogenicidad en este grupo etéreo, y falta también por determinar las dosis en personas inmunodeprimidas³⁸, que son de alto riesgo.

No obstante, para esta pandemia, y dada la posibilidad de que se produzcan efectos adversos raros al aplicar una nueva vacuna a millones de personas, la OMS aconseja

seja a todos los países que apliquen las vacunas antipandémicas, que lleven a cabo una vigilancia intensiva de su inocuidad y que notifiquen los eventos adversos que se produzcan.

En la misma línea, una editorial del *Lancet* advierte de los potenciales peligros de acortar los tiempos en la aprobación de una vacuna, de la necesidad de que los países dispongan de un sistema de vigilancia posterior y que se valoren los riesgos y beneficios de utilizar una vacuna en una enfermedad que se está demostrando no tan grave. Recuerdan el caso de Estados Unidos en 1976 donde una vacunación masiva contra la gripe se tuvo que parar por los efectos adversos que aparecieron³⁹.

Falta información clara de por qué se mantienen los protocolos de vacunación ante esta enfermedad cuando su pronóstico mundial ha cambiado. Según algunos expertos, el mantenimiento se debe a que este virus puede mutar (de hecho ya se han notificado casos en países como Noruega y España). Pero nadie explica por qué esta vacuna sería en ese caso eficaz, cuando anualmente se debe revacunar de la gripe estacional a todas las personas precisamente por estas mutaciones o cambios que se producen en el virus.

LAS CIFRAS DE LA GRIPE A

La OMS contabiliza, hasta el 30 de octubre de 2009, 441.661 casos y 5.712 muertos⁴⁰, lo que supone una menor mortalidad de la producida habitualmente por la gripe estacional, y muy lejos de la mortalidad generada por las enfermedades infecciosas que anualmente afectan a los países más empobrecidos. Incluso sin contar las 3 grandes pandemias que asolan el mundo (sida, malaria y tuberculosis), no parecen cifras muy alarmantes frente a las 110.000 notificaciones de casos de cólera en la región africana o los 170.000 casos de lepra en Asia sudoriental. Tengamos en cuenta que se estima que hay 1.200 millones de personas afectadas por enfermedades tropicales desatendidas, y que más de medio millón de mujeres mueren al año por problemas de embarazo y parto, el 99% en países en desarrollo^{xvi}.

El hemisferio Sur fue el primer afectado, con resultados muy desiguales en cuanto a mortalidad. Pero para la mayoría de los países las tasas de mortalidad por esta enfermedad han sido hasta el momento bajas, de menos del 1/100.000 habitantes a 21 de octubre⁴¹. El único país que supera estas cifras es Argentina, con un 1,4/100.000. En el continente americano, y según los datos de octubre de la OPS, el 79% de los casos y el 69% de las muertes se han concentrado en 5 países: Estados Unidos (50.768 casos/1.004 muertes), México (47.788 casos/278 muertes), Brasil (17.219 casos/1.368 muertos), Chile (12.257 casos/136 muertos) y Canadá (10.156

^{xvi} Organización Mundial de la Salud, 2009. Estadísticas sanitarias mundiales 2009.

casos/86 muertos) . Sin embargo, si observamos la letalidad, podemos comprobar que Argentina (9.156 casos/ 586 muertes) es el tercer país en número de muertes, o que Perú o Colombia tienen más muertes que Canadá, a pesar de tener menos casos. Si a estos datos les sumamos los datos aparecidos en Australia, donde se ha comprobado que las poblaciones indígenas son más afectadas por esta enfermedad, podemos deducir que las condiciones socioeconómicas y el funcionamiento de los sistemas de salud son dos factores claves para explicar la posible evolución de los enfermos.

En África, a 4 de noviembre, había 14.580 casos y 76 muertos, de los cuales el 84% (12.378 casos y 64 muertos) eran de Sudáfrica. Dentro de los problemas de salud que tiene el continente, es un problema menor. No se pueden comparar estas cifras con las que provoca anualmente cualquiera de las enfermedades infecciosas que asolan la región, incluso aunque se sospeche que hay un subregistro debido a la fragilidad de sus sistemas de vigilancia epidemiológica. Y aún si esta enfermedad tuviera una letalidad que se acercara a las grandes enfermedades infecciosas, la mayoría de los países de este continente tienen unos sistemas sanitarios demasiado frágiles para poder dar respuesta a nuevas amenazas en salud. Los esfuerzos que ha habido por parte de la comunidad internacional para la compra de antivirales y vacunas se antojan claramente insuficientes si verdaderamente estuviéramos ante una pandemia letal.

En Europa, el caso de Ucrania es el que ha centrado más atención, pues según la OMS ha tenido hasta principios de noviembre 250.000 casos de gripe que mayoritariamente pueden ser de gripe A, con 70 fallecimientos y 252 casos graves⁴³, cuando aún no se ha expandido completamente en el país. La OMS ha instado a la comunidad internacional a ayudar a Ucrania para hacer frente a esta epidemia y para conocer si todos los casos son de gripe A o no, y ha enviado un equipo de apoyo a este país.

Estos datos sobre la extensión de la enfermedad (que no sobre su mortalidad) pueden explicar en parte que, ante una enfermedad que tiene una presencia global (el 11 de junio se declara la fase 6 de la pandemia por la OMS), y que ha provocado la implicación de todos los actores sanitarios internacionales y nacionales, se fije una estrategia común para la lucha contra esta enfermedad en todo el mundo.

Sin embargo, cada país decide sus propios protocolos y éstos tienen más que ver con las capacidades de cada país que con el objetivo de conseguir una salud mundial. Egipto decidió no hacer acopio de Tamiflú y esperar a la vacuna, mientras que en Burkina Faso no aparecía la vacunación en los planes del gobierno de lucha contra la enfermedad⁴⁴. En Europa se han intentado consensuar ciertas acciones, pero hay países que han preparado su propia estrategia nacional de lucha contra esta enfermedad. Estas estrategias no se basan en cuál es la mejor opción, sino que tienen un componente político muy importante. Hay países como Suiza en los que, aunque la vacu-

nación no sea general, permiten vacunarse a toda la población⁴⁵. Otros países han hecho acopio de antivirales, y la población definida como de riesgo para la vacuna varía dependiendo del país donde se resida.

Impacto económico /sanitario

Hasta el momento, esta pandemia está teniendo menos efectos graves para la salud humana de los estimados. Se esperaba que entre el 30% y el 50% de las personas del hemisferio Norte se infectaran de la gripe A , y se temía que fuera asociada con una mayor mortalidad de la que actualmente tiene.

Sanitariamente hablando provoca problemas por su extensión (que no parece por el momento mayor que la que normalmente tienen las pandemias de gripe estacional), y no por una mortalidad que podemos decir bastante reducida, si la comparamos con otras enfermedades infecciosas como la malaria, la tuberculosis o el sida, que matan entre 900.000 y 2 millones de personas cada año.

Se debería valorar el impacto que ha tenido para los sistemas de salud de los países empobrecidos la lucha contra esta enfermedad. Su priorización ha supuesto en los países desarrollados la aprobación de partidas extraordinarias importantes que se sumaban a los gastos anuales. Sin embargo, podemos sospechar que en países con economías frágiles, en las decisiones estratégicas que se hayan tomado haya primado su falta de recursos. E incluso podemos intuir que la lucha contra esta enfermedad sea financiada por partidas previamente destinadas a otros problemas de salud con una importancia mucho mayor para las poblaciones locales de los países más desfavorecidos.

La amplia propagación de la enfermedad y su potencial gravedad están provocando otras consecuencias poco deseadas, como un amplio absentismo laboral en un contexto de crisis económica mundial.

Según el Banco Mundial, la pandemia de la gripe A va a tener unas consecuencias económicas mundiales muy importantes, ya que estima que puede llegar a tener un impacto de cerca de 3 billones de dólares en el PIB mundial⁴⁷. Sectores como el turismo, el comercio o la industria alimentaria se han visto bastante afectados por esta pandemia. En España, ADECCO estima que esta pandemia va a tener un coste laboral de 1.000 millones de euros a las empresas españolas⁴⁸. En México, el turismo, que es uno de los motores de su economía, disminuyó el 40% en la época más importante de la pandemia, lo que puede reducir entre un 0,3% y un 0,5% su PIB⁴⁹.

Pero no todas las empresas se han visto afectadas negativamente. Como es lógico, el beneficio de las empresas farmacéuticas que producen los medicamentos y vacunas para esta enfermedad se ha incrementado de forma considerable, y no solamente por la venta de sus productos. Roche tiene previsto superar los 1.300 millones de

euros en ventas de Tamiflú en 2009⁵⁰. Pero además, las empresas farmacéuticas estaban sintiendo claramente la crisis mundial antes de la aparición de la pandemia. En el primer trimestre del año las acciones de Roche caían en la bolsa un 8% y GSK disminuía sus beneficios en un 1,5%. Sin embargo, en la primera semana de la crisis sus acciones superaron el 6% de beneficio⁵¹. Las ventas de Roche han subido en el primer semestre de 22.000 a 24.000 millones de francos suizos. Las de Glaxo, de 11.560 a 13.516 millones de libras; las de Sanofi-Aventis, de 13.600 a 14.545 millones de euros

Al gasto de los Estados e instituciones internacionales deberíamos unir el gasto que la forma de difundir la información está provocando en la población general. La campaña mediática, al aparecer noticias prácticamente diarias sobre la peligrosidad de esta enfermedad resaltando los muertos que provocaba, ha conseguido en los primeros meses de evolución de esta pandemia generar un estado de intranquilidad en la población. Este hecho ha conducido a la gente a proveerse de los elementos que consideraba que podían protegerle, aunque algunos de ellos fueran de relativa eficacia, como las mascarillas. También se ha hecho acopio de pañuelos de papel, o de los mismos antivirales, incluso de aquellos “remedios naturales contra la gripe” que se venden por internet. Habrá que valorar en el futuro cuánto de este gasto era verdaderamente necesario y no ha sido provocado como consecuencia del pánico al que ha inducido la alarma mediática.

Cronología de la gripe H1N1 (hasta octubre 2009)

Los dos primeros casos que se diagnosticaron de esta enfermedad aparecieron el 28 y el 30 de marzo en dos pacientes (una niña y un niño de 9 y 10 años) en dos condados diferentes de California en Estados Unidos. El 15 y 17 de abril fueron confirmados ambo casos por el CDC (Centro de Control de Enfermedades infecciosas de Estados Unidos) como un nuevo virus de gripe A, cuyo origen genético estaba en el cerdo. Estos dos casos no tenían relación epidemiológica entre ellos, y ninguno de los dos tenía relación directa con cerdos, lo que hacía sospechar que a pesar de ser los primeros casos detectados, esta enfermedad estaba ya extendiéndose. Siguiendo las Regulaciones de Salud Internacional, Estados Unidos reportó los dos casos a la OMS (nivel 3 de alerta de la OMS) el 17 de abril. Este nivel de alerta aparece cuando se dan casos esporádicos, sin llegara a alcanzar brotes epidémicos a nivel comunitario.

Pero ya a principios de abril aparecen los primeros casos de la enfermedad en México, y el 20 de abril el Ministerio de Sanidad mexicano declara 20 muertes y un millar de casos. Estos hechos provocarían que el país tomara medidas extraordinarias (cierres de colegios, restaurantes, etc...)

^{xvii} http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2009/h1n1_20090429/es/index.html

Aunque el 25 de abril la OMS declara los brotes de gripe porcina en México y EE.UU. una urgencia en términos de salud pública y un evento de preocupación internacional, es el 27 de este mes cuando se da realmente la alarma a nivel internacional y se pasa a nivel 4 de alerta de la OMS, ya que se dan brotes epidémicos a nivel comunitario. El presidente de los Estados Unidos solicita en esos días al Congreso una ayuda de 1.500 millones de dólares para combatir la enfermedad en su país.

Dos días después, el 29 de abril, la directora de la OMS comunica que pasa del nivel de alerta 4 a 5^{xvii}, que es cuando ya aparece propagación de persona a persona en al menos dos países. Al día siguiente la OMS denomina a esta enfermedad “gripe A (H1N1).

El 1 de mayo la OMS garantiza que es posible fabricar una vacuna eficaz contra la gripe A, aunque tardará entre 4 y 6 meses, y se confirma que la vacuna de la gripe estacional no es eficaz para esta enfermedad.

El 11 de junio de 2009 se establece la alerta máxima, el nivel 6, que es cuando aparecen en la fase 5 brotes comunitarios en un tercer país que no sea de la región, y es entonces cuando podemos hablar realmente de pandemia. A partir de esta fecha se comienza realmente a luchar a nivel internacional contra esta enfermedad.

En España, el 2 de julio la ministra de Sanidad, Trinidad Jiménez, confirma que ha encargado 18 millones de dosis de la futura vacuna.

El 28 de julio, el ministerio informa que deja de ofrecer el número de casos totales de afectados y que en su lugar informará una vez por semana de la tasa estimada (casos por 100.000 habitantes). Esta medida disminuye en gran medida la alarma social que esta enfermedad estaba provocando

El 5 de agosto la Dirección General de Salud Pública anuncia un nuevo protocolo de actuación en los casos de gripe A. El cambio más importante es que se diagnosticará como la gripe estacional en los casos leves, es decir, no se enviarán muestras al laboratorio virológico. El 27 de agosto el Gobierno aprueba un crédito de 333 millones de euros para hacer frente a los gastos derivados de la gripe A.

El 29 de septiembre la Comisión Europea autoriza las dos primeras vacunas contra la gripe. Los fármacos en cuestión son el Pandemrix, de la compañía farmacéutica GlaxoSmithKline (GSK), y el Focetria, de los laboratorios Novartis. Comienzan las campañas de vacunación en Europa

A modo de conclusión

La pandemia de la gripe A nos permite extraer ciertas conclusiones tanto positivas como negativas.

La principal pregunta que nos podemos hacer es si la alarma ha sido acertada, o no, vista la evolución de la enfermedad. Aunque pueda haber cambios en el futuro,

no parece que en estos momentos se pueda justificar a nivel mundial una alarma mediática tan importante.

Si bien todas las muertes son importantes, hay muchas otras prioridades que resolver antes de centrar muchos de los esfuerzos y recursos existentes en acabar con una enfermedad que, por el momento, ha causado la muerte a menos de un 1% de las personas que mueren anualmente por malaria, enfermedad que, si se contara con los recursos suficientes, sería erradicable. Los datos de mortalidad por gripe A suponen un 0'3% de la mortalidad anual por sida. Incluso esta cifra apenas alcanza un 10% de las personas que anualmente pierden la vida solamente en Europa en accidentes de carretera.

Estamos ante la discusión de si debemos priorizar enfermedades potenciales o enfermedades reales en las estrategias globales de salud, hasta qué punto debemos poner el foco en unas u otras, y hasta dónde el interés de los países enriquecidos (pues la gripe A les afecta, mientras que la mayor parte de las enfermedades infecciosas más importantes a nivel mundial no) prima en la definición de estas estrategias mundiales.

Es cierto que no se podía prever al principio la evolución de esta enfermedad y, afortunadamente, esta pandemia no ha sido hasta el momento tan grave como en un inicio se sospechaba, e incluso, por los datos que se tienen en el momento de redactar este informe, las muertes por gripe en el mundo se van a ver reducidas este año.

Es muy probable que esta baja mortalidad tenga que ver con varios factores. Por una parte, la baja letalidad mencionada de la gripe A, que además parece que ha desplazado a la gripe estacional, y que, por lo tanto, no ha supuesto la suma de dos oleadas de gripe como se temía. Por otra, el aumento de los esfuerzos sanitarios contra esta enfermedad, que ha permitido, con seguridad, un mayor control de los casos más graves, lo que ha repercutido también en la disminución de su mortalidad.

Esta pandemia ha conseguido también que se plantee como necesaria una respuesta internacional eficaz ante este tipo de enfermedades, y se están poniendo las bases para conseguirlo en el futuro. La OMS ha asumido el liderazgo mundial y ha generado unas estrategias de intervención contra esta enfermedad. En un corto espacio de tiempo se han tenido a disposición de la población y de las autoridades sanitarias locales unos protocolos de actuación y unas herramientas terapéuticas y de prevención.

Sin embargo, a pesar de estos avances, hay carencias que se deben subsanar en el futuro. Actualmente no hay capacidad de conseguir que las medidas terapéuticas y de prevención estén disponibles para todo el mundo.

En el caso de una pandemia verdaderamente peligrosa para toda la humanidad, la dificultad de acceso a las vacunas y tratamientos por parte de los países pobres

puede poner en peligro cualquier estrategia mundial de lucha contra esa pandemia.

El 90% de la capacidad de producción de las vacunas se encuentra en los países más desarrollados; hay 2.700 millones de personas que viven en países sin ninguna capacidad de producción y que dependerían de la solidaridad internacional.

Según la OMS la capacidad de conseguir una vacuna antipandémica alcanzaría anualmente 3.000 millones de dosis, que no llega a cubrir ni a la mitad de la población mundial.

Para la actual pandemia, algunos países desarrollados han donado varios millones de dosis de vacunas para los países que no pueden acceder a ellas, y que serán gestionadas desde la OMS, aunque son claramente insuficientes para cubrir todas las necesidades de la población más desfavorecida.

Vistos estos datos, sería difícil que los países productores cedieran vacunas y tratamientos sin tener cubiertas sus necesidades internas, en caso de que hubiera una pandemia realmente letal. En esa situación, son los países más empobrecidos los que tendrían menos oportunidades, y seguirá siendo así mientras no se plantee la salud como un bien global y los intereses comerciales no se supediten al bien común.

Se debe favorecer la producción de vacunas y tratamientos en los países en desarrollo, y asumir que en un estado de emergencia la salud está por encima de los acuerdos internacionales sobre las patentes, que deberían liberarse, sobre todo en casos excepcionales, para los productos más necesarios.

La OMS debe mantener y potenciar su liderazgo ante estas situaciones. Si se sabe cuál es la mejor estrategia de actuación, no se entiende que cada país genere la suya propia. Pero para ello es necesario que la OMS asuma unas competencias definidas, y utilice un discurso transparente y claro, despejando todas las dudas sobre su operatividad. No puede potenciar el alarmismo mundial mediante mensajes poco tranquilizadores mientras no tenga datos sólidos que lo corroboren. Ante esta pandemia, podemos decir que se ha precipitado en informar de una posible catástrofe, lo que solamente ha beneficiado a ciertas empresas farmacéuticas.

Debe poder ser una organización dinámica que pueda revisar sus políticas y discursos, flexibilizando sus protocolos de actuación. Ante esta enfermedad, mantiene, por ejemplo, prácticamente los mismos protocolos en cuanto a vacunación, cuando consideraba que esta pandemia iba a provocar una elevada mortalidad que cuando se ha demostrado que su letalidad era baja.

Tampoco valora el esfuerzo que los países en desarrollo deben hacer ante estas situaciones que realmente tienen escasa importancia frente a sus problemas diarios de salud. De hecho, parece que las voces de los países en desarrollo no han estado tan presentes como deberían en esta pandemia, pues si el problema es global, ¿por qué estamos buscando soluciones individuales en cada país, en vez de asumir una solución conjunta?

Por último, tanto para aconsejar sobre los tratamientos como sobre nuevas vacunas, se deben valorar de una forma más clara los riesgos y beneficios que comportan, para evitar posibles complicaciones futuras. La transparencia y una adecuada información a la población son elementos nada desdeñables que se deben mejorar en futuras acciones.

La comunidad internacional debe reflexionar ante el resto de los retos sanitarios mundiales, ya que los problemas de salud (y sus respuestas) son cada vez más globales.

No es lógico que el mundo entero movilice grandes cantidades de recursos ante enfermedades “potenciales” y no asumamos definitivamente la lucha contra enfermedades reales que actualmente son responsables de la muerte de millones de personas cada año, como la malaria, el sida o la tuberculosis.

Por otro lado, tampoco se puede exigir a los países empobrecidos que focalicen sus escasos recursos sanitarios hacia enfermedades que se demuestran poco importantes para ellos, ya que atender estas enfermedades puede suponer tener que desatender sus verdaderas prioridades en salud.

Además, esta lucha es inviable si la hacemos enfermedad por enfermedad. Sólo puede ser eficaz si primero fortalecemos los sistemas públicos de salud de todos los países, para que puedan tener una respuesta eficaz, equitativa y sostenible ante sus problemas de salud. Un sistema de salud con un sistema de vigilancia epidemiológica desarrollado, una capacidad de gestión y de generar estrategias y políticas adecuadas, suficientes medios materiales, técnicos y humanos... son elementos indispensables en todos los países para responder ante estas amenazas.

Y todo ello sin olvidar que los problemas de salud presentan unos determinantes sociales y ambientales que tienen una gran importancia en el pronóstico de los mismos.

Por estos motivos, el derecho a la salud y la lucha contra la pobreza deben ser ejes transversales que se impongan a otros intereses en las políticas globales de salud. Debemos considerar la salud como un bien global, y la solidaridad internacional debe estar presente ante retos globales de salud, por encima de cualquier otro interés.

Por último, nos parece importante e ilustrativo conocer cómo se viven estas enfermedades en distintas partes del mundo. Para ello, queremos terminar este epígrafe sobre la gripe A H1N1 con dos aportaciones, una desde Perú y otra desde Camerún, que nos muestran la visión que de esta enfermedad se tiene tanto en América Latina como en África.

A-H1N1: PANDEMIA DE NUEVA INFLUENZA O INFLUENCIA PARA UNA “PANDEMIA MEDIÁTICA”?

Fernando Carbone Campoverde

Medicus Mundi Navarra - Delegación Perú

Las autoridades de salud del Perú trataron de afrontar el tema de la influenza A-H1N1 con sensatez y sentido común basados en:

- las evidencias que iban saliendo a la luz conforme el problema se iba extendiendo fuera y luego dentro del país;
- la larga experiencia desarrollada por el Perú en situaciones similares del pasado mediano y reciente (el cólera, la reaparición del sarampión en países vecinos, el SARS, la gripe aviar y otras);
- y en la información epidemiológica del país (estudios de carga de enfermedad y seguimiento de la situación sanitaria).

Esto llevó inicialmente a no pocos desencuentros con los medios de prensa, algunos de los cuales parecían más interesados en levantar de forma desmedida las noticias que llegaban de fuera y/o las que luego surgieron en el país en torno al tema, que en dar cuenta de otros problemas sanitarios nacionales más dramáticos a los que no se prestaba atención alguna.

El miedo es irracional, el pánico contagioso y la anarquía, producto de los dos anteriores, peligrosa. Hubo momentos en que se generó en algunos sectores sociales un comportamiento realmente fuera de todo contexto frente al tema; costó mucho tiempo (y dinero) ayudar a poner la situación en una perspectiva y dimensión adecuadas y sensatas. Esta parece haber sido una constante en todo el mundo; a la pandemia viral se sumó una “pandemia mediática”, en algunos casos poco clara y que ha dejado muchas dudas sobre la dimensión, trasfondo e impacto real del problema.

Enfrentada la situación (los primeros casos fueron de jóvenes que salieron de vacaciones al Caribe), las autoridades sanitarias se abocaron a hacer que la población y los medios entendieran que:

1. Las influencias estacionales ya conocidas estaban (y están aún) causando en el país un mayor número de casos y de muertes; cuando el AH1N1 aún no “debutaba” en el país, cerca de 160 niños ya habían muerto (como causa directa de la influenza estacional y/o las neumonías) por el frío extremo en las zonas campesinas de comunidades alto andinas (zonas de extrema pobreza y población mayoritariamente indígena). Más de 24.000 habían enfermado seriamente en las mismas zonas.

Ante esta información el país reaccionó por un tiempo con acciones solidarias hacia estas poblaciones, pero transcurridos los primeros momentos las mismas “se han enfriado” (casi en simultáneo con la pérdida de interés por el AH1N1).

2. Era irracional dedicar recursos informativos y comunicaciones de medidas de prevención solo para una “nueva” enfermedad respiratoria estacional; la campaña se orientó a prevenir todas las formas de influenza y neumonía, de infecciones respiratorias estacionales, aunque los medios solo hicieran hincapié en la A H1N1.
3. Los aspectos diagnósticos tenían que ser ante todo epidemiológicos y clínicos; si por el “pánico” ciudadano se hubiera pretendido hacer exámenes de laboratorio de precisión (RT-PCR en tiempo real y la prueba de la inhibición de la hemoaglutinación) a todos los contactos sospechosos, no hubiera habido presupuesto para hacerlo posible, ni racionalidad que lo justificara.
4. La medicación específica de tipo antiviral debía orientarse a las personas más vulnerables

no solo frente a la A H1N1 sino ante la influenza estacional y otras formas de infecciones respiratorias altas y/o neumónicas sobre las cuales dichos insumos tuvieran un efecto benéfico probado.

El régimen de reposo, aislamiento, higiene, adecuada ingesta de líquidos y cuidados sintomáticos permitía a la mayoría de los casos en personas no vulnerables discurrir por los procesos de forma satisfactoria y con una recuperación total.

5. Las medidas de aislamiento voluntario de las personas solo debían complementarse con medidas colectivas en casos extremos y con una perspectiva epidemiológica.

Resumiendo el planteamiento diríamos: *“estábamos ante un problema de salud del cual debíamos ocuparnos todos en la justa medida y debida proporción, en el marco del conjunto de los problemas sanitarios y sociales del país: ni más, ni menos atención”*.

Hoy el tema ha perdido lentamente la atención de los medios y de la población. Los casos y muertes siguen sumando; es más, ahora ya están en rango de miles los primeros y del centenar los segundos, pero parecen ser “noticia vieja” frente a las nuevas coyunturas (de toda índole) de cada día. Al mismo tiempo, se hace patente que son más elevadas las cifras de otras infecciones respiratorias y otros problemas transmisibles y no transmisibles. En la semana epidemiológica 37 (del 13 al 19 de septiembre) de 2009 en Perú tenemos:

- Casos de influenza A H1N1: 8.155; muertes atribuidas: 134.
- 2.585.939 atenciones por infecciones respiratorias agudas (IRA) en menores de 5 años.
- 30.479 episodios de neumonías con 364 defunciones: la mayor de los últimos 4 años.
- Se han presentado más de 14.200 casos de dengue, 26.100 de malaria, 842.644 de diarreas agudas.
- 2.958 personas fallecieron en accidentes de tránsito (de ellas 450 en Lima) y 39.945 sufrieron lesiones de diverso grado.

Al mismo tiempo permanece flotando en el aire una cierta incomodidad en las esferas y espacios internacionales, respecto de ciertas preguntas que muchos nos hacemos:

- ¿Por qué una enfermedad cuya virulencia, letalidad y cuyos otros impactos sanitarios–epidemiológicos no es significativamente mayor que la observada en la influenza estacional, en otros problemas sanitarios transmisibles y en otros problemas no transmisibles de salud, ha merecido el manejo mediático – internacional que ha tenido?
- ¿Cuál es la evidencia científica que justifica lo anterior?
- ¿Cuánto se ha gastado en este tema frente al gasto en otros problemas de salud que en el mismo periodo de tiempo han afectado la salud y/o han causado la muerte de más personas?
- ¿Existe una relación directa entre lo ocurrido y la situación en torno a los insumos utilizados para tratar a los afectados por la pandemia? ¿Es una coincidencia?

En el siglo de la medicina basada en evidencias, de las decisiones informadas, de la democratización de la salud, del acceso a la información y a la verdad, todos nos merecemos respuestas que nos dejen tranquilos y satisfechos. En caso contrario, el cuento de Pedro y el lobo puede resultarnos muy caro en términos epidemiológicos algún día.

CAMERÚN: GRIPE A-H1N1 SIN PÁNICO

Erero F. NJIENGWÉ

Psicopatólogo y Psicólogo Clínico

Universidad de Douala (Camerún)

Lavarse las manos varias veces al día con jabón o utilizar una solución hidroalcohólica, cubrir la boca y la nariz al toser, lanzar sus pañuelos de papel en un cesto de basura y lavarse las manos. Restringir las estancias en lugares públicos... Estos son en muchos países los mensajes difusos de sensibilización y prevención, dirigidos al público general a través de los medios de comunicación, para luchar contra la gripe A (H1N1). Además, se ha considerado la posibilidad de la vacunación masiva, lo que significa aumentar el coste económico de esta lucha en un período de crisis mundial, y ha habido una movilización internacional contra un mal que aún está por definir. ¿Es tan peligroso que implica a todo el mundo? ¿Qué porcentaje de temor injustificado ha podido llevar a tomar estas decisiones? ¿Las poblaciones vulnerables de los países menos desarrollados pueden disfrutar de la misma protección que la prevista en el Norte? ¿Esta gripe hace temblar a Camerún?

CONFUSIÓN A ESCALA INTERNACIONAL

La historia de la medicina nos enseña que una epidemia excepcional de gripe mató entre 1918 y 1919 a 40 millones de personas, y la llamaron gripe española. En este caso, las autoridades mexicanas han protestado contra la asociación mórbida entre una pandemia potencial y el nombre de México. Denominada al principio gripe porcina, norteamericana, mexicana o gripe nueva, el 30 de abril de 2009 la OMS recomendó que se le denomine gripe A (H1N1). Nadie se pronunció a favor de los cerdos, pero los científicos vieron una injusticia denominar gripe porcina a una enfermedad ¡que no había sufrido ningún cerdo sobre el planeta!

Las autoridades de Camerún han remarcado sobre todo este último punto y el Ministro de Ganadería ha tranquilizado rápidamente a los consumidores y los agricultores. Las directrices se han difundido en gran parte por los veterinarios a través de la radio y televisión para advertir contra todo un pánico innecesario. El 20 de agosto de 2009, el Journal du Camerún publicó el artículo "gripe A H1N1: el gobierno de Camerún protege al cerdo", ofreciendo también un extracto del Ministerio de Ganadería, Pesca e Industrias Animales en estos términos: "De acuerdo a la OMSA (Organización Mundial de Sanidad Animal) y por lo que se conoce hasta el momento, la carne de cerdo no está implicada ni en la circulación del virus ni en la transmisión de la gripe A H1N1. Por lo tanto, no hay ninguna razón para tener miedo por estar en contacto con cerdos o por consumir su carne."

Durante una conferencia de prensa para tranquilizar a la opinión pública camerunesa, el Ministro de Salud Pública dijo que los cuatro casos detectados en el país eran de sujetos que habitaban en la misma vivienda y que venían del extranjero, donde se habían contagiado, y que ninguno había fallecido. Y parece que la situación seguirá estando controlada en el Camerún. Los datos disponibles del Gobierno indican que nos se espera aún un umbral epidémico. Un stock disponible de 25.000 dosis de Tamiflú, donados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), permitiría hacer frente a esa posible epidemia...

SOLIDARIDAD DE CAMERÚN CON LOS PROBLEMAS INTERNACIONALES

El gobierno lanzó una campaña de sensibilización en las entradas de las principales ciudades de Camerún, en forma de mensajes de prevención. Aunque la OMS sigue preocupada, y con ella los

expertos de salud internacionales y las compañías farmacéuticas, por una potencial pandemia de gripe A en África, internamente en Camerún la tendencia es a la tranquilidad. El Ministro asegura que " se confirma cada vez más una reducción de la circulación del virus en los países que fueron los más afectados temprana y profundamente " .

Incluso si no fuera así, no se quiere dejar que cunda el pánico. Hay carteles informativos que informan sobre las precauciones que deben adoptarse en nuestros aeropuertos, y por lo tanto puede tranquilizar a los que se van y a los que regresan. La conciencia del problema está lejos de la ansiedad que se observa en varios países del Norte. El problema es banalizado en las conversaciones, ya que el contacto con la muerte es frecuente y no es necesaria la gripe A H1N1 para poder dramatizar durante la vida cotidiana.

¿HAY VERDADERAMENTE ALGO POR LO QUE PREOCUPARSE?

En un país donde la esperanza de vida ha bajado a 47 años, donde los accidentes de tráfico son responsables de más de 4.000 muertes al año, donde la malaria mata a las mujeres embarazadas, recién nacidos, niños y adultos en todas las estaciones del año, donde otras enfermedades infecciosas y la pobreza generalizada mantienen un estado de salud degradado; donde el alcohol, el tabaco, el juego, el sexo son de libre acceso, donde existe la certeza de poder morir de cualquier cosa en cualquier momento, ... debe ser algo más que la gripe A H1N1 lo que pueda movilizar a las masas.

Una enfermedad mortal y evitable como la anemia de células falciformes está presente en 3.200 nacimientos cada año en el Camerún: el 50% morirá antes de cumplir dos años y en estos casos existe el miedo a la enfermedad y arruinar a las familias. Y no se hace nada. ¿Cómo se quiere que se preocupen ante una gripe que es, después de todo, aquí como en otros lugares, menos mortífera que la gripe estacional?

Y POR LO TANTO.... ¿CAMERÚN TAMBIÉN ESTÁ AFECTADO POR EL VIRUS A-H1N1!

En Camerún, 4 personas fueron confirmadas como los primeros casos de gripe A H1N1, detectados el 13 de agosto de 2009. La primera persona que ha sido oficialmente diagnosticada era un "expatriado" que vino de los Estados Unidos. Las personas mayores de 60 años de edad, mujeres embarazadas y niños que puedan presentar una mayor vulnerabilidad a la gripe, en Camerún han tenido la oportunidad de no haber sido alertados: es decir, viven menos ansiosos y con menos estrés. ¿No es preferible?

Grandes y graves declaraciones no serían creíbles: la opinión pública sospecha que el gobierno puede aprovechar la crisis financiera internacional en un contexto de corrupción grave para el enriquecimiento personal de ciertos dignatarios. ¿Qué pensar de los acuerdos oficiales para la seguridad de la salud de las personas cuando el ministro de salud (ahora en prisión), ha sido el responsable de la sustracción de una cantidad tan grande como 8 millones de francos CFA asignados por el Fondo Mundial de lucha contra el VIH, la tuberculosis y la malaria?

En materia de cooperación internacional, además de las medidas adoptadas por cada representación diplomática occidental en relación con sus nacionales en el Camerún, una quincena de instituciones de la Red Internacional de Institutos Pasteur (RIIP), entre ellos uno de Camerún, recibió los reactivos para poder llevar a cabo la detección de un nuevo H1N1 de la gripe en una persona en 24 horas.

En el momento en que se daba el regreso a la actividad escolar, los artículos de prensa que insistían en la higiene básica para protegerse contra la gripe A-H1N1 aparecieron desde la primera semana de septiembre. No parece que los establecimientos sanitarios, en su trabajo cotidiano, dispongan de recursos específicos relacionados con las necesidades creadas por la amenaza del virus de la gripe. Pero esto no parece que preocupe.

¿HA SIDO UN ERROR QUE LOS CAMERUNESES ESTÉN TRANQUILOS?

Podemos preguntarnos hasta qué punto la OMS, rodeada de sus "expertos en salud", no intenta utilizar la actual situación para demostrar su buena conciencia por el descuido mostrado en el pasado en las pandemias como el sida, que han visto acentuados sus efectos nefastos, en particular en África. Con el pedido de miles de millones de dosis de vacunas contra una gripe episódica y relativamente poco mortal, podemos preguntarnos qué intereses financieros, por encima de los intereses en salud pública, pueden tener las compañías farmacéuticas y los grupos de presión para apoyar dicha disposición.

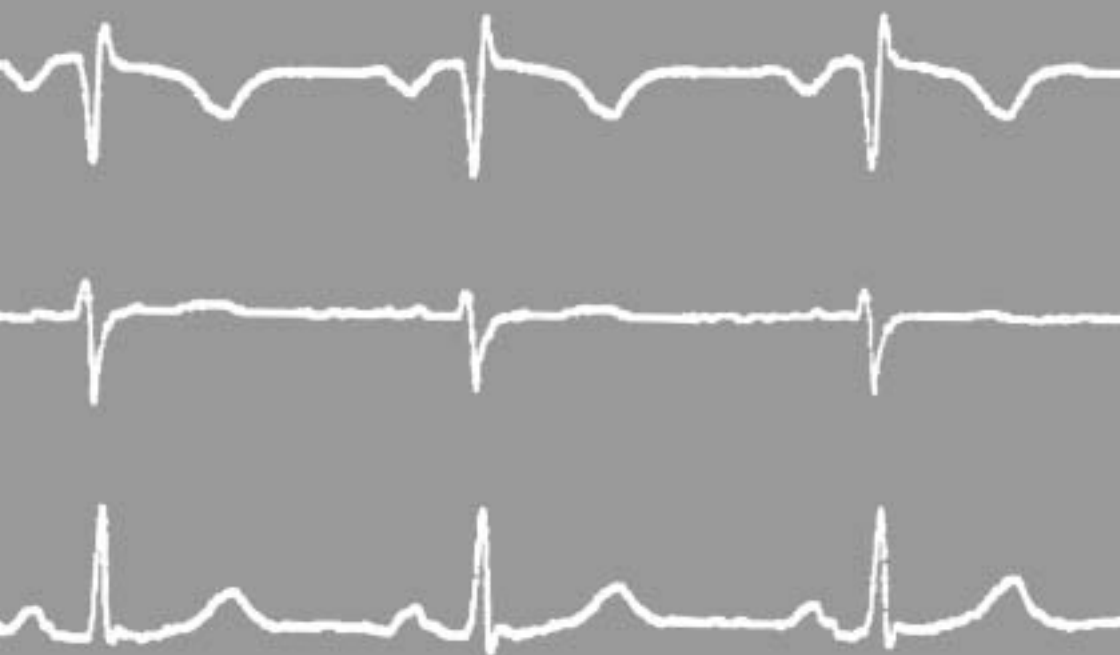
La gripe A es responsable en el mundo de pocos miles de muertos desde el comienzo de la epidemia; durante esos 6 meses hubo 500.000 personas que murieron de malaria, un asesino que se ha adaptado a las zonas climáticas donde la gripe podría considerarse un epifenómeno.

Un comentarista dijo a propósito de esto que "sin duda es mejor hacer mucho hoy, porque mañana puedes ser criticado por no hacer lo suficiente. No estamos preparados para hacer frente a esta amenaza, que es muy precisa, ya que no tenemos todos los escenarios de respuesta". Esto probablemente se basa en el principio de precaución. En los países democráticos, donde la justicia puede pedir en cualquier momento a sus responsables políticos o de salud que asuman sus responsabilidades por cualquier incidente que haya pasado, ha llevado a algunos políticos del Norte al pánico. Pero en Camerún no se garantiza que nadie vaya a culpar a nadie, pase lo que pase. Esto garantiza de inmunidad contra el pánico. Este pánico internacional que puede modificar la actitud de los gobiernos ante una situación de emergencia, probablemente resultará fatal para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. El gasto previsto sólo para la adquisición de vacunas, incluso si excluimos la logística de su transporte, la conservación y su administración, representa en algunos sitios dos o tres veces la cantidad anual de ayuda al desarrollo. Pero es cierto que la urgencia para el desarrollo puede aún ser relativa para algunas personas, incluso en los países afectados.

BIBLIOGRAFÍA

1. La salud en la cooperación al desarrollo y la acción humanitaria. Informe 2008. Prosalus, Medicus Mundi y Médicos del Mundo
2. Informe Seguimiento Mundial 2009. Banco Mundial
3. Informe Objetivos de Desarrollo del Milenio 2009
4. Informe IDH 2007-2008.....
5. http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A62/A62_R14-sp.pdf
6. http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A62/A62_R12-sp.pdf
7. Healthy Expectations Celebrating Achievements of the Cairo Consensus and Highlighting the Urgency for Action. International Conference on Population and Development in Cairo, 15 years later. UNFPA 2009
8. 3ª Foro de Alto Nivel sobre la Eficacia de la Ayuda al Desarrollo. 2-4 de septiembre de 2008, Accra, Ghana.
9. <http://apps.who.int/bookorders/anglais/detart1.jsp?sesslan=1&codlan=3&codcol=15&codcch=741>
10. Documento final de la Conferencia sobre la crisis financiera y económica mundial y sus efectos en el desarrollo. A/63/303. Naciones Unidas.
11. Blind Optimism. Challenging the myths about private health care in poor countries. 125 Oxfam Briefing Paper, Feb. 2009
12. Seguros de salud en países de bajos ingresos ¿Dónde están las pruebas de que funcionan?. Mayo 2008. Informe conjunto Oxfam International, Action for Global Health, Medecins du Monde, Save the Children, Plan, Global Health Advocates and ACT UP Paris.
13. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs302/en/index.html>
14. Official Bilateral Commitments (or Gross Disbursements) by Sector. Aggregates (no breakdown by recipient) by donor, sector, and type of flow to developing countries
15. La atención primaria de salud. Ahora más necesaria que nunca Informe sobre la salud en el mundo 2008. OMS, 2008.
16. Fortalecer la alianza mundial para el desarrollo en una época de crisis. Informe del Grupo de Tareas sobre el desfase en el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio de 2009. UN, 2009
17. El Estado de la Inseguridad Alimentaria en el Mundo, FAO 2009
18. Estado Mundial de la Infancia. Salud Materna y Neonatal. UNICEF 2009
19. <http://www.countdown2015mnch.org/>
20. <http://www.womendeliver.org/>
21. UNFPA's Contribution to the Joint United Nations Accelerated Support to Countries in Maternal and New-born Health. Accelerating Progress Towards Millenium Development Goal 5. No woman should die giving life.
22. El estado de la población mundial 2008. Ámbitos de convergencia: Cultura, Género y Derechos Humanos. UNFPA 2008
23. Towards Universal Access. Scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector, 2009
24. World Malaria Report, WHO, 2008.
25. http://www.unic.org.ar/prensa/archivos/Avian_Spanish.pdf
26. <http://www.slideshare.net/Davidps/la-gripe-a-nueva-algunas-cosas-que-quiz-no-sabas-1986294>
27. <http://content.nejm.org/cgi/content/full/353/21/2209>
28. <http://content.nejm.org/cgi/content/full/360/25/2605>
29. <http://content.nejm.org/cgi/content/full/NEJMp0908437>
30. "Strategies for containing an emerging influenza pandemic in Southeast Asia" (2005) Ferguson N. et al; Nature 437, 209-214
31. http://www.who.int/csr/disease/swineflu/notes/h1n1_use_antivirals_20090820/es/index.html
32. http://www.hpa.org.uk/web/HPAwebFile/HPAweb_C/1243581475043
33. http://www.who.int/csr/disease/swineflu/notes/h1n1_antiviral_resistance_20090708/es/index.html
34. <http://jama.ama-assn.org/cgi/content/full/2009.324v1#JED90009F1>

35. Oseltamivir adherence and side effects among children in three London schools affected by influenza A (H1N1)v, May 2009 – an internet - based cross - sectional survey (2009) Kitching, A. Et al , Eurosurveillance Vol . 14 · Issue 30
36. <http://www.elmundo.es/elmundosalud/2007/03/21/medicina/1174476761.html>
37. <http://www.cdc.gov/flu/protect/antiviral/sideeffects.htm>
38. http://www.who.int/csr/disease/swineflu/notes/briefing_20091030/es/index.html
39. The Lancet, Volume 374, Issue 9687, Page 358, 1 August 2009
40. <http://www.lavanguardia.es/ciudadanos/noticias/20091030/53815272615/el-numero-de-muertos-por-gripe-a-en-el-mundo-se-dispara.html>
41. <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=19370>
42. <http://new.paho.org/hq/images/atlas/en/atlas.html>
43. http://www.who.int/csr/don/2009_11_03/es/index.html
44. <http://www.afrik.com/article17374.html>
45. <http://www.pandemia.ch/fr-ch/impfenimpf-check.html>
46. <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/BANCOMUNDIAL/NEWSSPAINISH/0,,contentMDK:20654749~menuPK:1074643~pagePK:64257043~piPK:437376~theSitePK:1074568,00.html>
47. <http://www.libertaddigital.com/economia/el-coste-economico-de-la-gripe-a-1276369787/>
48. http://www.adecco.es/_data/NotasPrensa/pdf/165.pdf
49. <http://www.icex.es/icex/cma/contentTypes/common/records/viewDocument/0,,,00.bin?doc=4228852>
50. <http://www.expansion.com/2009/09/07/empresas/1252320695.html>
51. http://www.lavozdegallicia.es/sociedad/2009/05/03/0003_7692883.htm
52. <http://download.thelancet.com/flatcontentassets/H1N1-flu/epidemiology/epidemiology-79.pdf>
53. http://www.who.int/csr/disease/swineflu/notes/pandemic_influenza_vaccines_20090924/es/index.html



CAPITULO II. PERSPECTIVA INTERNACIONAL

1. INTRODUCCIÓN

Como en años anteriores, los esfuerzos de la comunidad internacional en cooperación, y específicamente en salud, están dirigidos al cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). Para contribuir a este empeño, sigue siendo indispensable que la ayuda internacional fluya desde los países más enriquecidos hacia los países más empobrecidos.

El escaso cumplimiento de los acuerdos financieros de Monterrey (2002) nos obliga, una vez más, a reivindicar su consecución. La cumbre de Doha, en diciembre de 2008, incorporó en su agenda la revisión del Consenso de Monterrey, una excelente oportunidad para que, a pesar de la crisis económica mundial, los países ricos ratificaran su compromiso en la lucha contra la pobreza.

Paralelamente al compromiso de más ayuda, es obligado revisar la eficacia de la misma. En este sentido, la Agenda de Acción de Accra (AAA)¹, acordada finalmente en el Tercer Foro de Alto Nivel de Accra (Ghana, septiembre de 2008), ha supuesto un cierto avance en los compromisos suscritos por los signatarios de la Declaración de París² (2005) y reconoce los escasos progresos que se han producido hasta la fecha y la importancia de la sociedad civil como elemento de control social.

En el ámbito de las responsabilidades, observamos que la comunidad internacional sigue siendo prolija en adquirir compromisos que no asume, tanto en el espacio de la cooperación en general, como en el de la salud en particular.

Se cumplen ahora 29 años del primer gran compromiso cuantitativo de los países

¹ <http://siteresources.worldbank.org/ACCRAEXT/Resources/4700790-1217425866038/FINAL-AAA-in-Spanish.pdf>

² www.oecd.org/dataoecd/53/56/34580968.pdf

donantes en la lucha contra la pobreza, compromiso que sigue sin cumplirse. Nos referimos al adquirido en 1981 en la 34 sesión de la Asamblea General de las NN.UU., donde los países acordaron destinar el 0,7% del total de la renta nacional bruta a cooperación. Según los últimos datos publicados por el CAD, referidos a 2008, únicamente 5 países, Noruega (0,88), Suecia (0,98), Luxemburgo (0,92%), Países Bajos (0,80%) y Dinamarca (0,82%), han alcanzado esa meta.

No obstante, en plena crisis económica, aparece algún dato esperanzador que esperamos represente una tendencia y no se quede en algo coyuntural. En 2008, la AOD de los países del CAD se ha incrementado en 0,2 puntos, situándose en el 0,3% de la RNB. Si bien este porcentaje queda aún muy lejos de los compromisos asumidos por los países donantes, observamos que todos los países, exceptuando Austria, han incrementan su ayuda. Los datos de 2009 nos dirán si se mantiene esta tendencia o, como algunos expertos auguran, la crisis mundial nos traerá recortes importantes.

Debemos resaltar también que nuevos actores emergentes como China o la India se están incorporando en los últimos años a la escena de la cooperación internacional, y que están teniendo cada vez más una influencia creciente en los países receptores. En el año 2000 se estableció el Foro de cooperación China-África, una asociación estratégica que se ha querido caracterizar como una cooperación entre iguales, con beneficios para ambas partes. China creó un Fondo de desarrollo China-África y planea cancelar la deuda de 33 países africanos. Más de 1.600 empresas chinas han comenzado a hacer negocios con África desde el 2000³, y la inversión directa China en África pasó de 491 millones dólares en 2003 a 7.800 millones de dólares en 2008⁴. Sin embargo, algunos críticos dudan de la buena gestión y planificación de esta ayuda, y del apoyo que suponen algunas de estas ayudas a regímenes corruptos, sin que el buen gobierno sea una preocupación para la cooperación China.

Otros actores promueven la cooperación sur-sur. India, Brasil y Sudáfrica promovieron en 2008 el foro IBSA, que es la unión de los 3 países para convertirse en portavoces de los países en desarrollo en las discusiones internacionales. Por su condición de países del sur no se consideran donantes, sino “socios de desarrollo”⁵. La importancia que estos actores están teniendo y que tendrán en todos los ámbitos de la cooperación internacional exige que se les tenga en cuenta en los foros y reuniones más importantes, y que puedan opinar e incorporar a sus estrategias de cooperación los compromisos principales que hoy sustentan la cooperación internacional, como la eficacia de la ayuda o el respeto a los derechos humanos.

³ <http://spanish.peopledaily.com.cn/31618/6807046.html>

⁴ <http://www.afrol.com/es/articulos/34663>

⁵ <http://www.fride.org/publicacion/462/brasil-como-nuevo-actor-del-desarrollo-internacional>

Los ODM, el gran reto de la cooperación internacional en los últimos años, están lejos de cumplirse y son cada vez más las voces que alertan de la necesidad de tomar medidas que modifiquen la inercia actual.

Si nos ceñimos a los ODM específicamente sanitarios, observamos con preocupación el estancamiento, cuando no retroceso, de algunos indicadores básicos. A seis años de la fecha límite de 2015, el mundo no logra aún los avances necesarios para que muchos millones de personas puedan beneficiarse de las promesas básicas de los ODM. Según el informe de seguimiento del Banco Mundial de 2008⁶. El déficit más importante se da, precisamente, en el objetivo de reducir la mortalidad materna e infantil, y así vemos como en 27 países la mortalidad infantil en 2007 apenas mejora en relación a 1990, o que hoy más de 500.000 mujeres siguen muriendo cada año por complicaciones durante el embarazo y el parto, el 85 por ciento de ellas en África subsahariana.

La mortalidad materna es el indicador de salud en el que se registra la mayor distancia entre los países pobres y ricos, como muestra el hecho de que el 99% de los casos de mortalidad materna y de los recién nacidos ocurre en el mundo en desarrollo, particularmente en África, donde las mujeres tienen una probabilidad 175 veces más alta de morir en el parto que la de las mujeres de las regiones desarrolladas.

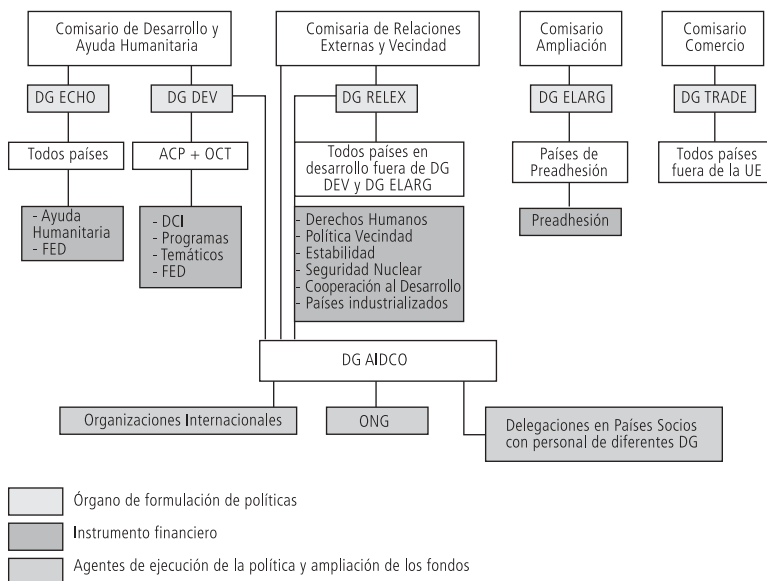
Insensibles a las cifras, con demasiada frecuencia olvidamos que la muerte de una madre, de un niño o una niña es una tragedia humana personal, familiar y social. Con los conocimientos y la tecnología actuales, muchas de estas muertes son evitables, como demuestran algunos de los logros alcanzados hasta la fecha y que relataremos a lo largo de este capítulo.

Recién superado el ecuador de los ODM, creemos que el esfuerzo conjunto de la comunidad internacional y la sociedad civil puede aún alterar la tendencia actual que parece abocar al incumplimiento de los ODM. Los logros alcanzados, por mínimos que parezcan, contribuyen a reducir las desigualdades y la pobreza y deberían ser un estímulo para todos.

⁶ www.bancomundial.org/ism2008

2. UNION EUROPEA (UE)

La UE⁷ sigue siendo el mayor donante mundial de Ayuda Oficial al Desarrollo con un 60% del total de la ayuda del CAD, aumentando en 4 puntos las cifras de 2007. Las políticas de cooperación de la UE las elabora el Consejo Europeo y se engloban dentro de la acción exterior. Su ejecución y gestión corresponde a la Comisión Europea que implementa las políticas de desarrollo a través de las diferentes direcciones generales implicadas. La gestión de la ayuda exterior se estructura de la forma siguiente:



Fuente: ACSUR-Las Segovias, "El nuevo marco de la política europea de desarrollo", Cuadernos Visión de una Europa responsable en un mundo global

Por lo tanto, la UE maneja 3 términos que debemos aclarar.

- La acción exterior de la UE: incluye tanto cooperación como ayuda humanitaria, gobernanza, seguridad nuclear, etc.
- La ayuda externa: es el conjunto de recursos que se utilizan para los programas y proyectos fuera de la UE. Sus fuentes son el presupuesto general de la CE y el FED (Fondo Europeo de Desarrollo)

⁷ La AOD de la UE la consideramos como la suma la AOD conjunta de los estados miembros de la UE más la AOD de la Comisión Europea.

- AOD: aquella parte de la ayuda externa que cumple la definición del CAD a través de sus directivas y es reportado por la Comisión Europea.

El presupuesto de la Comisión Europea (CE) en 2009 para acciones exteriores de la UE, superaba los 8 mil millones de €, y consolidaba a la UE su papel de actor mundial en el ámbito de la cooperación. En cuanto a salud, la CE desembolsó en 2008 la cantidad de 546,5 millones de dólares.

La acción exterior incluye diversas líneas e instrumentos entre los que se encuentran los instrumentos relativos a cooperación para el desarrollo (Tabla 2.1)

TABLA 2.1. INSTRUMENTOS DE LA UE EN EL ÁMBITO DE LA ACCIÓN EXTERIOR		
Rúbrica 4: La Unión Europea como actor mundial	Presupuesto 2009	
	Euros	%
Instrumento de Ayuda de Preadhesión (IPA)	1 521 103 000	18,8
Instrumento Europeo de Vecindad y Asociación (IEVA)	1 621 450 000	20,0
Instrumento de Cooperación para el Desarrollo (ICD)	2 377 086 160	29,3
Instrumento para los Países Industrializados (IPI)	25 287 000	0,3
Democracia y Derechos humanos (IEDDH)	157 361 200	2,0
Instrumento de Estabilidad	188 083 000	2,3
Instrumento de Cooperación en materia de seguridad nuclear (ICSN)	73 973 000	0,9
Ayuda humanitaria	777 051 000	9,6
Asistencia macroeconómica	99 000 000	1,2
Política Exterior y de Seguridad Común (PESC)	242 900 000	3,0
Reserva de ayuda de emergencia	166 000 000 (*)	2,1
Instrumento alimentario	568 000 000 (*)	7,0
Otras acciones y programas (incluidas las agencias descentralizadas)	286 636 000	3,5
Total	8 103 930 360	100,0
(*) Teniendo en cuenta la transferencia específica de la Reserva de Ayuda de Emergencia al Instrumento alimentario		

Fuente: UE

Del total de recursos destinados a la acción exterior, para la cooperación al desarrollo se presupuestó un 29,3% que equivale a 2.377.086.160 euros, un 5,5% superior a la cantidad presupuestada en 2008. A este monto, habría que añadir aquellas cantidades destinadas a ayuda humanitaria (777.051.000 €) e instrumento alimentario (568.000.000 €) que juntas representan un 16,6% del presupuesto total del año 2009.

En 2009, se prevé destinar 1.000 millones € al “instrumento alimentario” para apoyar a países en desarrollo. Este mecanismo utilizará organizaciones internacionales y regio-

⁸ El Fondo Europeo de Desarrollo no está incluido ya que es independiente del presupuesto general de la UE

nales para su implementación, con el objetivo de apoyar la agricultura y aumentar la producción. Del total, 568 millones se financiarán con el presupuesto de 2009, y el resto procede de transferencias del fondo de la reserva de ayuda de emergencia

LA UE firmó un acuerdo en marzo de 2009 con el Grupo de países ACP (Africanos, Caribeños y del Pacífico) por un total de 2.700 millones de € por el que 77 países de estas regiones se benefician de ayuda en diversos sectores.

La asistencia externa europea se implementa por medio de la Oficina de Ayuda Europea en Cooperación (EuropeAid Cooperation Office) a través de 3 métodos:

- Centralizada, a través de sus delegaciones desarrollando directamente los programas.
- Descentralizada, donde una administración pública en el país receptor implementa los programas sobre la base de un acuerdo financiero con la Comisión europea.
- Conjuntamente con organizaciones internacionales, donde la Comisión contribuye a un proyecto implementado por una de estas organizaciones, como agencias de Naciones Unidas, Banco Mundial y otras.

La UE, como es lógico, ha asumido los Objetivos de Desarrollo del Milenio como principal referencia para orientar su cooperación al desarrollo. En lo que a los ODM en salud se refiere, la UE prioriza la inversión en los países más pobres y con mayor carga de morbilidad por enfermedades infecciosas¹. La intervención se realiza través de instrumentos financieros geográficos, si el objetivo es regional o de país, o instrumentos temáticos, como el programa “Buena salud para todos¹¹” o como las líneas relativas a VIH/sida, malaria y tuberculosis, salud sexual y reproductiva y necesidad de personal en salud.

Para la UE la asistencia en salud ha de dirigirse a 4 elementos clave:

- acceso a servicios,
- crisis en el personal sanitario,
- las enfermedades ligadas a la pobreza,
- salud y derechos sexuales y reproductivos.

Durante el periodo entre 2007-2013 la acción europea en salud se va a financiar a través de dos tipos de instrumentos: geográficos (para zonas geográficas determinadas) y horizontales (para acciones transversales).

2.1. Instrumentos geográficos: implementados a nivel de país y regional, constituyen la mayor proporción de la asistencia en salud de la UE para países en desarrollo. Incluye el (i) Fondo Europeo de Desarrollo (FED) para los países ACP, el (ii) Instrumento de Cooperación al Desarrollo (ICD) para Latinoamérica, Asia y Sur de África, y el (iii) Instrumento de Vecindad y Parteneriado (ENPI: por sus siglas en inglés) para las regiones colindantes. (i) Fondo Europeo de Desarrollo (FED):

Creado en 1957 por el tratado de Roma, es el instrumento principal para el apoyo de acciones en los países ACP y países y territorios de ultramar (OCT: Overseas Countries and Territories) en las áreas de desarrollo económico, desarrollo humano y social (que incluye salud) y cooperación regional e integración.

Este Fondo se compone de: fondos gestionados por la Comisión, capital de riesgo y créditos al sector privado gestionados por el Banco Europeo de Inversión y el mecanismo FLEX que busca paliar los efectos de la inestabilidad de exportaciones.

En la revisión del acuerdo realizado en 2005 se decidió canalizar los recursos a través de 2 vías:

- Estructura de subvenciones administrada conjuntamente por la Comisión y los países receptores, usándose para su programación la Estrategia de Apoyo a País (CSS) diseñada por cada país junto con la Comisión.
- Estructura de inversión, creado y administrado por el Banco de Inversión Europeo

Se gestiona por periodos de 5 años en base al marco de acuerdo firmado entre UE y los países incluidos⁹. Para el periodo 2008-2013 se ha firmado el 10º FED con un presupuesto de 22.682 millones €¹⁰, de los que un 97% se destina a países ACP, un 1% a países OCT y un 2% a la comisión para la gestión e implementación del fondo. Del monto mayoritario destinado a ACP, un 81% se destinará a los programas nacionales y regionales, el 12% a la cooperación entre países y entre regiones y el 7% restante para estructuras de inversión.

Una de las novedades del 10º Fondo, con respecto al anterior, es la creación de “incentivos”: recursos extra que los países pueden obtener mejorando su gobernanza (sistemas legales e impositivos). Algunas partidas del fondo se han situado al margen para necesidades imprevistas como por ejemplo las relativas a asistencia humanitaria y de emergencia.

Este fondo es extra-presupuestario, no incluido en el presupuesto de la UE y por lo tanto no sujeto a la autorización del parlamento europeo, financiado por los estados miembros de la UE a través de contribuciones específicas, sujeto a sus propias normas financieras y gestionado por un comité específico.

Durante las negociaciones sobre las perspectivas financieras 2007-2013, la Comisiónⁱⁱⁱ reabrió el debate sobre el interés de aunar toda la asistencia externa de la Unión en aras de una mayor transparencia y rendición de cuentas, mejor gestión y conocimiento general, pero fue rechazado por el Consejo de Europa, permaneciendo como previamente

⁹ El acuerdo de Cotonou se firmó en Junio de 2000 para un periodo de 20 años y se revisó por primera vez en 2005.

¹⁰ 2 millones de € procedentes de los recursos propios del Banco Europeo de Inversión y el restante al propio FED

y condicionado a que se reabra este debate en el futuro.

Con cargo a este Fondo, en 2008 la Comisión aprobó un Apoyo General Presupuestario

TABLA 2.2. SITUACIÓN FINANCIERA A FINAL DE 2008 DE LOS FONDOS DEL 7º AL 10º FED (MILLONES DE EUROS)

Fondos correspondientes al 7º a 10º FED asignados a países ACP y OCT			Fondos comprometidos	Fondos desembolsados	Fondos/compromisos pendientes		
7º-9º FED	10º FED	Total 7º-10º FED			Fondos no comprometidos	Compromisos no pagados	Remanente total de fondos no gastados
a	b	c (a+b)	d	e	f (c-d)	g (d-e)	h (f+g)
37.235,65	21.260,07	58.495,72	42.002,04	29.843,03	16.493,68	12.159,01	28.652,69

Fuente: UE.

(GBS por sus siglas en inglés) en 22 países por un total de 2.184 millones € y un Apoyo Presupuestario Sectorial (SBS, por sus siglas en inglés) en 6 países, alcanzando los 321,7 millones de € (representando 45 y 6% respectivamente de los compromisos totales)

La distribución de los recursos según el tipo de programa al que se destinan, se presenta en la tabla siguiente y se divide en apoyos a presupuestos generales y apoyos a presupuestos sectoriales.

TABLA 2.3. NUEVOS GBS Y SBS EN 2008. (EN MILLONES DE EUROS)

Tipo de programa	Compromisos			Desembolsos		
	2007	2008	%variación	2007	2008	%variación
Apoyo presupuestario general	343	2.184	+537%	455	414	-9%
Apoyo presupuestario sectorial	259	321,7	+24%	129	170	+32%
Total	602	2.506	+316%	584	584	0%

Fuente: UE.

(ii) Instrumento de Cooperación para el Desarrollo.

Se lanzó en 2007 y cubre 3 componentes:

- Programas geográficos: apoyando actuaciones en 47 países en Latinoamérica, Asia, la región del Golfo y Sur de África en diversas áreas de cooperación, que incluyen erradicación de la pobreza y consecución de ODM, necesidades básicas de la población, especialmente educación primaria y salud, cohesión social y empleo, desarrollo rural sostenible y seguridad alimentaria y asistencia en postcrisis y a estados frágiles.

- Programas temáticos: para todos los países en desarrollo (incluidos aquellos cubiertos por el FED y por ENPI en las áreas siguientes: inversión en las personas, medioambiente y gestión sostenible de recursos, actores que no son estados, *non-state actors*, y autoridades locales, seguridad alimentaria y migración y asilo.
- Programa de acompañamiento de medidas para 18 países incluidos en el Protocolo del Azúcar^{iv}

Los fondos para el periodo 2007-2013 asciende a 16.900 millones de €, de los que un 60% serán para los programas geográficos, 33% para los temáticos y un 7% para los países ACP incluidos en el Protocolo del Azúcar.

(iii).- Instrumento de Vecindad y Partenariado Europeos

Es operativo desde 2007 y representa un escenario de continuidad con los objetivos de ampliación de los programas previos de cooperación con los países del este europeo (TACIS) y los países mediterráneos (MEDA). Sus objetivos estratégicos son apoyar la transición democrática y la promoción de derechos humanos, transición hacia economías de mercado y promoción de desarrollo sostenible y políticas de interés común (antiterrorismo, armas de destrucción masiva, resolución de conflictos,...) y las acciones financiadas se ubican en sectores diversos.

Para el periodo entre 2007-2013 se destinarán un total de 11.200 millones de €, que representa un 32% de incremento en relación a los anteriores programas existentes. Del total, un 95% será para programas nacionales y pluri-nacionales y un 5% para programas de cooperación transfronterizos.

2.2. Instrumento temático “Invertir en las personas”, que en el área de la salud se centra en el apoyo a los sistemas de salud y en la deficitaria situación de los recursos humanos en salud en muchos países.

Este programa tiene su base legal en la Regulación Nº 1905/2006 del Parlamento y Consejo Europeos que establece un instrumento financiero para la cooperación para el desarrollo (DCI). Este instrumento está diseñado para apoyar actividades incluidas en 4 pilares básicos (los mismos que cubren todas las prioridades del artículo 12 del DCI, los reflejados en el Consenso Europeo para el desarrollo y en la Comunicación sobre el programa temático para el desarrollo humano y social). Son: la buena salud para todos, educación, conocimiento y herramientas, igualdad de género y otros aspectos del desarrollo humano y social (empleo y cohesión social, infancia, juventud y cultura)

Otro foco de especial atención en salud, además de la crisis en recursos humanos, lo constituyen las enfermedades relacionadas con la pobreza, (las tres a las que se dirige el ODM 6).

El documento *Inversión en las personas*^v “es un instrumento suplementario diseñado para apuntalar programas nacionales y regionales donde existan”, actuando como catalizador del cambio, especialmente en países con estados denominados “frágiles” o que se encuentren en situación de post-conflicto. Este instrumento viene a complementar la cooperación geográfica (instrumentos geográficos). El valor añadido del programa reside en su capacidad para apoyar y dar forma a la agenda política para las iniciativas globales de beneficio directo para los países socios. Provee una plataforma global para la identificación e intercambio de experiencias, innovación y buenas prácticas entre países que enfrentan retos similares de desarrollo humano y social, así como países con diferente nivel de desarrollo, abordando las necesidades existentes en materia de salud, educación, igualdad de género y desarrollo humano y social en los países con los indicadores de ODM más críticos.

Para el periodo 2007-2013 se dirige a la consecución de los ODM a través de 4 pilares: buena salud para todos, educación, conocimientos e instrumentos, igualdad de género y otros aspectos de desarrollo humano y social como cohesión social, infancia, juventud y cultura. Salud es la parte más relevante hasta el momento de este programa temático, y se focaliza el trabajo en los recursos humanos de los sistemas de salud, las enfermedades ligadas a la pobreza, el acceso a bienes públicos, enfermedades emergentes y olvidadas y la promoción de la salud y derechos sexuales y reproductivos.

La CE destinó en el periodo 2003-2006 un total de 449.4 millones € para el programa temático “Invertir en las personas”, que representa una media anual de 113 millones €. En torno a un 97% se destinó a prioridades en salud, que recibieron una media anual de 108.8 millones de euros, mientras que la igualdad de género recibió una media de 3 millones anuales entre 2004 y 2006.

En salud, las tres enfermedades transmisibles más importantes (VIH, Malaria y TB) recibieron un 78% del total de la financiación en salud bajo la línea presupuestaria de enfermedades vinculadas con la pobreza y canalizados a través del Fondo Global y EDCTP (European and Developing Countries Clinical Trials Partnership) fundamentalmente, mientras que el resto de los fondos de la Comisión se destinaron a la mejora de los servicios de salud y avanzar en salud y derechos sexuales y reproductivos.

El programa temático para 2007-2013 (Tabla 2.4) propone un incremento de un 30% en la media anual global sobre el periodo anterior, e incrementar asimismo el nivel de recursos disponibles para intervenciones temáticas no relacionadas con la salud. En concreto, se propone destinar el 55% para 2007-2013 bajo el DCI a buena salud para todos, 12% para educación, conocimiento y herramientas, 5% para igualdad de género, 21% para otros aspectos del desarrollo social y humano y 7% para costes administrativos y de contingencia¹¹. Esta misma proporción se ajusta a lo programado para el periodo 2007-2010.

**TABLA 2.4. PROPUESTA PARA LA FINANCIACIÓN BAJO EL PROGRAMA TEMÁTICO
“INVERTIR EN LAS PERSONAS” 2007-2013 (EN MILLONES DE EUROS)**

	Línea 2003- 2006	Media anual 2003- 2006	Línea 2007- 2013	Media anual 2007- 2013	Porcen- tajes
Buena salud para todos (incluyendo fondos para países ENPI)	435,6	108,9	587,6	83,9	55%
- Fondo Global sida , malaria y tuberculosis**	170,5	42,6	362		
- Enfermedades infecciosas (sida, TBC, malaria); no infecciosas***	171,0	42,8	50,6		
- Bienes públicos, enf. olvidadas y emergentes (gripe aviar)	24,0	6,0	30,0		
- Crisis de recursos humanos en salud			40,0		
- Salud sexual y reproductiva (agenda del Cairo)	70,1	17,5	86,0		
Salud y sida para países ENPI			19,0		
Educación y conocimientos	5,0	1,2	130,0	18,6	12%
- Equidad de acceso a educación primaria	5,0	1,2	80,0		
- Educación vocacional y formación de capacidades			50,0		
Equidad de género(incluyendo fondos para países ENPI)	9,0	3,0	57,0	8,1	5%
- Empoderamiento de la mujer (incluye 32 millones para países ENPI)			57,0		
Otros aspectos del desarrollo humano y social (incluyendo fondos para países ENPI)			222,0	31,7	21%
- Protección y participación de la infancia y a juventud (incluye 6 mill para países ENPI)			90,0		
- Cohesión social, empleo y trabajo decente (incluye 5,495 mill. para países ENPI)			82,0		
- Protección de la diversidad cultural			50,0		
Contingencias			21,0	3,0	3%
Total costes directos	449,6	113,1	1017,6		
Gastos administrativos cargados en (ex líneas BA)* línea nº21 01 0401****			42,4	6,0	4%
Total	449,6	113,1	1060,0	151,3	100%

*Equidad de género 2004-2006

**La cantidad media anual de 42,6 millones del presupuesto fueron incrementados con una aportación media de 42,5 millones al año del 9º FED, añadiendo 62 millones del 9º FED

*** Enfermedades no transmisibles incluidas para el periodo 2007-2013

****Fondos no usados deberían ser usados para actividades operativas

Nota: Fondos adicionales para salud (Fondo Global), educación (Erasmus Mundus) y Cultura en países ACP pueden venir de los FED

Fuente: UE

¹¹ Se contempla que los fondos no gastados sean reubicados hacia gastos operacionales. Representan 3 millones € anuales para medidas de contingencia y 42.4 millones € del presupuesto total se reservan para gastos administrativos

En comparación con 2003-2006, representaría porcentualmente un 23% de descenso en la financiación anual para la salud, mientras que se incrementaría 15 veces la financiación para educación y se triplicaría la destinada a igualdad de género.

En el programa indicativo para el periodo 2007-2010, la distribución de los fondos será acorde a la importancia de las 4 áreas para la consecución de los ODM (Tabla 2.5.) y la programación anual depende de la financiación aprobada cada año por el Parlamento Europeo.

En cuanto a la parte de salud, es positivo que aparezca una partida destinada específicamente a la crisis de los recursos humanos sanitarios, a pesar de ser menos de un 7% del total. Consideramos que un programa centrado en una problemática tan compleja como la de los RR.HH. sanitarios debería ser apoyado mucho más intensamente que iniciativas verticales específicas contra determinadas enfermedades, ya que éstas últimas no aseguran la sostenibilidad de las acciones. De hecho, las aportaciones al Fondo Global suponen el 62% del presupuesto total, lo que indica claramente cuáles son las prioridades estratégicas en los próximos años. El programa presta también atención a los países incluidos en el Instrumento de Vecindad y Partenariado Europeo (ENPI), habiéndose definido cantidades indicativas para los programas temáticos en estos países (en particular 9 millones para reforzar la participación de la sociedad civil para 2010 bajo “buena salud para todos”)

TABLA 2.5. ESTIMACIÓN DE PROGRAMA INDICATIVO PLURIANUAL (EN MILLONES €)

	2007	2008	2009	2010	Total
Buena salud para todos					300.0
Reforzar sistemas de salud y mejorar servicios:		6.0	7.0	8.0	21.0
Respuesta UE a crisis de recursos humanos					
Principales enfermedades transmisibles, olvidadas y emergentes	62.0	54.0	57.0	62.0	235.0
Contribuciones a Fondo Global*	62.0	50.0	50.0	50.0	212.0
Implementación Agenda El Cairo		10.0	16.0	18.0	44.0

*: a definir el método más adecuado de implementación según la acción

Fuente: elaboración propia en base a documento Inversión en las personas. UE

El conjunto de la asistencia externa de UE está en sintonía con los principios para la efectividad de la ayuda. Se promueve una aproximación sectorial para trabajar con los países socios -que se ha incrementado en años recientes, aunque aún resulta insuficiente- y también la de apoyo presupuestario, cuando se reúnen las condiciones necesarias (estrategia o política bien definida nacional o sectorial para el desarrollo, marco macroeconómico orientado a la estabilidad y programa relevante para la mejora de la gestión financiera pública) y para lo que se utilizan los sistemas nacionales.

La UE define apoyo presupuestario como la transferencia de recursos financieros de una agencia financiera externa al tesoro nacional de un país socio y los clasifica en: apoyo presupuestario general y apoyo presupuestario sectorial que representa una transferencia al tesoro nacional para apoyar un programa sectorial. El apoyo presupuestario es una herramienta que ya se está utilizando desde hace varios años en el sector de la cooperación en salud.

Recientemente, en la comunicación de la Comisión al Consejo sobre la coherencia de las políticas para el desarrollo^{vi}, se explica que en una primera fase se concentró en los compromisos adquiridos en las siguientes 12 áreas, donde destacamos la ausencia del sector salud como área específica: comercio, medio ambiente, cambio climático, seguridad, agricultura, pesca, dimensión social de la globalización, empleo y trabajo digno, migración, investigación, sociedad de la información, transporte y energía. En una segunda fase se avanzó en las valoraciones de impacto, las consultas interdepartamentales y un programa de trabajo de presidencia en coherencia de políticas para el desarrollo.

La opinión de los estados miembros es positiva en relación a la coherencia de las políticas, poniendo como ejemplo las sinergias alcanzadas en las áreas de cambio climático y energía. Está pendiente, si bien hay un compromiso firme por abordarlo, continuar la discusión, aprovechando las lecciones aprendidas, en relación a los siguientes temas: combate del cambio climático, seguridad alimentaria global, migración para el desarrollo, explorar oportunidades de usar la propiedad intelectual en pro del desarrollo y promover la seguridad y construcción de la paz.

EuropeAid, agencia clave de la UE en las relaciones exteriores y las políticas de desarrollo de la Comisión, es la encargada de implementar la mayoría de los instrumentos de asistencia de la Comisión. Asegura el conocimiento público de sus actividades a través del recientemente creado Punto de Información de Cooperación Exterior. EuropeAid gestionó en 2008 en torno al 75% de la ayuda externa. Del total de la asistencia externa en 2008, un 94% es clasificada como AOD (Tabla 2.6).

TABLA 2.6. PROPORCIÓN DE LA ASISTENCIA EXTERNA CLASIFICADA COMO AOD. COMPROMISOS 2008 (MILLONES €)			
	AOD	NO AOD	Total
Presupuesto EuropeAid	4.364	245	4.609
FED	4.525	318	4.843
Presupuesto no EuropeAid	3.125	251	3.376
Total	12.014	813	12.827

Fuente: Annual Report on the European Community's Development and External Assistance Policies and their Implementation in 2008. 2009

En cuanto a los sectores, en 2008 el que más ha aumentado, con respecto al año anterior, ha sido el que engloba el apoyo presupuestario, la seguridad alimentaria y la ayuda alimentaria, lo que se atribuye al lanzamiento del 10º Fondo para el Desarrollo (FED), ya que es contabilizado como apoyo presupuestario, y al incremento en ayuda humanitaria (ECHO).

Por regiones, África subsahariana, con alrededor de un 40% en compromiso y desembolso, continúa siendo el primer receptor de AOD en 2008 (Tabla 2.7). Destaca el segundo puesto de Europa, con un 17% dentro de la distribución regional de AOD, aunque esta AOD no ha sido gestionada en su mayor parte por EuropaAid, sino por otras Direcciones Generales. Asia también recibe un 17%, mientras que se observa que América no es centro de la AOD europea: solamente recibe el 5,3% de la AOD. La AOD bilateral no localizada, entendida como la cooperación directa de la Comisión con un país (o región) en la que la Comisión controla las actividades y el uso de los recursos, representó el 13.9%. La multilateral -definida como aquellas contribuciones directas a los fondos de agencias multilaterales que informan posteriormente a la Comisión sobre su gasto- representó el 3%. Debemos destacar también de la tabla 2.7. la diferencia existente en la AOD entre los compromisos y los gastos efectuados. Si bien algunas partidas pueden ser plurianuales, lo que puede explicar parte de esta diferencia, el 25% de gasto en AOD no efectuado en 2008 es una cifra demasiado elevada que debe disminuir en el futuro.

TABLA 2.7. DISTRIBUCIÓN DE LA AYUDA POR REGIONES						
Millones de euros	Presupuesto total		Gestionado por EuropaAid		Gestionado por otras DG	
Región	Compromisos	Pagos	Compromisos	Pagos	Compromisos	Pagos
Europa	2.093	1.242	371	281	1.722	961
África Norte	546	570	540	555	6	14
África subsahariana	4.726	3.434	4.201	2.929	525	505
Asia: Oriente Medio	735	709	565	541	170	168
Asia Central, Sur y Lejano Oriente	1.210	1.141	900	855	311	286
América	642	769	575	710	67	59
Oceanía	19	65	18	65	0	1
Bilateral no localizada	1.677	1.025	1.355	758	322	267
Multilateral	366	239	363	235	1	3
TOTAL AOD	12.014	9.194	8.889	6.930	3.124	2.264

Fuente: elaboración propia en base a los datos del CAD

La salud es uno de los sectores que la Agenda de Acción para los ODM, adoptada por la UE en 2008, considera prioritarios. La UE quiere desempeñar un papel fundamental en la reducción de la brecha entre las necesidades estimadas y los desembolsos en salud, cifrada por la Comisión de Macroeconomía y Salud en 13.400 millones de dólares para

2010. Para ello, la UE deberá incrementar su apoyo al sector salud de aquí al 2010 en 8.000 millones de dólares, de los cuales 6.000 millones deberán ir destinados a África. El reto es sustancial, pues en 2007, según la red “Acción para la salud global”^{vii}, la ayuda en salud disminuyó un 13%.

Desde hace un tiempo venimos reclamando la necesidad de que exista una estrategia de salud del conjunto de los países de la UE que permita identificar las prioridades que se quieren marcar en esta materia. A buen seguro, esta estrategia evitaría que los fondos destinados a este sector fluctuaran año tras año, incumpléndose uno de los principios básicos de la ayuda: su previsibilidad.

El Libro Blanco “*Juntos por la salud: un planteamiento estratégico para la UE (2008-2013*”^{viii})” se concibe como un primer paso hacia una estrategia europea de salud y como un marco que orienta las actividades esenciales de la Comisión Europea en este sector. En este documento se incluyen algunas indicaciones que pueden ser el embrión de una futura estrategia de cooperación en salud, pues además de plantear los problemas que pertenecen al ámbito de la propia UE, aparecen referencias a la cooperación sanitaria. De hecho, algunos de los problemas a los que se enfrentan los países europeos, y que aparecen en este documento, no son específicos de Europa, como son el envejecimiento, las amenazas para la salud derivadas del cambio climático o las pandemias. Pero donde más centra su visión de la cooperación es en sus “*Principios fundamentales de la acción comunitaria en materia de salud*”, allí, en su cuarto principio, “*Reforzar la voz de la UE en el ámbito de la salud a nivel mundial*”, afirma que Europa debe asumir un liderazgo a nivel mundial y asegurar la coherencia entre sus políticas sanitarias interiores y exteriores para la consecución de los objetivos a nivel mundial, respaldar los procesos de coordinación y fomentar la interacción de ámbitos de acción como salud, cooperación al desarrollo, la acción exterior, la investigación y el comercio.

Sin duda un gran avance que se verá reforzado con la iniciativa española de presentar una comunicación de salud global durante la Presidencia Española de la Unión Europea. La Comunicación en Salud Global tendrá como objeto impulsar una agenda de cooperación en salud que permita, por un lado, avanzar en la transformación de los compromisos de la lucha contra la pobreza y la desigualdad, procurando resultados claros de mejora de las condiciones de salud de las poblaciones más desfavorables y, por otro lado, siguiendo los principios de coherencia que deberían guiar las políticas externa e interna de la UE en el ámbito de la Salud Global: equidad, solidaridad, apropiación democrática y coherencia. Asimismo, esta comunicación busca cubrir la brecha de financiación en salud necesaria para alcanzar los ODM, instando a los gobiernos donantes a cumplir con sus compromisos con la AOD priorizando el fortalecimiento de los sistemas nacionales de salud, el sistema de cuidados de atención primaria y el aumento de las intervenciones en salud sexual y reproductiva.

El punto de partida de la Comunicación se estructura entorno a un Marco General seguido de un esbozo de los posibles Planes de Acción.

- Marco General de la Comunicación:

1. Análisis de la situación sobre los desafíos para la salud global.
2. Mapeo de las políticas y acciones de la UE relacionadas con la Salud Global.
3. Análisis estratégico de la CE y el valor añadido de la UE en fortalecer su rol entorno a la Salud Global.
4. Principios guía para políticas y acciones de la EC/UE, así como para iniciativas de coordinación que aseguren la coherencia y el rol de liderazgo de la UE en Salud Global.

- Planes de Acción futuros entorno a las áreas prioritarias para la Salud Global:

Equidad en la Salud Global. Relacionado con la Resolución 2009 62.12 de la Asamblea Mundial de la Salud sobre la atención primaria de salud, incluido el fortalecimiento de los sistemas de salud.

Coherencia de Salud Global. Se atenderán los tres factores transnacionales que están socavando la equidad en salud: Migración, Comercio y Amenazas a la salud.

Conocimiento en Salud Global. Vinculado al Plan de Acción Global en Innovación, IPR y salud pública

La Tarjeta Azul

Un hecho al que deberemos estar atentos es a la creación de la tarjeta azul. Los ministros de Trabajo e Interior de la Unión Europea acordaron en septiembre de 2008, la creación de la tarjeta azul, un instrumento que pretende atraer trabajadores extracomunitarios altamente cualificados. El objetivo es hacer más atractivo el mercado laboral europeo ampliando y reforzando los derechos de los trabajadores especializados procedentes de terceros países (por ejemplo, facilitándoles la residencia en Europa y la movilidad entre países).

En el sector salud existe una crisis mundial de recursos humanos, especialmente de los considerados cualificados. Si bien la UE asegura que con esta medida no persigue "el saqueo de cerebros" de los países en desarrollo, y por eso establece que "los Estados miembros deben abstenerse de efectuar la contratación activa en países en vías de desarrollo y en los sectores que puedan ser deficitarios, como por ejemplo, el de la salud", consideramos que este aspecto es muy difícil de controlar puesto que, a fecha de hoy, la contratación de inmigrantes continuará siendo una competencia de cada Estado miembro en función de las necesidades y acuerdos con terceros países.

La hipótesis que manejamos es que esta medida atraerá a profesionales sanitarios de países de renta media, que a su vez necesitarán nutrirse de profesionales sanitarios de los países más empobrecidos, con lo que la fuga de cerebros se mantendrá, incluso se puede incrementar. La UE no ha

asumido que debe profundizar en las causas de la falta de profesionales cualificados y tomar medidas, pero no solo paliativas, sino hacia las raíces que provocan este déficit. Tampoco se asume que debe haber una estrategia definida en recursos humanos donde deberá de apoyar y fomentar la formación en aquellos países que son “donantes” de profesionales cualificados, para que puedan cubrirse también las necesidades locales.

3. COMITÉ DE AYUDA AL DESARROLLO (CAD)¹²

La misión del Comité de Ayuda al Desarrollo (CAD) es contribuir a mejorar el volumen y la calidad de la ayuda. Su objetivo es promover la coordinación, la eficacia y una adecuada financiación de los esfuerzos internacionales en favor del desarrollo económico y social de los países en desarrollo.

En 2008¹³, en términos absolutos y con los datos disponibles, la AOD neta de los países miembros del CAD alcanzó la cifra record de 119.759 millones de dólares, lo que supone un incremento con respecto a 2007 de casi 16.273 millones de dólares o lo que es lo mismo, un incremento porcentual de un 15,7%. Este incremento, como veremos más adelante, a diferencia de lo que ocurrió en años anteriores, no es atribuible a programas de cancelación de deuda, cuyo efecto contable se pierde en el corto o medio plazo. Este aumento parece responder a la renovación de los compromisos de los estados en materia de cooperación, aunque debido a la crisis económica no podemos asegurar que estemos ante un punto de inflexión. Lo más probable es que la restricción fiscal generada por el fuerte impacto que la crisis económica está teniendo sobre las finanzas públicas de todos los donantes derive en una caída del nivel de AOD durante los próximos años, tanto en términos absolutos como relativos.

¹² El Comité de Ayuda al Desarrollo (CAD) es una organización multilateral, inserta en el sistema de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) que se dedica al seguimiento y la evaluación de las políticas de desarrollo de los denominados países donantes. Los miembros del CAD son: Alemania, Australia, Austria, Bélgica, Canadá, Dinamarca, España, Estados Unidos, Finlandia, Francia, Grecia, Holanda, Irlanda, Italia, Japón, Corea del Sur, Luxemburgo, Noruega, Nueva Zelanda, Portugal, Suecia, Suiza, Reino Unido y Comisión Europea. Además, participan como observadores permanentes el Fondo Monetario Internacional, el Banco Mundial y el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo

¹³ Datos preliminares para el año 2008

TABLA 2.8. AOD NETA 2003-2008 PAÍSES CAD, EN MILLONES DE DÓLARES CORRIENTES.

Países OCD	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Australia	1.218.6	1.460.13	1.680.16	2.123.22	2.668.52	3.166.2
Austria	504.78	677.63	1.573.32	1.498.43	1.808.46	1.681
Bélgica	1.853.4	1.463.31	1.963.36	1.977.81	1.952.83	2.380.66
Canadá	2.030.6	2.599.13	3.756.34	3.683.16	4.079.69	4.725.08
Dinamarca	1.748.16	2.037.13	2.108.92	2.236.12	2.562.23	2.800.02
Finlandia	558.49	679.87	901.94	834.4	981.34	1.139.12
Francia	7.253.09	8.472.56	10.026.22	10.600.59	9.883.59	10.956.92
Alemania	6.784.18	7.534.21	10.082.16	10.434.81	12.290.7	13.910.18
Grecia	362.16	320.83	384.22	423.99	500.82	692.87
Irlanda	503.56	607.44	718.94	1.021.66	1.192.15	1.324.5
Italia	2.432.85	2.461.54	5.090.9	3.641.08	3.970.62	4.443.59
Japón	8.879.66	8.922.46	13.125.55	11.135.74	7.678.95	9.362.15
Luxemburgo	193.83	235.59	256.39	290.71	375.53	408.82
Países Bajos	3.972.17	4.203.82	5.114.69	5.451.72	6.224.26	6.992.5
Nueva Zelanda	165.44	212.1	273.52	258.65	319.8	346.32
Noruega	2.042.16	2.198.66	2.786.05	2.954.09	3.728.02	3.967.19
Portugal	319.6	1.031.05	377.12	396.35	470.54	613.71
España	1.961.26	2.436.99	3.018.3	3.813.67	5.139.8	6.685.91
Suecia	2.400.11	2.722.01	3.361.68	3.954.96	4.338.94	4.729.84
Suiza	1.299.49	1.545.44	1.771.59	1.646.44	1.684.6	2.015.78
Reino Unido	6.261.75	7.904.7	10.771.7	12.459.02	9.848.54	11.408.71
EEUU	16.319.52	19.704.91	27.934.74	23.532.14	21.786.9	26.008.41
Países CAD, Total	69.064.86	79.431.51	107.077.81	104.368.76	103.486.83	119.759.48

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

Exceptuando Austria, todos los países incrementaron en 2008 el volumen de su ayuda oficial. Porcentualmente, el mayor esfuerzo lo realizan Grecia, Portugal y España que incrementaron su ayuda en un 38,3%, 30,4% y 30,1% respectivamente (Tabla 2.9). En el caso español, el incremento entre 2007-2008 fue sensiblemente inferior al experimentado entre 2006-2007 (34,8%), si bien, de mantenerse en los próximos años unos incrementos cercanos al 30%, se alcanzará el compromiso del 0'7% para AOD en 2012.

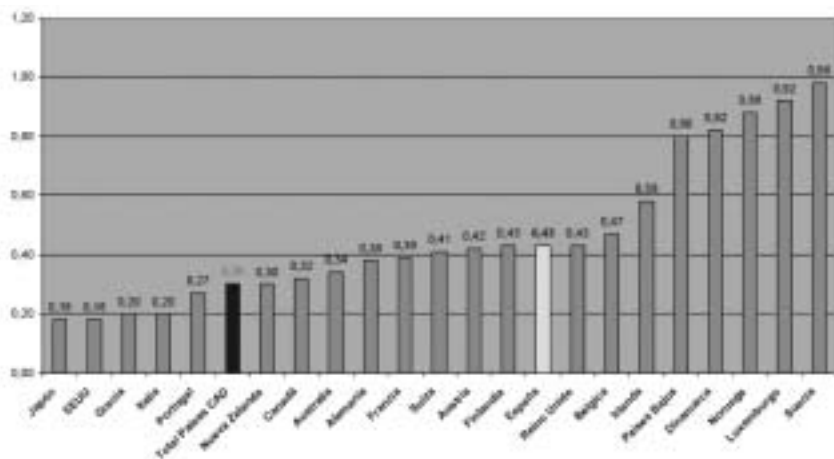
A pesar del incremento en números absolutos y la variación positiva en el último año, el monto total de los países CAD solo supone 2 décimas más en 2008 que en 2007 de la Renta Nacional Bruta, situándose en 0.3%. Suecia y Luxemburgo están cercanos al 1% y, como en el año anterior, sólo Dinamarca, Países Bajos y Noruega se suman al grupo de los países que superan el 0.7%.

TABLA 2.9. AOD NETA Y % DE RNB Y VARIACIÓN INTERANUAL. 2007-2008					
	2007	% AOD PNB	2008	% AOD PNB	Variación 07-08
Australia	2.668.52	0.32	3.166.2	0.34	18,7
Austria	1.808.46	0.5	1.681	0.42	-7,0
Bélgica	1.952.83	0.43	2.380.66	0.47	21,9
Canadá	4.079.69	0.29	4.725.08	0.32	15,8
Dinamarca	2.562.23	0.81	2.800.02	0.82	9,3
Finlandia	981.34	0.39	1.139.12	0.43	16,1
Francia	9.883.59	0.38	10.956.92	0.39	10,9
Alemania	12.290.7	0.37	13.910.18	0.38	13,2
Grecia	500.82	0.16	692.87	0.2	38,3
Irlanda	1.192.15	0.55	1.324.5	0.58	11,1
Italia	3.970.62	0.19	4.443.59	0.2	11,9
Japón	7.678.95	0.17	9.362.15	0.18	21,9
Luxemburgo	375.53	0.91	408.82	0.92	8,9
Países Bajos	6.224.26	0.81	6.992.5	0.8	12,3
Nueva Zelanda	319.8	0.27	346.32	0.3	8,3
Noruega	3.728.02	0.95	3.967.19	0.88	6,4
Portugal	470.54	0.22	613.71	0.27	30,4
España	5.139.8	0.37	6.685.91	0.43	30,1
Suecia	4.338.94	0.93	4.729.84	0.98	9,0
Suiza	1.684.6	0.37	2.015.78	0.41	19,6
Reino Unido	9.848.54	0.35	11.408.71	0.43	15,8
EEUU	21.786.9	0.16	26.008.41	0.18	19,4
Total CAD	103.486.83	0,28	119.759.48	0,3	15,7

Fuente: Elaboración propia a partir de datos CAD

A la cola de los países que menos ayuda porcentual destinan a cooperación aparecen Japón, EE.UU., Grecia, Italia y Portugal, todos ellos por debajo de la media de los países del CAD (0,30%). España, con un 0,43%, es el octavo país en porcentaje tras avanzar 4 puestos con respecto a 2007.

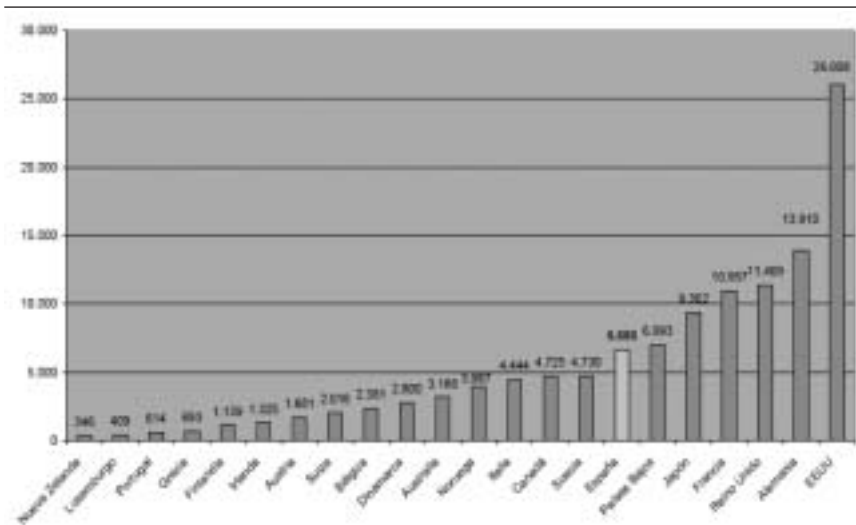
GRÁFICA 2.1. % AOD / RNB 2008



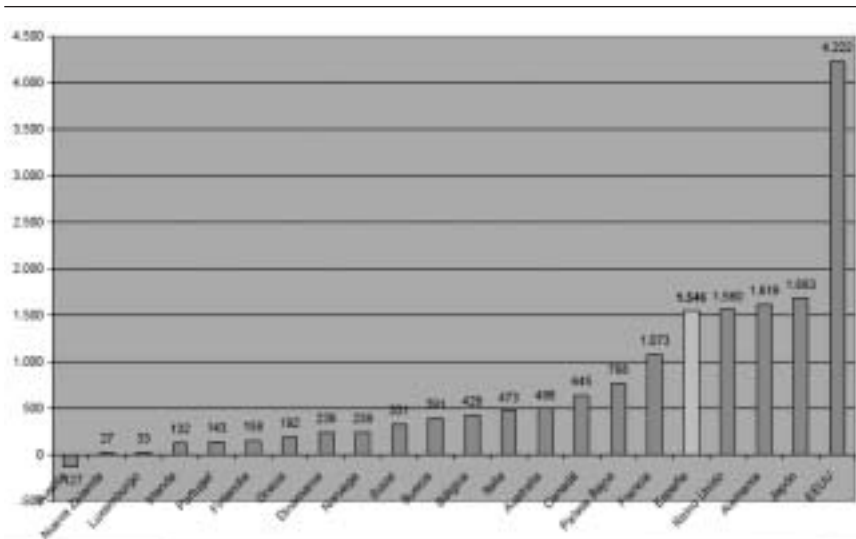
Fuente: Elaboración propia a partir de estadísticas OCDE 2009

Si analizamos la AOD, observamos que EE.UU., con 26.008 millones de dólares, es el país que más aporta, seguido de Alemania, Reino Unido, Francia, Japón y Países Bajos. A continuación está España, con una contribución de 6.686 millones de dólares. El mayor incremento corresponde a EE.UU. con 4.222 millones de dólares, seguido de Japón (1.683 millones), Alemania (1.619 millones), Reino Unido (1.560 millones) y España que, con un aumento de 1.546 millones de dólares, se convierte en el quinto país que más contribuye al crecimiento de la AOD del conjunto de países del CAD en relación a 2007 (Gráfica 2.3).

GRÁFICA 2.2. AOD PAÍSES CAD 2008



GRÁFICA 2.3. INCREMENTO AOD PAISES CAD 2008



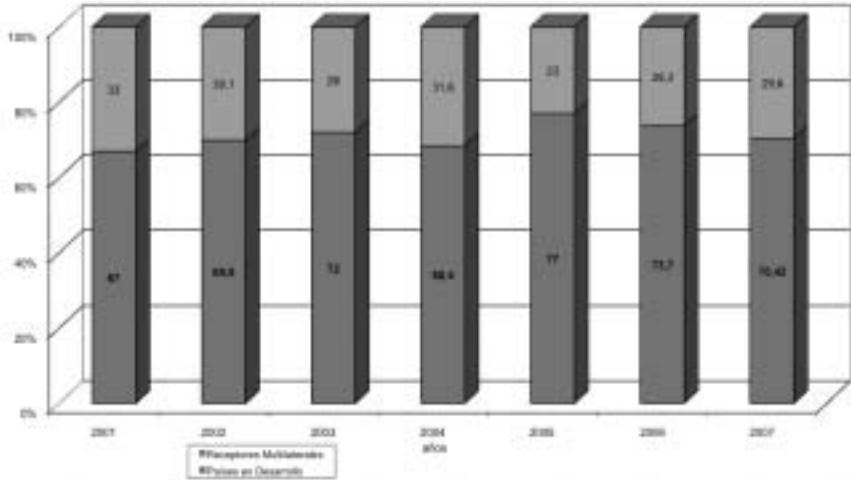
Fuente: Elaboración propia a partir de estadísticas OCDE 2009

Estas cifras demuestran el papel cada vez más relevante que la cooperación española está teniendo en la cooperación internacional, hasta el punto de equipararse e incluso superar, a países con mucha mayor tradición en cooperación como Francia, Reino Unido, Italia o Suecia.

Si bien hay disponibles algunos datos referidos al 2008, en la fecha de edición de este informe aún no están desagregados, por lo que utilizaremos los datos de 2007 para un análisis más en profundidad de la cooperación del conjunto de donantes.

En este sentido, la proporción destinada a países en desarrollo se situó, en 2007, en niveles similares a 2002, a costa de la financiación de los países CAD a instituciones multilaterales (Gráfica 2.4), que desde 2005 van aumentando progresivamente su relevancia. En teoría estos organismos multilaterales permiten mejorar la coherencia y el impacto de la cooperación internacional, pero la multitud de iniciativas internacionales multilaterales que existen actualmente nos puede llevar a lo contrario, a una atomización de la ayuda, generando iniciativas verticales que no tienen una visión global de la problemática mundial, no refuerzan el papel local ni favorecen la sostenibilidad de las acciones. Por estos motivos, hay que definir muy bien a qué instituciones se debe apoyar, y los donantes deben hacer una reflexión muy profunda sobre estas iniciativas multilaterales.

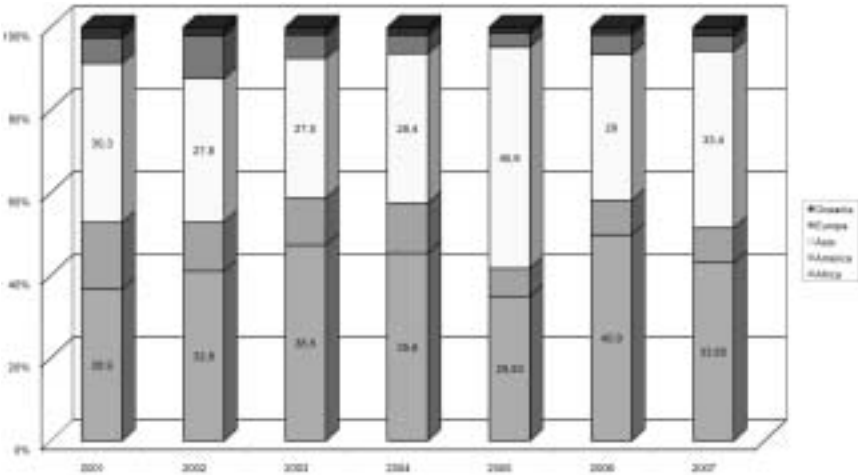
GRÁFICA 2.4. DISTRIBUCIÓN AOD (%)



Fuente: Elaboración propia a partir de estadísticas OCDE 2009

En cuanto a la distribución regional, del total de la AOD asignada geográficamente, desde 2001 la proporción destinada a África ha ido aumentando progresivamente hasta el 2005, año en el que descendió casi un 6%, mientras que ese mismo año Asia fue el continente que más AOD recibió, si bien como consecuencia de los desastres naturales y de los conflictos bélicos (especialmente Irak). En 2006, la ayuda a África volvió a crecer, situándose en casi un 41% del total de AOD neta, para descender nuevamente en 2007, cuando pierde 7,25 puntos porcentuales (Gráfica 2.5.). Estas cifras nos muestran que, a pesar del interés demostrado en el continente africano, la cooperación internacional está influida por otros intereses aparte de la lucha contra la pobreza y el desarrollo humano. En ningún momento de los últimos años el continente africano ha dejado de ser el más afectado de todo el planeta, mientras que la ayuda está manteniendo un comportamiento oscilante, debido sobre todo a otro tipo de intereses geopolíticos.

GRÁFICA 2.5. DISTRIBUCIÓN (%) DE AOD NETA ASIGNADA GEOGRÁFICAMENTE.2001-2007



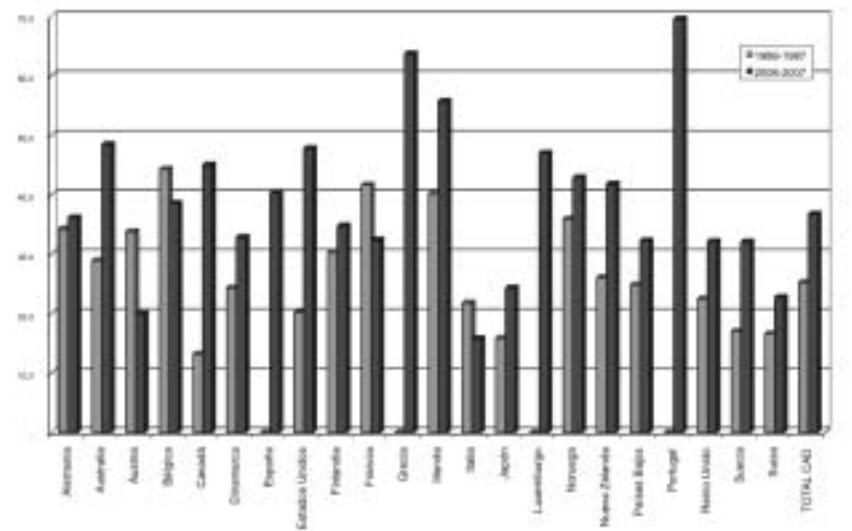
Fuente: Elaboración propia a partir de estadísticas OCDE 2009

4. EVOLUCIÓN DE LA AYUDA EN SALUD

Para establecer una comparativa que nos permita comprobar qué lugar ocupa la cooperación española en salud en el panorama internacional, nos fijamos en el comportamiento de la cooperación del conjunto de donantes de la OCDE (CAD) y de la UE. En informes anteriores hemos realizado un análisis de periodos acumulado, sin embargo, este análisis acumulado no nos permitía contemplar la evolución de las tendencias, por lo que este año hemos decidido hacer un estudio más centrado en la evolución de la cooperación sanitaria de todos estos actores en los últimos años.

De los 7 bloques que maneja el CAD, (i) Infraestructura social y administrativa, (ii) Infraestructura económica, (iii) Agricultura, (iv) Industria y otros sectores productivos, (v) Ayudas-programa y como productos, (vi) Ayuda humanitaria y (vii) otros, la primera ha sido tradicionalmente la más importante proporcionalmente, aunque con gran heterogeneidad entre los países (Gráfica 2.7). Salud se ubica en Infraestructura social y administrativa. Las cifras que vamos a analizar son las relacionadas con AOD bilateral, ya que son las únicas que pueden estar desagregadas

GRÁFICA 2.6. EVOLUCIÓN DEL % DE UTILIZACIÓN DE AOD EN INFRAESTRUCTURA SOCIAL Y ADMINISTRATIVA.1986-1987, 2006-2007

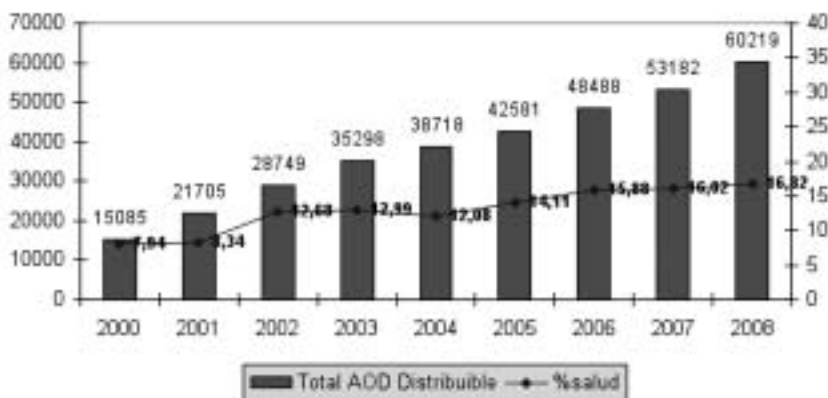


Fuente: Elaboración propia a partir de estadísticas OCDE 2009

Como ya hemos visto en este capítulo, 2008 fue un año de crecimiento para el total de la Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD) del conjunto de donantes, multiplicando casi por 4 las cantidades que se destinaban en el año 2000, con un incremento muy sustancial en los dos últimos años. Pero estas cifras no ocultan que aún queda un largo camino que recorrer. En 2008 el CAD destinó a salud el 10,67% del total de su AOD, muy lejos todavía de las cifras que proponemos las organizaciones firmantes de este informe para este sector.

Pero podemos observar un crecimiento sostenido de la AOD en el tiempo, que también se observa en el sector salud, tanto en cifras absolutas como en porcentajes. De hecho, si solamente analizamos la cooperación sanitaria en la AOD bilateral distribuable, alcanza en 2008 el 16,82%, con más de 12.250 millones de dólares. Este incremento en la ayuda en salud coincide con un fuerte aumento de la financiación de algunos partenariados público privados, que parece ser la herramienta elegida por muchos donantes para cumplir con sus compromisos en cooperación sanitaria, a pesar de los defectos que tienen estos instrumentos y que ya mencionamos en el informe 2007.

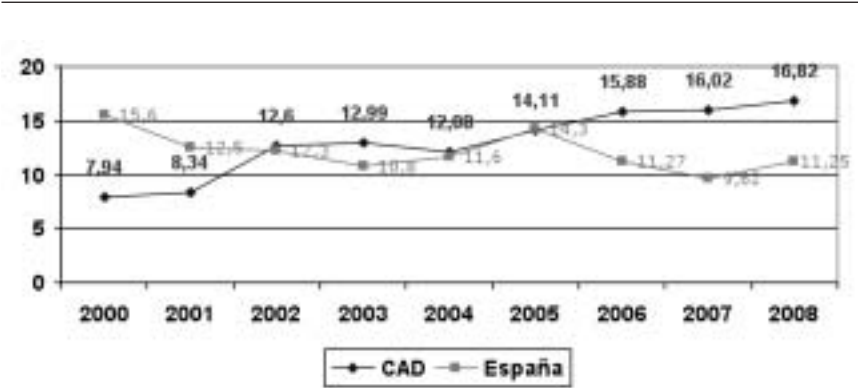
GRÁFICA 2.7. EVOLUCIÓN DE LA AYUDA EN SALUD RESPECTO A LA AOD BILATERAL DISTRIBUIBLE DEL CAD 2000 - 2008 (MILLONES DÓLARES)



Fuente: Elaboración propia a partir de datos OCDE

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

GRAFICO 2.8. EVOLUCIÓN AOD BILATERAL BRUTA EN SALUD SOBRE AOD DISTRIBUIBLE. CAD - ESPAÑA 2000 -2008

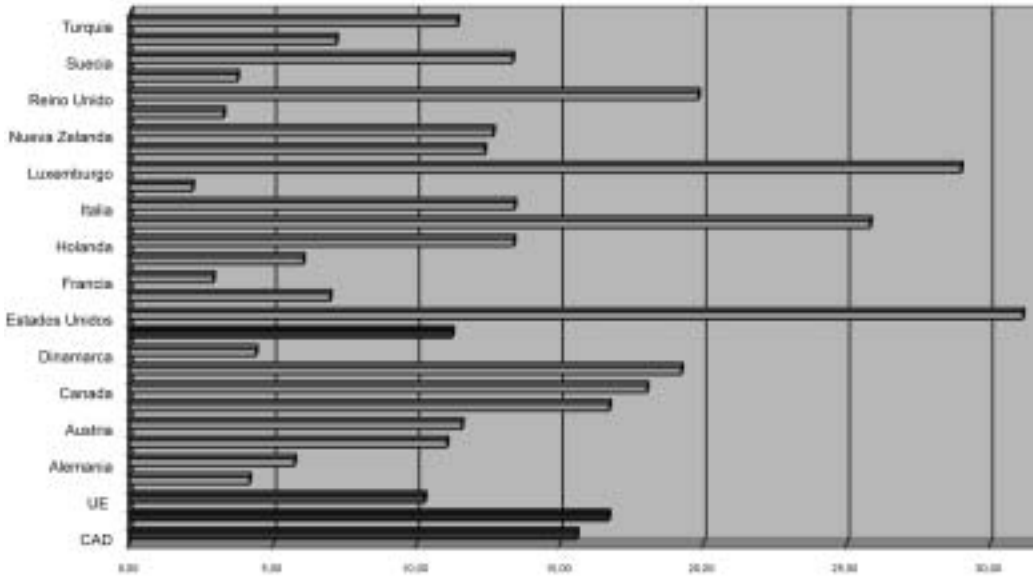


Fuente: Elaboración propia a partir de datos OCDE

En el *gráfico 2.9* se observa que la posición de España dentro del conjunto de donantes, en cuanto al porcentaje de su AOD en salud en 2008, está con un 11,25% un punto por encima de la UE, pero lejos de los porcentajes en salud del CAD (16,8%). Estas diferencias entre la UE y el CAD son explicados en gran parte por el fuerte compromiso de Estados Unidos con la cooperación sanitaria, con más de un 30% de su AOD distribuíble destinada a este sector. Es cierto que aunque el porcentaje de 2008 aumenta considerablemente con respecto a 2007 (ese año se destinó a AOD en salud el 9,6% del total de AOD dis-

tribuible), aún es pronto para decir que existe una tendencia a aumentar el compromiso de la cooperación española con la salud en los próximos años, ya que estos porcentajes entran dentro de los intervalos en los que se ha movido la cooperación española desde el año 2000. Es más, España en 2008 ocupa el lugar 15 de 25 en los países del CAD en cuanto a porcentaje de su AOD destinado a la salud, muy cerca del puesto que ocuparía si el análisis lo realizáramos para el conjunto del periodo 2000-2008. Entre los países con una mayor tradición de cooperación, solamente Francia y Japón destinan un menor porcentaje a salud. Este puesto dentro del conjunto de donantes nos parece claramente mejorable, y no concuerda con el papel que debe jugar la cooperación española en el panorama internacional de la salud, ni tampoco con la importancia que la cooperación española le dedica a este sector en su planificación estratégica.

GRÁFICO 2.9. PORCENTAJE DE AOD EN SALUD SOBRE EL TOTAL AOD BILATERAL DISTRIBUIBLE. TODOS LOS MIEMBROS DEL CAD 2008.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos OCDE

Si analizamos la evolución desde 1998 hasta 2007, el volumen de AOD bilateral en salud (englobando salud y población), concluimos que es muy heterogénea entre los países que integran el CAD, observándose grandes diferencias entre ellos.

En la siguiente tabla, podemos observar la evolución de la ayuda en salud y población de algunos países del CAD, en relación a su volumen total de AOD.

TABLA 2.10. EVOLUCIÓN DE LA AYUDA EN SALUD Y POBLACIÓN, DE ALGUNOS PAÍSES DEL CAD, EN RELACIÓN A SU VOLUMEN TOTAL DE AOD.

País		1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Bélgica	AOD en Salud y Población	60,8	63,3	66,3	66,4	125	77,3	102,8	121,9	129,3	185,4
	AOD Total Neta	536,6	436,7	476,9	502,5	711,5	1467,9	902,5	1308,2	1357,3	1239,7
Dinamarca	AOD en Salud y Población	6,1	82	26,6	33,1	65,6	81,5	144,8	105,9	134,7	139,4
	AOD Total Neta	1014,4	1025,7	1023,5	1034,6	1038,3	1031,6	1202,1	1357,5	1463,9	1650,5
Francia	AOD en Salud y Población	102,7	56,3	67,9	65,2	53,9	45,9	299,1	251,6	87,3	150,9
	AOD Total Neta	4184,5	4127,5	2828,8	2595,8	3615	5213,4	5566,8	7239,2	7919,4	6258,4
Alemania	AOD en Salud y Población	156,2	128,2	102,5	105	213,4	214,3	231,1	200,1	474,1	380,1
	AOD Total Neta	3490,5	3277,6	2686,7	2853,4	3327,8	4059,9	3822,6	7446,8	7034	7949,8
Grecia	AOD en Salud y Población	2	0,8	3,4	2,6	3,6	11,9	22,3	28	31,8	34
	AOD Total Neta	63,3	79	98,9	82,5	107	228,3	160,7	206,5	189,3	249,2
Italia	AOD en Salud y Población	13,4	38	52	24	73,8	97,1	62,6	83,9	98,4	115,6
	AOD Total Neta	697,4	450,6	376,8	442,2	1006,6	1061,3	704,2	2269,5	2000,9	1270,3
España	AOD en Salud y Población	99,6	131,2	76,2	72,8	84,5	85,8	123,7	122	160,4	263,2
	AOD Total Neta	838,1	829,2	720,2	1149,5	998,5	1151,3	1400,2	1863	2092	3338,9
Suecia	AOD en Salud y Población	101,6	91,8	84,1	44,3	113,4	120	138,6	299,8	315,7	156,8
	AOD Total Neta	1040,5	1146,3	1241,6	1204,8	1270,6	1779,4	2075,8	2255,9	2851,9	2932,2
R. Unido	AOD en Salud y Población	351,7	462,9	677,4	122,8	854,5	317,3	567,5	1156,7	1624,4	4532,9
	AOD Total Neta	2131,8	2248,6	2709,6	2608,9	3510,4	3841	5360,8	8168,5	8717,6	5601,5

Fuente: Elaboración propia a partir de datos OCDE

Los valores relativos vienen nuevamente a evidenciar que los países que más financiación destinan a cooperación para el desarrollo no tienen el mismo interés por la salud. Así, Alemania, Francia y Reino Unido no son los que porcentualmente destinan más fondos a salud. Bélgica y Grecia son, de los países que hemos seleccionado, los que se sitúan más cerca del 15% del total de su AOD neta destinada a salud. España se mantiene en un término medio con un 7'9%

Por qué debemos destinar al menos el 15% del total de la AOD al sector salud

Es difícil llegar a un acuerdo en el reparto sectorial de la ayuda al desarrollo para poder precisar qué tanto por ciento sería necesario destinar a salud, educación, etc. Por un lado, parece que tanto los organismos internacionales como las organizaciones no gubernamentales estemos compitiendo por recursos, como si un sector fuera más importante que otro. Por otro, es difícil establecer unos parámetros sectoriales universales que permitan fijar y condicionar los ejes principales de la cooperación internacional. Sin duda el debate se produce por el conocimiento real que tenemos de que la AOD es a todas luces insuficiente para paliar todas las necesidades que existen, y que es solamente una herramienta que debe ayudar a permitir a los países y pueblos receptores a decidir su futuro.

Cuando hablamos de desarrollo, es necesario reconocer la dificultad de otorgar mayor importancia a unos recursos frente a otros, ya que todos contribuyen de una u otra manera a materializar derechos humanos para intentar lograr que las poblaciones más desfavorecidas disfruten de una vida digna. Además, es necesario reconocer que las situaciones son diversas, complejas y cambiantes y que es necesario adaptar la ayuda a las necesidades reales.

Sin embargo, la Comunidad Internacional sí ha logrado consensuar objetivos para luchar contra la pobreza, como son los Objetivos del Milenio, y para cumplirlos debemos tener claro cómo planificar, orientar y estructurar la ayuda. Con el objetivo de poder situar a los gobiernos y donantes, se han llevado a cabo estimaciones por parte de expertos y organismos internacionales en las que sustentamos las demandas y recomendaciones que realizamos las ONGD, incluidas las organizaciones que firmamos este informe.

Las estimaciones que presentamos se fundamentan en el coste de las necesidades sanitarias por persona establecido por la Comisión de Macroeconomía y Salud de la OMS y en el coste de la reducción de la pobreza por el Banco Mundial, realizados en 2001. Se estableció entonces una proyección hasta el 2015 de la ayuda necesaria para llegar a esos objetivos de salud: el cálculo arrojaba una cifra que iba de los 27.000 millones \$ a 38.000 mil millones \$, lo que suponía solicitar que más del 20% de la AOD se destinase a salud. Estos cálculos contaban, de una forma optimista, con que el compromiso por parte de los países donantes de destinar el 0,7% de la RNB a ayuda al desarrollo se estuviera ya produciendo. Pasado ya el Ecuador de los Objetivos del Milenio, es necesario preguntarse por la vigencia de esta demanda, actualizar y ajustar esta estimación tanto a la necesidad de los países receptores de la ayuda como a la realidad de los donantes.

El cumplimiento de los Objetivos del Milenio (ODM) en 2015 está en entredicho. Informes recientes sobre los resultados esperados en cuanto a la erradicación de la pobreza señalan que no se están cumpliendo. La debilidad estructural de los sistemas de salud, unida a la falta de compromiso político con el derecho a la salud por parte de los países donantes y receptores y la escasa participación de la sociedad civil hacen que los ODM relacionados con salud sean los menos adelantados. Son necesarios compromisos políticos firmes y éstos pasan por garantizar en el tiempo más financiación y gestionarla con mayor eficacia.

La Agenda de Acción de la UE para acelerar el progreso hacia los ODM, adoptada por el Consejo de la Unión Europea en junio de 2008, reconoce la existencia para 2010 de un déficit global de financiación en el sector de la salud estimado en 13.400 millones de euros. Esta cifra está basada en los cálculos de la Comisión de Macroeconomía de la OMS y actualizada a raíz de la Ronda de Doha sobre financiación de la ayuda; supone el presupuesto mínimo para alcanzar los ODM relacionados con salud. Específicamente la UE estima que su contribución debería estar en 8.000 millones € de financiación adicional cada año para contribuir a alcanzar los objetivos relativos a salud.

Con motivo de la Presidencia española de la Unión Europea de 2010, más de 450 organizaciones de salud europeas e internacionales se han unido para exigir un compromiso más firme con los ODM de salud en el que esté garantizada la financiación necesaria para fortalecer la atención primaria y realizar contribuciones adicionales para reducir el déficit en salud a través de, como mínimo, la asignación a este sector del 0,1% de la RNB de los países donantes.

Dado que el compromiso del 0,7% de la RNB de los países del CAD no se está cumpliendo, es necesario, además de seguir defendiendo esta consigna, establecer la recomendación de lo que cada estado debería destinar a salud, a día de hoy, para poder contribuir al cumplimiento de los objetivos del milenio en salud.

Del mismo modo, los países socios deben también mantener y actualizar sus esfuerzos financieros sobre sus presupuestos en salud. En 2006 tuvo lugar la Cumbre de la Unión Africana de seguimiento del cumplimiento de los compromisos de Abuja (2001), en donde los países de la Unión Africana renovaron su compromiso de llevar a cabo las medidas necesarias para garantizar que los recursos necesarios para salud estén disponibles y que se utilizan de manera eficiente y efectiva. Además, los Estados africanos se comprometieron a establecer el objetivo de destinar, al menos, el 15% de su presupuesto anual a la mejora del sector salud. Tomando como referencia, de nuevo, el informe sobre Macroeconomía y Salud, en éste se afirma que, en el caso de los países socios *“deberían empezar a planificar una vía para el acceso de toda la población a los servicios de salud esenciales, basada en los datos epidemiológicos y las prioridades de salud de los pobres. También deberían esforzarse por aumentar el gasto presupuestario en salud en un 1% del PNB para el año 2007, y en un 2% para 2015, así como en utilizar los recursos con más eficiencia.”*

Las ONG de salud consideramos imprescindible la contribución y el esfuerzo de los países socios de aumentar el porcentaje que destinan a salud en sus presupuestos generales, lo que supone en muchos casos invertir las situaciones actuales. Y a pesar de no existir un compromiso similar en otras regiones, consideramos que, salvando las diferencias entre Estados, el 15% destinado a salud es un compromiso válido para todos los Estados.

Con los datos disponibles, podemos concluir que, si el conjunto de los países del CAD alcanzan el objetivo de destinar el 0,7 % de su PIB a AOD, sería suficiente con destinar un 15 % del monto total de AOD al sector salud para alcanzar los niveles de financiación recomendados por la Comisión de Macroeconomía y Salud de cara a alcanzar los objetivos de salud recogidos en los ODM.

Sin embargo, puesto que no estamos ni a mitad de camino de alcanzar el 0,7%, para poder financiar adecuadamente los objetivos de salud sería necesario un porcentaje mucho más alto –prácticamente el doble– de la actual AOD. Esto probablemente colisionaría con las necesidades de financiación del resto de sectores, algunos de los cuales (educación, agua, saneamiento, etc.) son tan básicos e importantes como la salud para el desarrollo de los pueblos y países que reciben esta ayuda.

Por ello, las ONGD que elaboramos este informe mantenemos, como recomendación y demanda básica de mínimos, que se destine al menos el 15 % del total de la AOD al sector salud. Esto actualmente representaría para el conjunto de países del CAD y España incrementar su AOD para salud en un 50 %, y para la UE supondría duplicar los actuales niveles de ayuda en salud.

Este escenario recomendable de financiación del sector salud debe conjugarse con un escenario general de crecimiento de la AOD hacia el compromiso del 0,7 % del PIB. En el momento en que la comunidad de donantes alcance este compromiso de financiación para el desarrollo, el 15 % de AOD destinada a salud (que equivale a la reclamación hecha para algunas plataformas de ONGD de destinar el 0,1% de la RNB a salud) supondrá una financiación suficiente según las previsiones de la Comisión de Macroeconomía y Salud, que junto al esfuerzo de los países receptores, servirá para eliminar la inequidad existente ante los problemas más relevantes de salud del mundo.

Si tomamos como referencia los datos de 2008, datos que se recogen en este informe, vemos que:

- El conjunto de los países del CAD ha destinado el 10,67 % del total de la AOD a salud, lo que equivaldría al 0,03% de la RNB del conjunto de países del CAD
- La UE (todos los países miembro y la Comisión Europea) ha destinado aproximadamente el 7% de su AOD a salud
- España ha destinado el 10,4 % del total de su AOD

Estos datos nos muestran lo alejada que aún está la cooperación internacional para financiar adecuadamente la salud. Pero debemos recordar que sólo aportar dinero no es suficiente, se debe gastar adecuadamente, y centrarse prioritariamente en Atención Primaria de Salud y en el refuerzo de los sistemas locales de salud. Es necesario que se dé un fuerte impulso a la cooperación sanitaria para cubrir eficazmente las necesidades de salud de la población mundial.

5. COMPOSICIÓN SECTORIAL DE LA AYUDA EN SALUD

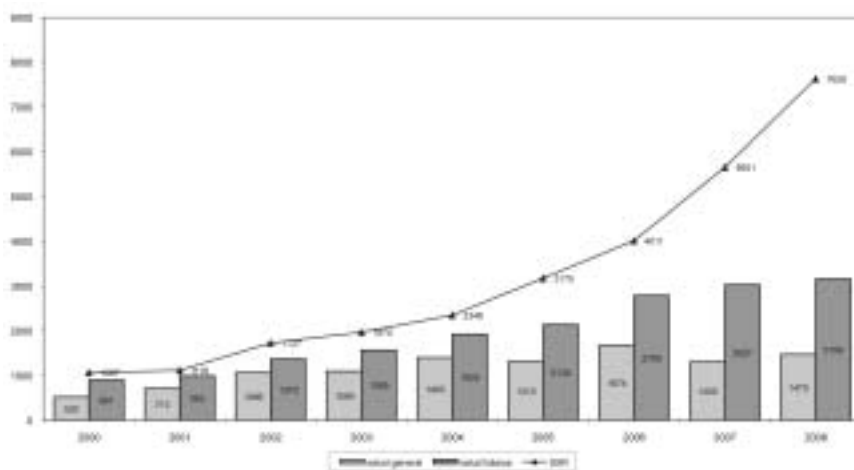
Para realizar el análisis más en profundidad de cómo se distribuye la AOD en salud, mantenemos, como en anteriores informes, la clasificación de los 3 subsectores que propone el CAD para este sector: salud general, salud básica y salud reproductiva. Hay otros sectores intrínsecamente ligados a la salud, como agua y saneamiento, pero no tenemos los datos precisos para poder desagregar los componentes más relacionados con el sector de la salud, por lo que no los analizaremos en este apartado.

Como podemos apreciar en el *gráfico 2.10*, en el periodo comprendido entre el año 2000 y el 2008 ha habido un incremento significativo en todos los subsectores, pero no con la misma intensidad. Mientras que en ese periodo de 9 años la salud general ha multiplicado por un poco menos de 3 su AOD, la salud básica lo ha hecho por 3'5, y la salud reproductiva lo ha hecho por más de 7.

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

Este supuesto interés en la salud reproductiva está condicionado por la inclusión en este subsector de la lucha contra el sida, una de las prioridades máximas de la cooperación en salud de la comunidad internacional de los últimos años y a los que dedica grandes esfuerzos económicos, lo que distorsiona en gran medida estos resultados. De hecho, si la comunidad internacional dedicara realmente estos esfuerzos al resto de subsectores de salud reproductiva como son la atención al embarazo y parto o la planificación familiar, en pocos años se podría revertir la injusta situación de acceso a servicios de salud que sufren muchas mujeres y que son causa de una gran parte de la mortalidad materna mundial.

GRÁFICA 2.10. EVOLUCIÓN DE LA AOD BILATERAL BRUTA DESTINADA A LOS SECTORES DE SALUD TODOS LOS PAÍSES DEL CAD 2000-2008 (MILLONES DE DÓLARES)



Fuente: Elaboración propia a partir de datos OCDE

Si comparamos porcentualmente esta distribución subsectorial entre España, el CAD y otros donantes (TABLA 2.11), en el periodo que comprende los años 2000 y 2008, podemos observar también esta tendencia hacia el incremento en los últimos años en el sector de la salud reproductiva en el conjunto del CAD, Reino Unido y España. Pero este incremento no es tan relevante en el conjunto de la UE ni en países como Suecia o Francia, éste último un país donde su prioridad ha sido tradicionalmente la salud general, y la salud reproductiva ha sido un componente marginal de su cooperación sanitaria.

Analizando los cambios en la distribución subsectorial de todos estos donantes en el periodo 2000-2008, podemos observar que mientras la UE ha mantenido un comportamiento bastante uniforme en su distribución y mantiene un equilibrio entre los tres subsectores, el resto de donantes tienen un comportamiento más variable. El CAD por ejemplo, ha disminuido su porcentaje destinado a la salud general y a la salud básica de forma considerable. España mantiene su apuesta por el sector de salud básica (más del 50% de su AOD sanitaria desde el 2000), al igual que Suecia. Francia ha variado su tradicional apoyo al sector de la salud en los años 2006 y 2008, y junto con Suecia, son los únicos que han disminuido su apoyo a la salud reproductiva. El Reino Unido ha disminuido a casi la mitad el porcentaje destinado a salud básica entre los años 2000 y 2008.

Como estamos hablando de porcentajes podemos inferir que no es que los donantes abandonen antiguos compromisos con los subsectores que tradicionalmente apoyan, sino que los incrementos en la AOD sanitaria que se están produciendo en los últimos años se destinan a nuevas prioridades, sobre todo en la lucha contra el sida. Por otra parte, es necesario que los donantes tenga unas previsiones presupuestarias a largo plazo en la cooperación sanitaria para mejorar la previsibilidad de la ayuda, y las grandes variaciones que ocurren en cortos intervalos de tiempo no parecen que sean debidos a una planificación ordenada de la ayuda.

Si analizamos en la *tabla 2.11* las tendencias entre 2005 y 2008 por sectores de salud de algunos de los principales países del CAD, observamos que no tienen un comportamiento uniforme a lo largo del tiempo, con incrementos y disminuciones, lo que indica que varían sus prioridades y dificultan la previsibilidad de la ayuda. La Comisión Europea (CE), apostaba en 2005 principalmente por la salud básica, ya que el 80% de su ayuda iba para ese sector. En 2008 se equilibran más las cifras y la salud básica supone escasamente el 40%, mientras que se duplican las cifras de 2005 en salud general y se triplican las de salud reproductiva.

TABLA 2.11. DISTRIBUCIÓN AOD BILATERAL BRUTA EN SALUD POR COMPONENTES. 2000 - 2008 (%)

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

Fuente: Elaboración propia a partir de datos OCDE

TABLA 2.12. DESEMBOLSOS EN SECTORES DE AOD SALUD CAD 2005-2008

		2005	2006	2007	2008
SALUD GENERAL	Bélgica	36,1	35,56	40,37	104,59
	Canadá	32,83	48,48	114,57	70,58
	Dinamarca	74,31	63,28	71,04	11,36
	Finlandia	17,91	35,06	1,7	27,51
	Francia	245,12	91,33	137,64	64,12
	Alemania	54,94	98,4	96,5	163,67
	Holanda	48,67	315,39	55,63	43,69
	Portugal	8,81	8,29	9,2	6,36
	España	22,16	31,92	31,04	72,72
	Suecia	64,74	63,09	68,61	59,19
	Reino Unido	149,5	252,83	281,55	321,17
	Estados Unidos	135,26	163,94	34,46	80,31
	CE	78,98	130,49	112,83	155,98
SALUD BÁSICA	Bélgica	48,48	58,13	59,24	97,63
	Canadá	258,58	153,44	418,62	293,61
	Dinamarca	22,68	41,91	6,49	7,55
	Finlandia	9,9	13,26	18,84	7,35
	Francia	33,76	178,93	36,22	115,1
	Alemania	68,57	149	154,08	134,38
	Holanda	71,5	252,68	64,91	292,38
	Portugal	1,15	2,09	1,57	1,48
	España	94,48	73,26	161,99	209,3
	Suecia	44,47	90,58	111,6	92,65
	Reino Unido	133,58	141,59	313,73	226,2
	Estados Unidos	979	1185,31	1100,57	1160,29
	CE	535	339,05	352,15	243,55
POBLACION Y SALUD REPRODUCTIVA	Belgica	19,5	24,13	24,56	11,31
	Canada	43,41	48,26	93,15	65,05
	Dinamarca	15,83	29,5	61,9	25,95
	Finlandia	6,75	7,88	12,17	12,66
	Francia	7,54	2,39	2,24	4,97
	Alemania	74,58	226,75	129,49	181,8
	Holanda	117,86	188,64	47,62	320,73
	Portugal	0,11	0,01	0,38	0,38
	España	28,94	40,9	57,53	113,67
	Suecia	92,5	94,05	95,2	63,75
	Reino Unido	304,76	283,66	419,43	428,87
	Estados Unidos	2334,04	2840,34	4477,92	6151,08
	CE	55,44	110,63	89,56	146,97

Por lo tanto, podemos observar como tanto la UE como el CAD deben mejorar de forma evidente su planificación en salud. Existe demasiada heterogeneidad entre los donantes que no se explica por motivos de desarrollo o de salud. La orientación geográfica y subsectorial de la salud deben priorizar los problemas de salud global y las zonas más empobrecidas, focalizando el interés, tal y como aparece en los ODM, en la lucha contra la pobreza y el desarrollo humano,

por encima de otros intereses. La cooperación sanitaria no debe ser solamente la suma de los intereses particulares de los Estados, sino que deben tener siempre presente que los problemas globales de salud se deben hacer frente de una forma conjunta.

También es importante revisar el papel de las iniciativas multilaterales en la cooperación sanitaria, tanto en su efectividad como en su impacto y sostenibilidad. En este sentido, la cooperación española puede impulsar en Europa y en el conjunto de donantes un proceso de reflexión sobre la importancia de que se incluya en la coherencia de políticas al sector salud –incluyendo acceso a medicamentos–, y de promover un porcentaje común superior al 15% para paliar los problemas de salud mundial. También debería impulsar una línea de base sobre cómo trabajar en salud. En este sentido el fortalecimiento de los sistemas públicos y locales de salud, la apuesta por la APS y el concebir la salud como un bien global y como un derecho humano, son elementos que ayudarían a dar una mayor coherencia, impacto y sostenibilidad a la cooperación sanitaria internacional.

6. DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA DE LA AYUDA EN SALUD

El análisis de la distribución geográfica de la ayuda lo realizaremos comparando lo realizado por España, el CAD y la UE a partir de la evolución de su ayuda sanitaria durante los últimos años en 3 niveles. En primer lugar, abordaremos la asignación de la ayuda según el nivel de renta de los países; en segundo lugar, examinaremos la distribución por continentes y regiones, para finalizar con el análisis de los principales países receptores de ayuda. El periodo elegido para analizar es el comprendido entre los años 2002-2008.

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

La estrecha relación existente entre pobreza y salud obliga a centrar la cooperación internacional en salud en los Países Menos Adelantados (PMA) y los de Renta Baja (PRB).

Tanto el conjunto de países donantes como España están dirigiendo, durante el periodo analizado gran parte de su ayuda hacia los PMA (Tabla 2.13), alrededor del 30% de su AOD sanitaria, pero no ha sido una tendencia de crecimiento constante, sino que hay pequeñas oscilaciones dependiendo de los años. Por ejemplo, tanto la UE como España están en 2008 alrededor de 5 puntos por debajo del máximo que destinaron a estos países en el periodo de tiempo analizado. En cuanto a los países de Renta Baja, observamos que las tendencias de crecimiento para el CAD y la UE son muy similares, un 2% entre 2002 y 2008, pero su interés es mucho menor: alrededor de un 14%. Por su parte, España mantiene un interés muy bajo en este tipo de países, y a pesar de que hubo una tendencia a incrementar su ayuda sanitaria a los PRB, en 2008 apenas alcanza un 4'8%, 6 puntos menos que en 2004, que es cuando mayores cifras alcanzó. Para el conjunto de los PMA y PRB, la UE y el CAD superan en su conjunto en 2008 el 46% y el 44% respectivamente, mientras que España se queda en un 33%,

claramente alejado de las cifras del conjunto de donantes y que expresa un menor compromiso de la cooperación española con este tipo de países, sobre todo con los de renta baja, y por lo tanto, una peor orientación geográfica de su ayuda por nivel de renta.

España sí que ha variado considerablemente su tendencia a apoyar países de renta media baja (PRMB), porque a pesar de destinar más de un 27% de su ayuda a estos países, se observa una disminución progresiva de casi 20 puntos entre 2002 y 2008. El apoyo a estos países sigue diferenciando a nuestro país del resto de donantes, ya que aún se mantiene 7 puntos por encima de las cifras de la UE y casi dobla las del CAD. Con respecto a los países de renta media alta (PRMA) España también iba disminuyendo progresivamente su interés, acercándose a las cifras del conjunto de donantes (entre 3 y 7%), pero en 2007 y 2008 volvió a incrementar su ayuda, superando este último año el 10%, de modo que duplica la que destina la UE y se sitúa a más de 3 puntos del CAD. Por lo tanto, si analizamos el conjunto de los países de renta media, podemos comprobar como España se distancia de forma considerable a lo que la UE o el CAD destinan a estos países, un 38% frente al 25% y 22%, respectivamente. Estas cifras se explican por el tradicional apoyo que España da a los países de América Latina, hecho singular que nos diferencia de muchos otros donantes.

No obstante, estas cifras pueden variar de forma considerable si consideramos el apreciable porcentaje que se destina a “sin asignar por ingreso”. España ha incrementado en estos años su porcentaje destinado a este apartado de un 10% a un 28%, superando las cifras del conjunto de la UE, y acercándose a las del CAD, un 33'82%. Este dinero se suele destinar a programas regionales, lo que consideramos muy positivo, pero como otros años pensamos que debe mejorar el sistema de información para poder conocer en detalle hacia qué tipos de países se destina la ayuda sanitaria, evitando la aparición de posibles sesgos en los análisis de distribución geográfica.

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

En cuanto a la distribución geográfica regional realizada entre 2002 y 2008, en la *Tabla 2.14* observamos que, en general, existe una adecuada orientación regional, ya que los donantes centran desde hace años sus prioridades en el continente africano, que es el que sufre los mayores problemas de salud, y allí se ha destinado en 2008 más del 43% de su AOD sanitaria. Sin embargo, tanto España como el CAD incrementan su ayuda de forma creciente hasta 2004, y a partir de ese año los porcentajes destinados a esta región son más variables, incrementándose unos años y disminuyendo otros. En los últimos años la cooperación española ha disminuido considerablemente su ayuda hacia el norte de África, que era un hecho diferenciador con el conjunto de donantes. En 2008 es escasamente un 5'6% de la ayuda total destinada a África, un porcentaje 4 veces menor que en 2002, lo que le acerca a las cifras del CAD y de la UE.

TABLA 2.13. DISTRIBUCIÓN POR NIVEL DE INGRESO DE AOD BILATERAL BRUTA EN SALUD (EXPRESADO EN %)								
		2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Países menos desarrollados	CAD	24,95	28,33	31,58	27,91	28,84	28,87	29,61
	UE	34,44	36,81	34,50	33,78	34,00	31,63	32,20
	España	26,94	33,00	31,49	30,25	33,65	25,30	28,50
Otros países Renta Baja	CAD	12,07	10,76	12,89	11,12	13,23	13,80	14,33
	UE	12,34	11,56	13,66	14,04	15,67	13,88	14,44
	España	3,84	6,08	10,47	9,29	4,57	8,13	4,80
Total Países de Renta Media Baja	CAD	19,98	20,95	21,86	23,77	20,62	19,58	14,63
	UE	22,39	20,45	19,37	23,04	18,75	23,57	20,32
	España	46,80	44,74	47,00	43,33	39,27	30,66	27,42
Total Países de Renta Media Alta	CAD	4,36	5,03	5,17	3,89	4,25	4,86	7,61
	UE	5,91	6,11	5,58	4,05	3,80	3,50	4,88
	España	12,35	11,83	5,19	4,27	3,92	6,42	10,57
Sin asignar por ingreso	CAD	38,64	34,92	28,50	33,30	33,06	32,88	33,82
	UE	24,90	25,07	26,89	25,09	27,78	27,41	28,17
	España	10,07	4,36	5,85	12,87	18,60	29,50	28,71
Ex países en desarrollo	CAD	0,01	0,01	0,01	0,01	0,00	0,00	0,00
	UE	0,01	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	España	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
TOTAL	CAD	100	100	100	100	100	100	100
	UE	100	100	100	100	100	100	100
	España	100	100	100	100	100	100	100

Fuente: Elaboración propia a partir de datos OCDE

La UE y el CAD prácticamente no han modificado sus orientaciones en la ayuda regional, pero no así España, que, por ejemplo, va abandonando progresivamente el continente asiático como destino de su AOD sanitaria, de manera que en 2008 el porcentaje destinado a esa región ha sido de un 8'5%, cifra bastante alejada del 18% del CAD o del 26% de la UE. Tanto el CAD como la UE centran sus prioridades en la subregión de Asia del sur y central, mientras que España las centra en el Lejano Oriente.

En contraposición, y como ya comentamos en el análisis por nivel de renta, la apuesta de España por América Latina le diferencia claramente del conjunto de donantes. A pesar de que ha disminuido 6 puntos desde 2002 lo que la cooperación española destina a esta región, España ha destinado en 2008 un 38% de su ayuda a América, mientras que el conjunto de la UE solamente alcanza un 7'4% y el CAD un 5'89%. El CAD prioriza la subregión de América Central y Norteamérica, la cooperación española la subregión de América del Sur, mientras que la UE mantiene un equilibrio entre ambas subregiones.

Como en el anterior análisis, un hecho muy destacable y que puede hacer variar el análisis, es el gran porcentaje de AOD sin especificar que a nivel regional mantienen tanto el CAD como la UE, alcanzando en 2008 un 28% y un 20% respectivamente. Sin embargo España, que en 2007 llegó a alcanzar cifras similares al conjunto de donantes, ha realizado en 2008

TABLA 2.14. DISTRIBUCIÓN REGIONAL DE AOD BILATERAL BRUTA EN SALUD (EXPRESADO EN %)								
Regiones	Donantes	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
AFRICA	CAD	34,01	37,19	42,84	35,14	39,44	40,18	45,40
	UE	41,43	46,58	48,53	46,35	49,39	43,17	43,88
	España	35,13	42,57	45,60	45,14	49,00	44,89	43,18
SUR SAHARA	CAD	91,44	91,99	90,77	94,75	95,86	94,67	94,01
	UE	94,13	92,97	92,68	93,84	94,99	93,69	92,30
	España	72,67	84,22	90,12	83,36	80,37	78,89	82,70
NORTE SAHARA	CAD	5,93	4,16	3,45	3,21	2,34	2,35	2,41
	UE	3,08	2,51	2,00	2,64	2,14	2,57	3,33
	España	27,18	12,03	9,88	13,57	18,15	13,98	5,65
ÁFRICA REGIONAL	CAD	2,63	3,84	5,78	2,04	1,80	2,98	3,58
	UE	2,79	4,52	5,32	3,52	2,87	3,74	4,37
	España	0,15	3,75	0,00	3,07	1,48	7,13	11,65
ASIA	CAD	21,44	22,24	23,94	26,98	23,99	23,84	18,26
	UE	26,67	24,02	22,30	26,15	22,17	28,44	26,23
	España	17,10	18,76	20,23	16,76	9,07	5,64	8,48
ASIA SUR CENTRAL	CAD	59,21	52,52	47,75	43,37	41,59	51,87	57,21
	UE	69,62	63,82	45,40	60,35	53,01	62,10	67,01
	España	40,28	5,52	9,78	22,09	8,04	13,38	20,43
LEJANO ORIENTE	CAD	29,38	35,39	36,50	26,11	33,11	31,81	30,00
	UE	21,76	27,31	45,19	31,25	39,51	32,45	24,84
	España	38,17	76,24	75,79	69,47	40,10	53,22	47,76
ORIENTE MEDIO	CAD	9,14	11,04	14,81	29,30	24,41	15,48	9,62
	UE	6,76	6,57	7,09	5,34	5,28	4,26	5,94
	España	21,55	18,23	14,43	7,27	51,86	33,40	18,48
ASIA REGIONAL	CAD	2,26	1,06	0,94	1,21	0,88	0,84	3,17
	UE	1,86	2,30	2,32	3,05	2,20	1,19	2,21
	España	0,00	0,00	0,00	1,17	0,00	0,00	13,33
AMERICA	CAD	7,51	8,31	8,17	6,02	6,25	5,96	5,89
	UE	8,04	7,77	7,40	7,10	6,50	5,22	7,40
	España	44,17	36,03	32,74	30,66	29,84	28,51	38,66
AMERICA SUR	CAD	37,08	40,78	43,32	40,88	37,36	31,44	32,11
	UE	50,11	50,59	47,46	47,36	48,76	44,29	40,76
	España	41,70	47,11	51,28	35,30	43,72	53,61	42,03
NORTE Y CENTROAMERICA	CAD	56,15	56,18	52,34	52,95	59,17	62,60	57,59
	UE	42,79	45,18	44,73	44,72	47,06	47,12	41,95
	España	51,35	50,68	43,88	56,53	56,28	37,33	36,93
AMÉRICA REGIONAL	CAD	6,76	3,05	4,34	6,17	3,47	5,96	10,30
	UE	7,11	4,23	7,81	7,92	4,19	8,59	17,30
	España	6,94	2,21	4,83	8,16	0,00	9,06	21,04
EUROPA	CAD	1,10	1,22	1,01	3,96	1,27	0,84	0,93
	UE	1,18	1,21	1,34	1,57	1,80	0,89	1,68
	España	2,04	1,64	0,76	1,10	0,27	0,38	0,51
OCEANIA	CAD	2,59	2,20	2,50	2,11	1,75	1,33	1,32
	UE	1,29	0,46	0,87	0,62	0,07	0,16	0,10
	España	0,00	0,00	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00
SIN ESPECIFICAR	CAD	33,35	28,84	21,55	25,78	27,31	27,85	28,20
	UE	21,38	19,96	19,55	18,21	20,07	22,13	20,72
	España	1,56	1,00	0,65	6,34	11,81	20,58	9,17
TOTAL	CAD	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
	UE	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
	España	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Fuente: Elaboración propia a partir de datos OCDE.

un ejercicio más intenso de análisis de su cooperación y solamente ubica un 9% a este apartado.

La tendencia del conjunto de los Países CAD es ascendente para el continente africano desde 2002, similar a lo que ocurre con el continente asiático, aunque en 2007 desciende con respecto a 2006. América, Europa y Oceanía se mantienen en niveles similares en la serie temporal. Es importante resaltar la importancia cada vez mayor que los programas regionales están teniendo en la cooperación internacional, sobre todo en el continente americano, donde el CAD destina más del 10% de su ayuda a programas regionales y la UE el 17%. España está por encima de la media en cuanto a porcentaje destinado a programas regionales no sólo en América con un 21%, sino también en Asia y en África,

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

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

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

Fuente: Elaboración propia a partir de datos OCDE

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

TABLA 2.16. PRINCIPALES PAÍSES RECEPTORES AOD BILATERAL BRUTA DE CONJUNTO DE PAÍSES DEL CAD EN SALUD (MILLONES DE DÓLARES CORRIENTES)

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

Fuente: Elaboración propia a partir de datos OCDE

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

7. LA AYUDA REEMBOLSABLE

En cuanto a la inclusión de la AOD reembolsable como instrumento de cooperación sanitaria, ya venimos denunciando desde los primeros informes la inadecuada inclusión de esta herramienta en el sector de la salud, sobre todo por parte de la cooperación española, y solicitamos su completa eliminación, por ir en contra de la propia esencia de la cooperación al desarrollo.

Además, no es un elemento utilizado con tanta prevalencia en el ámbito internacional. En la siguiente tabla podemos observar como en el conjunto de donantes y en la UE los porcentajes utilizados por la AOD reembolsable son mucho menores que en el caso de España, que se mantiene en 2008 por encima del 11%, mientras que el CAD apenas llega a 1,6% y la UE al 3,4%. Debemos destacar que en 2008 ha descendido 2 puntos con respecto a 2007, pero la tendencia en los últimos años ha sido en dientes de sierra, por lo que debemos esperar en los próximos años que esta tendencia a la baja se mantenga hasta su completa eliminación en el sector. De hecho España supuso en 2008 el 25% de toda la ayuda reembolsable del CAD y el 37% de la UE, porcentajes muy superiores a los que le correspondería por el peso que tiene en la cooperación internacional, y que revela la importancia que esta herramienta tiene dentro de nuestra cooperación sanitaria.

En cuanto hacia qué tipo de países se dirige esta ayuda reembolsable según el nivel de renta, España destinaba tradicionalmente a los países más necesitados (PMA, de renta baja y de renta media baja) su AOD reembolsable. Esta tendencia fue cambiando a partir de 2005, y actualmente dirige prácticamente toda su ayuda reembolsable a los países de renta media alta y de renta baja. Pero que el 71% de la AOD que España destina en 2008 a los países de Renta Baja sea reembolsable es una mala política de cooperación sanitaria y de desarrollo, pues estos países deberán devolver esta ayuda, a pesar de ser países de economías muy frágiles. También es destacable que toda la AOD reembolsable que la UE y el CAD destinan a los países de renta media alta provenga de España, 27,9 millones de dólares.

Tanto el CAD como la UE priorizan sobre todo los países de renta media baja, lo que supone una gran diferencia con España. Sin embargo, todos los países deben hacer un esfuerzo por eliminar la ayuda reembolsable de todas las acciones de la cooperación sanitaria.

**TABLA 2.17. AYUDA REEMBOLSABLE, TOTAL Y % RESPECTO AL TOTAL DE AOD EN SALUD
SEGÚN NIVEL DE RENTA DE PAÍSES RECEPTORES 2002-2008**

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
CAD: TOTAL AOD SALUD REEMBOLSABLE millones USD corrientes							
(TODOS)	8,1	41,3	85,7	68,6	123,1	185,3	169,2
PMA	0,0	12,5	5,5	1,4	0,5	-1,0	0,0
Renta Baja (PRB)	1,2	8,0	10,0	16,3	7,9	19,7	22,2
Renta Media baja (PRMB)	5,3	19,5	65,9	41,5	96,0	152,5	119,1
Renta Media Alta (PRMA)	1,6	1,3	4,3	9,4	18,7	14,1	27,9
NO ESPECIFICADOS	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Ex países en desarrollo	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
CAD: % REEMBOLSABLE							
(TODOS)	0,3	1,0	1,9	1,1	1,7	2,2	1,6
PMA	0,0	1,1	0,4	0,1	0,0	0,0	0,0
Renta Baja (PRB)	0,3	1,8	1,7	2,4	0,8	1,7	1,5
Renta Media baja (PRMB)	0,9	2,3	6,6	2,8	6,4	9,1	7,8
Renta Media Alta (PRMA)	1,3	0,6	1,8	3,9	6,1	3,4	3,5
NO ESPECIFICADOS	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Ex países en desarrollo	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
UE: TOTAL AOD SALUD REEMBOLSABLE millones USD corrientes							
(TODOS)	7,9	40,7	85,5	64,1	56,4	123,7	117,2
PMA	0,0	12,5	5,5	1,4	0,5	-1,0	0,0
Renta Baja (PRB)	1,2	8,0	10,0	16,3	7,9	19,7	21,8
Renta Media baja (PRMB)	5,1	18,9	65,7	37,0	29,4	90,8	67,5
Renta Media Alta (PRMA)	1,6	1,3	4,3	9,4	18,7	14,1	27,9
NO ESPECIFICADOS	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Ex países en desarrollo	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
UE: % REEMBOLSABLE							
(TODOS)	0,7	2,8	4,8	3,0	2,2	4,1	3,4
PMA	0,0	2,3	0,9	0,2	0,1	-0,1	0,0
Renta Baja (PRB)	0,8	4,8	4,1	5,4	1,9	4,7	4,4
Renta Media baja (PRMB)	2,0	6,3	19,0	7,5	6,0	12,7	9,7
Renta Media Alta (PRMA)	2,5	1,5	4,3	10,9	18,9	13,3	16,7
NO ESPECIFICADOS	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Ex países en desarrollo	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
ESPAÑA: TOTAL AOD SALUD REEMBOLSABLE millones USD corrientes							
(TODOS)		21,4	27,8	30,8	6,6	31,2	43,6
PMA		12,5	5,5	1,4	0,0	0,0	0,0
Renta Baja (PRB)		3,4	9,5	10,1	2,7	16,9	13,5
Renta Media baja (PRMB)		5,5	12,8	19,4	4,0	4,4	2,2
Renta Media Alta (PRMA)		0,0	0,0	0,0	0,0	9,9	27,9
NO ESPECIFICADOS		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Ex países en desarrollo		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
ESPAÑA: % REEMBOLSABLE							
(TODOS)		23,7	24,0	21,2	4,5	13,2	11,0
PMA		41,9	15,2	3,1	0,0	0,0	0,0
Renta Baja (PRB)		62,2	78,3	74,3	40,1	88,2	71,0
Renta Media baja (PRMB)		13,6	23,6	30,8	6,9	6,1	2,0
Renta Media Alta (PRMA)		0,0	0,0	0,0	0,0	65,4	66,8
NO ESPECIFICADOS		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Ex países en desarrollo		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Fuente: Elaboración propia a partir de datos OCDE

En cuanto a la distribución sectorial de la ayuda reembolsable, podemos observar en la siguiente tabla que el conjunto de países donantes apenas la utilizan en salud sexual y reproductiva. Mientras la UE utiliza la ayuda reembolsable en salud básica, el conjunto de donantes reparte sus créditos entre la salud básica y la salud general.

TABLA 2.18. PORCENTAJE DE AYUDA REEMBOLSABLE EN POBLACI RESPECTO AL TOTAL DE AOD POR SUBSECTORES 2002-2008 ¹⁴							
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
CAD							
TOTAL AOD SSR	1197,0	1813,2	2045,9	2680,8	3413,0	4326,4	6045,2
AOD REEMBOLSABLE EN SSR	1,1	4,8	1,4	1,6	2,9	13,9	4,6
% REEMBOLSABLE SOBRE AOD SSR	0,1%	0,3%	0,1%	0,1%	0,1%	0,3%	0,1%
UE							
TOTAL AOD SSR	262,0	351,0	466,9	606,9	784,3	1059,6	1155,2
AOD REEMBOLSABLE EN SSR	1,1	4,8	1,4	1,6	2,9	13,9	4,6
% REEMBOLSABLE SOBRE AOD SSR	0,4%	1,4%	0,3%	0,3%	0,4%	1,3%	0,4%
SALUD BASICA							
CAD							
AOD SALUD BASICA	1360,3	1360,3	1426,5	2182,8	2274,2	2745,3	3042,5
AOD REEMBOLSABLE EN SALUD BASICA	5,4	19,1	14,5	15,5	10,1	61,7	101,9
% REEMBOLSABLE SOBRE AOD SALUD BASICA	0,4%	1,4%	1,0%	0,7%	0,4%	2,2%	3,3%
UE							
AOD SALUD BASICA	472,5	527,1	575,8	718,0	844,4	1037,8	1367,8
AOD REEMBOLSABLE EN SALUD BASICA	5,2	18,5	14,3	13,4	5,5	60,0	99,1
% REEMBOLSABLE SOBRE AOD SALUD BASICA	1,1%	3,5%	2,5%	1,9%	0,7%	5,8%	7,2%
SALUD GENERAL							
CAD							
AOD SALUD GENERAL	495,0	877,5	1080,0	1311,6	1543,4	1445,9	1348,2
AOD REEMBOLSABLE EN SALUD GENERAL	1,6	17,4	69,8	51,5	110,0	109,7	62,7
% REEMBOLSABLE SOBRE AOD SALUD GENERAL	0,33%	1,98%	6,46%	3,93%	7,13%	7,59%	4,65%
UE							
AOD SALUD GENERAL	380,1	580,6	744,5	817,9	970,7	944,1	
AOD REEMBOLSABLE EN SALUD GENERAL	1,6	17,4	69,8	49,1	47,9	49,8	
% REEMBOLSABLE SOBRE AOD SALUD GENERAL	0,4%	3,0%	9,4%	6,0%	4,9%	5,3%	

Fuente: Elaboración propia a partir de datos OCDE

¹⁴ Las cifras son millones de dólares corrientes

**DESCRIPCIÓN DE LOS SUBSECTORES Y COMPONENTES RELACIONADOS CON SALUD
(SEGÚN ACTUALIZACIÓN DEL CAD DE 2007)**

CAD	CRS	DENOMINACIÓN	DESCRIPCION
121		SALUD GENERAL	
	12110	Política sanitaria y gestión administrativa	Política de sanidad; ayuda para la planificación y la programación; ayuda a ministerios de sanidad; administración de la sanidad pública; fortalecimiento y asesoramiento institucional; programas cobertura y seguro médico; actividades sanidad sin especificar.
	12181	Enseñanza / Formación médicas	Enseñanza médica y formación para servicios 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 enfermedades no infecciosas, control abuso medicamentos y fármacos.
122		SALUD BÁSICA	
	12220	Atención sanitaria básica	Programas de asistencia sanitaria primaria y básica; programas 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 y equipamiento médico correspondiente; se excluyen los hospitales y clínicas especializados
	12240	Nutrición básica	Programas directos para la alimentación (alimentación materna, lactancia y alimentación de continuidad /tras destete, alimentación infantil, alimentación escolar); identificación 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 de enfermedades infecciosas, con excepción de paludismo (12262), tuberculosis (12263), HIV/SIDA y otras ITS (13040). Incluye enfermedades diarreicas, enfermedades transmitidas por un vector (agente portador, por ejemplo: oncocercosis y bilharziosis), enfermedades víricas y bacterianas, etc.
	12261	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.
	12262	Control de la malaria	Prevención y control de la malaria
	12263	Control de la tuberculosis	Vacunación, prevención y control de la tuberculosis
	12281	Formación personal sanitario	Formación de personal sanitario para asistencia sanitaria básica.
130		PROGRAMAS/POLITICAS SOBRE POBLACION Y SALUD REPRODUCTIVA	
	13010	Política sobre población y gestión administrativa	Políticas demográficas / desarrollo; trabajos de censo, registro de nacimientos y fallecimientos; datos inmigración y emigración; análisis / investigación demográfica; investigación salud reproductiva; actividades de población sin especificar.
	13020	Atención salud reproductiva	Fomento salud reproductiva; cuidados prenatales y postparto, incluyendo alumbramiento; prevención y tratamiento de la infertilidad; prevención y gestión consecuencias del aborto; actividades maternas saludables.
	13030	Planificación familiar	Servicios de planificación familiar, incluyendo orientación; actividades de información, educación y comunicación (IEC); distribución de anticonceptivos; capacitación y formación.
	13040	Lucha contra ETS, incluido el SIDA	Todas las actividades relacionadas con enfermedades de transmisión sexual y con el control del SIDA, como información, educación y comunicación; diagnóstico precoz; prevención; tratamiento; cuidados.
	13081	Formación de personal para población y salud reproductiva	Educación y formación de personal sanitario para servicios de población y salud reproductiva.

Fuente: Elaboración propia a partir de datos OCDE

ⁱ Communication on Health and poverty reduction in developing countries.

ⁱⁱ http://europa.eu/pol/health/index_es.htm

ⁱⁱⁱ Proposal for a Council Decision of 30 september 2008 on the signature and provisional application of the agreement establishing a framework for an Economic Partnership Agreement between the European Community and its Member States, on one part and the East African Community Partner States on the other part (COM (2008) 521 final.

^{iv} <http://www.acpsugar.org/Sugar%20Protocol.html>

^v INVESTING IN PEOPLE. Strategy Paper for the Thematic Programme 2007–2013

^{vi} Communication from the comisión to the council, the european parliament , the european economic and social committee and the committee of the regions. Policy coherence for development- Establishing the policy framework for a whole –of the Union approach. COMM (2009) 458 final. September 2009
Annual Report on the European Community's Development and External Assistance Policies and their Implementation in 2008. 2009.

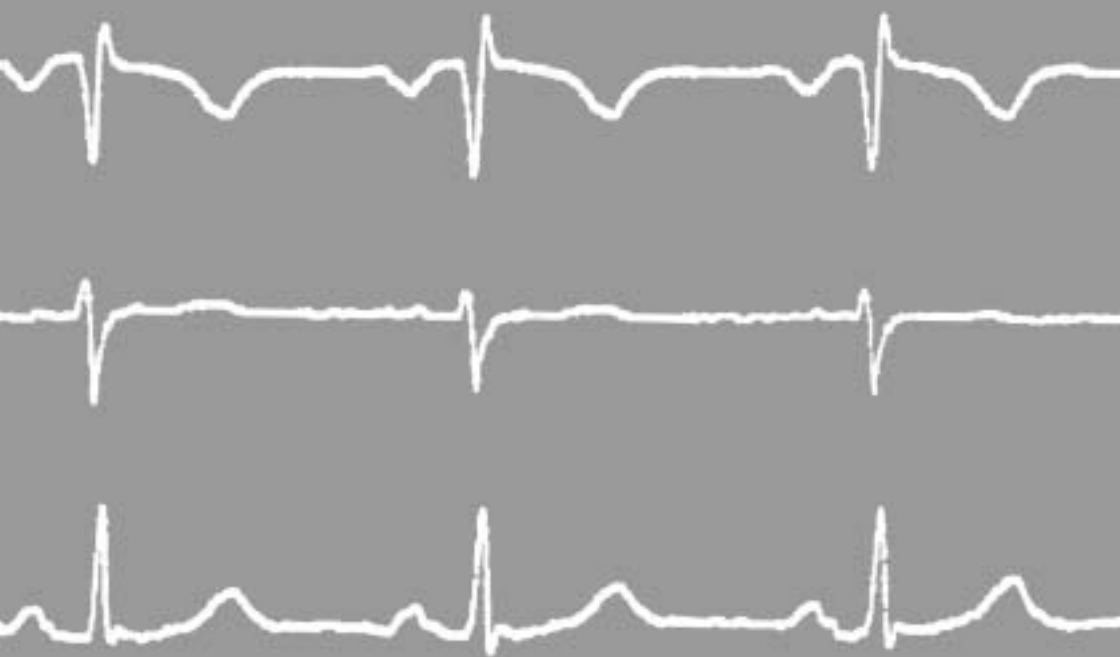
^{vii} <http://www.actionforglobalhealth.eu/media/home/espana/noticias>

^{viii} <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2007:0630:FIN:ES:PDF>

^{ix} <http://europa.eu/geninfo>

^x

http://www.elpais.com/articulo/internacional/UE/crea/tarjeta/azul/captar/inmigrantes/cualificados/elpepuint/20080926elpepiint_8/Tes



CAPITULO III. LA SALUD EN LA COOPERACIÓN ESPAÑOLA

1. PLANIFICACIÓN Y ESTRATEGIA DE LA COOPERACIÓN ESPAÑOLA

1.1. El III Plan Director (2009-2012)

Comentarios generales

Ya se avanzó en la edición 2008 de este informe la aprobación del nuevo Plan Director para el periodo 2009-2012 (III PD). El nuevo PD, además de reiterar los compromisos en la lucha contra la pobreza y el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, refuerza el enfoque de derechos –que ya estaba presente en el anterior Plan– incorporando el ejercicio del derecho al desarrollo.

Se mantienen también los compromisos económicos con el objetivo intermedio del 0,56% de la Renta Nacional Bruta para AOD en 2010 y el 0,7% en 2012, e incorpora los principales acuerdos internacionales sobre eficacia de la ayuda, particularmente los principios de la Declaración de París y la Agenda de Acción de Accra. Se busca la transformación de una política de cooperación en una política integral de desarrollo.

El III PD se basa en las lecciones aprendidas del ciclo anterior, en el incremento del volumen de ayuda, la mejora de la calidad y la participación y consenso entre actores, aspectos todos ellos valorados positivamente tras el periodo 2005-2008 y en el nuevo contexto internacional.

La visión de futuro del III PD, con un tinte quizás excesivamente optimista, dibuja para 2015 un escenario en el que los ODM planteados quince años antes se han alcanzado y han sido sustituidos por otros en los que se trabaja internacionalmente en una asociación para el desarrollo, entre iguales. En este escenario, las políticas públicas españolas, fruto del consenso sostenido entre los actores, contribuyen coherentemente al desarrollo, y la sociedad española contribuye a la construcción de la agenda internacional para el desarrollo con un rol de liderazgo.

La misión se plantea compartida con el conjunto de la sociedad y se orienta a “*luchar contra la pobreza hasta su completa erradicación y construir activamente la paz*” contribuyendo de forma positiva a la construcción de un mundo más justo, más equitativo y en paz. Para ello, los actores de la Cooperación Española deben “*acompañar los procesos de desarrollo de las personas, colectivos y sociedades para alcanzar el pleno ejercicio de todos sus derechos, en asociación con los otros agentes (locales e internacionales),*

para luchar contra la pobreza de forma coherente, integral y eficaz, impulsando la transformación del orden internacional y construyendo una gobernanza global equilibrada e inclusiva."

El III PD se estructura en torno a siete ámbitos estratégicos:

- La asociación en el terreno contempla eficacia y calidad, uso de los sistemas nacionales en primera instancia, delegación de responsabilidades y toma de decisiones sobre el terreno, manejar condicionalidades únicamente basadas en objetivos de desarrollo, desligar la ayuda y basar la cooperación técnica en las evaluaciones locales. Además, el PD se alinea con el Código de Conducta de la UE estableciendo que la Cooperación Española en cada país decidirá la concentración sectorial en base a sus oportunidades de eficacia. También publicará los Marcos de Asociación con los países y se integrará en la Iniciativa Internacional para la Transparencia de la Ayuda.
- A nivel de coherencia de políticas, alineada también con los acuerdos internacionales, se avanzará en el escenario español en primera instancia desde la Comisión Delegada de Cooperación para el Desarrollo y también proponiendo al Parlamento la emisión de recomendaciones sobre coherencia de políticas; se prevé la creación de una Unidad Específica en la DG POLDE.
- La educación para el desarrollo se aborda en las dimensiones de sensibilización, formación, investigación y movilización social comprometiendo trabajo en espacios formales e informales; también se prevé la creación de una unidad específica en el Gabinete de Comunicación y Educación para el Desarrollo de AECID.
- En cuanto a investigación para el desarrollo, se propone reforzar las capacidades de investigación en países socios, impulsar investigación en ciencia y tecnologías con aplicaciones en desarrollo, incentivos curriculares, inclusión en I+D+I, crear una red de estudios dependiente del MAEC y la puesta en marcha de un instrumento para financiación de investigación para el desarrollo.
- En materia de capacidades, se propone dotar de recursos humanos necesarios y estables y compromete el diseño de un itinerario formativo para los profesionales de la cooperación con cualificación de máster en 2010, la potenciación de los títulos oficiales existentes, el intercambio temporal de profesionales, las becas, etc.
- Otro ámbito estratégico es la coordinación de actores, cuya pluralidad constituye una de las señas de identidad de la Cooperación Española. Se compromete la elaboración de una nueva Ley de cooperación y el seguimiento de las comisiones existentes en la materia como escenarios de coordinación, y se propone crear grupos estables sobre el terreno para la coordinación de actores.
- El III PD apuesta por un multilateralismo activo y eficaz con el objetivo central de contribuir a la lucha contra la pobreza en el mundo, tratando de hacer realidad los Objetivos de Desarrollo del Milenio a través de un esfuerzo cooperativo a escala internacional y guar-

dando coherencia con la propia política de cooperación, para lo cual las posiciones que España adopte en el ámbito multilateral requieren de un activo proceso de justificación y construcción de alianzas, consolidando su posición en los foros multilaterales, lo que requerirá el reforzamiento de los recursos humanos y organizativos para lograr una adecuada gestión, seguimiento y evaluación de los fondos multilaterales.

El III PD propone la elaboración de Planes de Acción para cada uno de estos ámbitos estratégicos. Aunque estos planes resulten documentos de interés, se corre el riesgo de reforzar la inflación de documentos de planificación y estrategia. Convendría valorar los esfuerzos en planificación a través de la complejidad y multiplicidad de niveles y documentos. Una de las lecciones aprendidas que debería tenerse en cuenta en este sentido sería la necesidad de operativizar de modo ágil los niveles superiores de planificación y asumir un ejercicio de priorización y transparencia a través de previsiones presupuestarias sectoriales.

En cuanto a las estrategias sectoriales ya desarrolladas en el periodo anterior 2005-2008, el III PD reconoce la prioridad de las políticas sectoriales de los países socios frente a las de los donantes, por lo que las estrategias sectoriales previamente elaboradas por la Cooperación Española quedan situadas como marcos generales para el diálogo de políticas. De hecho, además de no comprometer ningún nuevo documento de estrategia sectorial, se indica que el instrumento en este nuevo período lo constituirán los Papeles de Política (Policy Papers) y Resúmenes de Política (Policy Briefs) que se elaborarán periódicamente para cada uno de los sectores. El esfuerzo a realizar es la identificación y asignación de prioridades de modo claro en los nuevos instrumentos para solventar la amplitud y poca concreción que caracteriza, en general, a los documentos de estrategia sectorial.

El nuevo PD constituye un avance en la gestión para resultados de desarrollo, identificando resultados esperados para cada nivel de planificación, buscando contribuir como país a los resultados de desarrollo. El III PD compromete la elaboración de un Sistema de Gestión para Resultados de Desarrollo en 2009/2010 y el desarrollo de guías metodológicas, la evaluación independiente de los Marcos de Asociación a nivel de país, la comunicación de los resultados de desarrollo y su incorporación al conocimiento, así como la consolidación del seguimiento y evaluación de la cooperación española.

A nivel geográfico, se apunta a una mayor concentración en un número limitado de países y sectores. Se definen niveles de asociación (asociación amplia, focalizada y asociación con países de renta media) a partir de los cuales se establecen los indicadores de concentración. Además de la pobreza, se establece el valor añadido como uno de los criterios para la selección de países socios, aunque sin especificar suficientemente cuál es dicho valor añadido. Se recoge un mayor compromiso de apoyo a los PMA, algo que estaba comprometido en el Pacto de Estado contra la Pobreza.

El sector SALUD en el III Plan Director

La salud continúa siendo una prioridad sectorial destacada en el III PD. Su base teórica concuerda en gran medida con las solicitudes que venimos haciendo desde hace años en este informe.

Según el III PD, el marco teórico en el que se engloba la Estrategia Sectorial de Salud es la Atención Primaria de Salud, adoptada en la Conferencia de Alma-Ata; en este marco, la primera prioridad de la Política Española de Cooperación en Salud es la acción sobre los sistemas nacionales de salud. Por tanto, los ejes estratégicos prioritarios se corresponden con dos temas que las organizaciones del informe hemos venido reclamando permanentemente: fortalecimiento de sistemas públicos de salud y enfoque de Atención Primaria de Salud (APS).

Se espera que en 2012 *“se haya contribuido de manera eficaz a establecer las condiciones para mejorar la salud de las poblaciones, en especial aquéllas en mayor situación de pobreza y vulnerabilidad, fomentando el desarrollo humano sostenible”*.

Los principios y valores sitúan la salud como un derecho humano, como una condición necesaria para el desarrollo y como un bien público, por tanto, de responsabilidad pública; el marco teórico sigue siendo el de la Atención Primaria de Salud.

Los objetivos específicos se centran en los sistemas de salud eficaces y equitativos, los recursos humanos motivados y suficientes, participación ciudadana en el sistema de salud, el acceso y disponibilidad de tecnología y suministros sanitarios, la atención a las enfermedades más prevalentes y los sistemas de investigación y desarrollo.

Los criterios definidos para el trabajo con los organismos multilaterales de desarrollo (OMUDES) contrastan en su concreción con los objetivos. Si bien estos últimos destacan por su especificidad para la intervención en comparación con el resto del texto del III PD, los criterios que se definen son bastantes amplios y siguen dando espacio para un multilateralismo poco selectivo, permitiendo la dispersión. Esto debería ser contrarrestado por la puesta en marcha de la estrategia multilateral, que se aborda más adelante.

Las líneas estratégicas propuestas en el plan se encaminan a:

- Mejora de los servicios básicos, destinando un 60% del total de la AOD en salud a la financiación sostenible de sistemas de salud eficaces y equitativos; será conveniente realizar un seguimiento para verificar su inclusión en el marco de la APS. Además se coloca la asignación de financiación sostenible para los sistemas nacionales de salud bajo el paraguas de la Internacional Health Partnership y pactos integrales sin definir.
- Fortalecimiento institucional de sistemas públicos de salud, con especial atención a los recursos humanos, apoyando planes nacionales en los países de expulsión de personal sanitario que trabaja en España y la formación de personal especializado en países prioritarios para gestión y liderazgo de sistemas.
- Acceso a medicamentos y suministros esenciales, incluyendo suministros de salud sexual

y reproductiva, antirretrovirales de gran actividad, antimaláricos, antituberculosos y preparados de alimentación terapéutica, poniendo el principal foco de interés en las enfermedades que se enmarcan en el ODM 6. Es bienvenido el suministro en salud sexual y reproductiva, aunque haya que seguirlo rigurosamente dados los antecedentes de escasa financiación en este sentido, muy especialmente en anticoncepción y planificación familiar.

- Los planes y estrategias de salud de los países socios con los que se trabaje han de cubrir las prioridades de salud sexual y reproductiva, salud infantil, lucha contra SIDA, malaria y tuberculosis y otras enfermedades olvidadas e incluir planes frente a catástrofes, epidemias y conflictos.

Una de las críticas más reiteradas que se venían haciendo hacia la Cooperación Española en salud es su escasa especialización que impide identificar su valor añadido respecto a otros donantes. Este III PD, al plantear objetivos específicos más concentrados en el fortalecimiento de los sistemas de salud, podría permitir avanzar hacia esa especialización.

El III PD incluye una referencia a la adhesión al Plan de Acción de la Unión Europea para afrontar la escasez de personal sanitario, la promoción de marcos reguladores y de instrumentos financieros de mercado adecuados para favorecer el acceso a medicamentos y suministros, la búsqueda de mayor integración de fondos globales para su contribución al fortalecimiento de los sistemas de salud.

Se mantiene, como en el plan anterior, la promoción de los derechos sexuales y reproductivos, y en otro orden de cosas los sistemas de información sanitaria y la participación ciudadana especialmente en promoción y educación sanitaria.

Conviene señalar que, en la ejecución real de la cooperación en salud, los avances no son tan rápidos ni tan claros como en los documentos de planificación, persistiendo –como veremos al final de este capítulo– algunas incoherencias que evidencian que las ideas que informan y sustentan la planificación han mejorado mucho, pero la ejecución todavía no se ajusta totalmente a ellas.

Por último, cabe comentar el necesario refuerzo de capacidades institucionales que se requieren para transformar el III PD en acciones, que si bien se explicita en el documento, es también cierto que no se concreta en el tiempo de vigencia del mismo ni se cuantifica el número ni la concordancia entre las prioridades y especialización necesarias. El papel de la evaluación en todo este proceso iniciado es fundamental y debería incidirse de modo particular para contribuir a la extensión de la cultura de evaluación. Unas previsiones presupuestarias desagregadas por subsectores permitirían poder observar y evaluar el interés y la priorización de la Cooperación Española en los distintos campos de la cooperación en salud en los que quiere incidir.

1.2. Planificación de la ayuda multilateral

El multilateralismo practicado en los últimos años, que se definía en el II PD como activo, selectivo y estratégico, si bien es cierto que ha sido activo en el sentido de una mayor participación española en el escenario multilateral con un incremento muy sustancial de recursos, no ha tenido una proporcional asignación de recursos humanos cualificados para una participación más activa en términos de gobierno de las entidades multilaterales y para poder hacer un adecuado seguimiento, ni ha sido tan selectivo. La participación española en iniciativas internacionales y/o instrumentos novedosos de financiación no ha tenido precedentes y se ha dinamizado la puesta en marcha de varios fondos temáticos sin que estuvieran claros en todos los casos los criterios de selección.

En el IIIPD, la estrategia multilateral de la Cooperación Española parte de un análisis previo exhaustivo y amplio que pone sobre la mesa la necesidad de que la ayuda multilateral se vincule con eficacia, eficiencia e impacto en el desarrollo, se mantenga la coherencia con las prioridades del resto del PD y se ponga también al servicio del conjunto de actores. Incluye, además, criterios para la selección de los organismos multilaterales con los que colaborará prioritariamente la Cooperación Española.

Los objetivos de la Cooperación Española en el escenario multilateral son:

- Fortalecer el sistema multilateral para convertirlo en un mecanismo más democrático, equitativo y eficaz de generación y distribución de oportunidades de desarrollo.
- Incrementar el compromiso internacional de España a través de una implicación más activa y eficaz en el sistema multilateral y un mayor y más equilibrado respaldo a sus organismos.
- Potenciar los instrumentos de gobernabilidad democrática a escala global.

Las prioridades no resultan demasiado concretas y se orientan a:

- la generación de bienes públicos globales y regionales;
- favorecer la gobernanza democrática en los países socios;
- facilitar la generación de consensos políticos y de conocimiento sobre reducción de la pobreza y desarrollo sostenible;
- movilizar recursos y financiar el desarrollo;
- promover coordinación en las actuaciones de NNUU, IFI's y Unión Europea;
- financiación plurianual para ODM;
- mejorar evaluación de eficacia y eficiencia;
- mejorar la predictibilidad permitiendo así mayor influencia española;
- incrementar la presencia del conjunto de actores de la Cooperación Española en la cooperación multilateral;
- determinar una serie de sectores donde enfocar la ayuda multilateral;
- mejorar la rendición de cuentas y transparencia, comunicar al conjunto de la sociedad y al gobierno español las acciones en el ámbito multilateral.

Habrá que seguir en el futuro la incorporación de esta estrategia en los planes anuales y evaluar cuantitativa y cualitativamente la evolución de la ayuda multilateral en salud. Está pendiente la publicación del plan plurianual 2009-2012 de aportaciones plurianuales a los principales organismos.

TABLA 3.1. OBJETIVOS Y LÍNEAS ESTRATÉGICAS DE LA ESTRATEGIA DE COOPERACIÓN MULTILATERAL	
ESTRATEGIA DE COOPERACIÓN MULTILATERAL ESPAÑOLA: OBJETIVOS Y LÍNEAS ESTRATÉGICAS	
Objetivos generales	Líneas Estratégicas
1.- Fortalecer el sistema multilateral, para convertirlo en un mecanismo más democrático y eficaz de generación y distribución de oportunidades de desarrollo	1.1. Mejorar el contenido de desarrollo de las políticas y servicios promovidos por los OOI
	1.2. Contribuir a la más adecuada especialización de las OOI; y a potenciar su coordinación, entre ellas y con el resto de los actores internacionales, en particular la UE
	1.3. Mejorar la eficacia y eficiencia operativa de los OOI
2.- Incrementar el compromiso multilateral de España, a través de una implicación activa y eficaz en el sistema internacional y un mayor y más equilibrado respaldo a sus instituciones	2.1. Aumentar la participación española en los OOI, incrementando tanto el apoyo económico, como su actividad en materia de análisis y propuesta de políticas
	2.2. Mejorar los niveles de coordinación entre departamentos de la Administración y con el resto de los actores españoles, tanto en su representación multilateral y ante la UE
	2.3. Mejorar la complementariedad y las sinergias entre la cooperación bilateral y multilateral española
3.- Potenciar los instrumentos de gobernabilidad democrática a escala internacional, para hacer frente a los desafíos que impone el proceso de globalización en curso	3.1. Mejorar los elementos de representatividad, transparencia y rendición de cuentas de las OOI
	3.2. Mejorar la transparencia y capacidad de rendición de cuentas de la acción multilateral española
	3.3. Propiciar respuestas globales, basadas en la colaboración y el consenso

Fuente: Estrategia multilateral de la cooperación española

El III Plan Director prioriza los siguientes elementos de la estrategia multilateral:

- selectividad y concentración de la ayuda multilateral a través de acuerdos de asociación preferentes;
- ayuda más estratégica y más previsible, limitando la creación de fondos bilaterales y consolidando o potenciando las contribuciones voluntarias;
- mejorar las sinergias sobre el terreno de los dos canales de ayuda, bilateral y multilateral, integrando en primer lugar los instrumentos y mecanismos multilaterales en las planificaciones de cada país;
- utilizar estos mecanismos en situaciones de conflicto y postconflicto en los que la pre-

sencia española es reducida, optando por fondos-canasta multidonantes de ayuda humanitaria y de emergencia;

- la promoción del diálogo entre las OTC –junto con las oficinas comerciales y económicas españolas– y los OMDs en cada país.

En el ámbito de los Organismos no Financieros se prioriza NNUU y en el de las IFI's se posiciona como prioritarios a los bancos multilaterales de desarrollo. Además, se favorecerán las relaciones ya existentes con organismos regionales y sub-regionales, en particular en América Latina, donde España tiene dilatada experiencia. *“La Cooperación Española seguirá apoyando los Fondos Globales en la medida en que se revelen eficaces en la recaudación de fondos y en abordar problemáticas específicas.”*

En el marco temporal, la presidencia española de la UE aparece en el III PD como el mejor escenario para el impulso y la mejora de la coordinación de la política de desarrollo de la Comisión y los Estados miembros.

A nivel interno, residirá en la DGPOLDE el liderazgo institucional para el diálogo general con OMDs y la AECID será relevante en decisiones de financiación y seguimiento de la ayuda multilateral sobre el terreno. Esto requerirá mejoras sustanciales en la coordinación entre DGPOLDE y AECID.

Se compromete, por último, la elaboración de un programa presupuestario anual que incluya la distribución del gasto dirigido al ámbito multilateral y un informe anual de las aportaciones en el ámbito multilateral a presentar en la Comisión de Cooperación del Congreso y del Senado.

La Cooperación Española ha avanzado mucho en cuanto a su marco normativo, estratégico y de planificación y ha realizado un esfuerzo importante de definición estratégica de su cooperación en salud desde que empezó a publicarse el informe de salud y cooperación. En ese camino, en 2007 se publicó la revisión de la estrategia de salud, apreciándose importantes mejoras con respecto a la primera que databa de 2003.

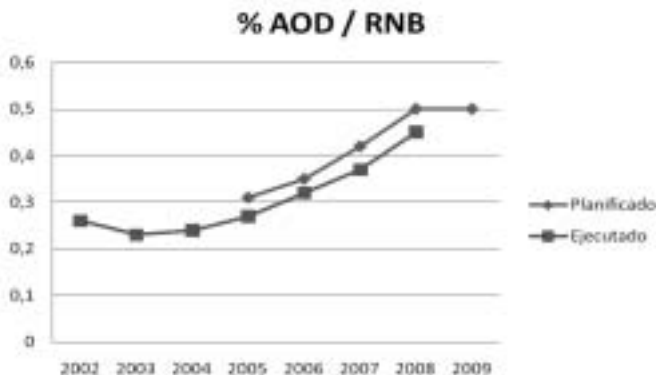
Por lo tanto, podemos dar por cerrado el ciclo de planificación de la cooperación española en salud, si bien falta definir el valor añadido y las previsiones presupuestarias que permitirían visualizar dónde quiere focalizar el interés la Cooperación Española. Es el momento en que se debe dotar de los recursos técnicos y humanos suficientes para poder desarrollar de forma efectiva y sostenible lo que hasta el momento son intenciones plasmadas en documentos. A nivel estratégico la Cooperación Española debe acabar con las incoherencias internas y externas, asegurando que la política integral de desarrollo sea una realidad tanto dentro de la cooperación general, y sanitaria en particular, como con el resto de políticas que desarrolla el Estado español.

2. LA AOD ESPAÑOLA EN SALUD EN 2008ⁱ

2.1. Datos generales de la AOD en 2008

El PACI 2008 tiene la singularidad de ser el plan elaborado para el último año de vigencia del II Plan Director (2005-2008). En 2008, según se había planificado en el PACI 2008, la Cooperación Española preveía destinar un volumen total de ayuda de 5.509.290.000 €, lo que equivalía al 0,50% de la RNB, mientras que la realidad mostrada en el Informe de Seguimiento PACI 2008 sitúa la AOD española en dicho año en 4.761.690.000 €, que representa 0,45% de la RNB. Se constata, por tanto, un 13,56% menos de ejecución de lo previsto inicialmente. No obstante conviene destacar que, con respecto a 2007, se ha producido un incremento bruto de 1.007,07 millones € de AOD total, el mayor incremento en términos absolutos de la historia de la Cooperación Española.

GRÁFICO 3.1. EVOLUCIÓN DEL % AOD/RNB 2002 - 2009



Fuente: Elaboración propia a partir de datos seguimiento PACI

Este incremento –del 26,8% con respecto al año anterior– sitúa a España entre los 7 países del CAD que destinan más financiación para el desarrollo.

Si analizamos la distribución por canales, observamos que la proporción multilateral/bilateral fue de 30,1% y 69,9% respectivamente, aunque hay que tener en cuenta que una parte importante de la bilateral –la denominada multibilateral– fue ca-

ⁱ Para este informe se han tomado los datos de los PACI, de los informes de seguimiento y de las estadísticas de AOD publicadas por el MAEC, así como del avance del seguimiento 2008 en el sector salud facilitado por DGPOLDE a las organizaciones que realizamos este informe. Los gráficos y tablas de este capítulo son de elaboración propia a partir de estos datos; en aquellos casos en que nos es así, se indica con claridad la fuente.

nalizada a través de Organismos Multilaterales de Desarrollo (OMUDES). Si hacemos este mismo análisis agregando la multilateral y la multibilateral (es decir, toda la AOD canalizada vía OMUDES) frente a la bilateral (deducida la multibilateral), los porcentajes son de 58,5% y 41,5% respectivamente. Como veremos más adelante, estos porcentajes referidos al total de AOD son similares en el ámbito de la salud.

Del total de la AOD, un 86,92% lo aportó la Administración General del Estado (AGE), un 9,8% las Comunidades Autónomas (CCAA) y un 3,1% las Entidades Locales (EELL), mientras que las Universidades se quedaron por debajo del 0,5% del total. En cuanto a su distribución, un 90,4% se destinó a cooperación al desarrollo, un 8,3% para acción humanitaria y un 1,3% para educación para el desarrollo y sensibilización social.

2.2. Planificación de la AOD en salud en 2008.

La AOD en salud, tal y como se considera en el PACI 2008, ha de *“contribuir de manera eficaz a establecer las condiciones para mejorar la salud de las poblaciones –en especial aquellas en mayor situación de pobreza y vulnerabilidad– de forma que se contribuya a reducir la pobreza y fomentar el desarrollo humano sostenible”*.

Se proponían 3 pilares: (i) promoción de oportunidades, (ii) facilitar el empoderamiento y (iii) aumentar la seguridadⁱⁱ. Quizás una de las debilidades del PACI es su inconcreción en la cooperación sanitaria, apelando a la deseable puesta en práctica de la estrategia sectorial, a la participación española en alianzas internacionales y asociaciones público-privadas, en línea de continuidad con los años inmediatamente anteriores, y a la participación española en la dinamización de la posición del sector salud como uno de los sectores clave para medir la eficacia de la ayuda propuesta desde el CAD.

En torno a las metas propuestas se dota de un marco presupuestario que en el sector salud prevé lo siguiente:

TABLA 3.2. PREVISIONES 2008. DISTRIBUCIÓN DE AOD BRUTA ESPAÑOLA POR SECTORES DE ACTUACIÓN (CRS 120 Y 130)									
	AOD multilateral		AOD Bilateral					AOD total	
	€	% de AOD multilat. distribuible	Reembolsable	Vía OMUDES	Otra bilateral	Total AOD bilateral	% de AOD bilateral distribuible	€	% de AOD total distribuible
120 Salud	129.885.870	8,4	10.422.003	148.947.195	113.462.161	272.831.360	14,02	402.717.229	11,6
130 Pob. y SR	36.712.713	2,4	0	31.928.708	24.107.021	56.035.728	2,88	92.748.442	2,7
120+130	166.598.583	10,8	10.422.003	180.875.903	137.569.182	328.867.088	16,90	495.465.671	14,3

Fuente: Elaboración propia a partir de datos seguimiento PACI

ⁱⁱ como reducción de la vulnerabilidad.

2.3. Consideraciones metodológicas sobre el cómputo de la AOD.

La AOD multilateral es entendida como la financiación para el desarrollo canalizada a través de organismos multilaterales. En general, esta AOD es difícilmente especificable en cuanto a su destino geográfico, ya que se incorpora a un fondo común de todos los donantes que luego es utilizado por la institución multilateral. En este informe se consigna como AOD multilateral aquella identificada como tal por la DGPOLDE (Dirección General de Planificación y Evaluación de Políticas de Desarrollo) en el Informe de Seguimiento PACI 2008.

La AOD multilateral o bilateral canalizada vía OМУDES (Organismos Multilaterales de Desarrollo) es entendida como la financiación en la que, estando canalizada a través de OМУDES, la unidad/agente financiador dispone de mayor capacidad de especificación geográfica y/o sectorial y de seguimiento, al ser contribuciones mayoritariamente destinadas a programas y/o proyectos. En este informe, esta AOD se encuentra incluida en el grupo de AOD bilateral identificada como AOD bilateral vía OМУDES.

El resto de la AOD bilateral se denomina “Otros mecanismos de AOD bilateral”. Esta AOD es entendida como la financiación para los siguientes tipos de ayuda: programas, cooperación técnica, proyectos de inversión y otros recursos.

Se consigna y desglosa por tanto la AOD bilateral en AOD vía OМУDES (multilateral) y otros mecanismos de AOD bilateral.

Se contabiliza como AOD bilateral reembolsable en este informe aquella financiación procedente del Ministerio de Industria, Turismo y Comercio (Subdirección General de Fomento Financiero de la Internacionalización, SGFFI) y que incluye los desembolsos brutos de créditos bilaterales más los reembolsos al Fondo de Ayuda al Desarrollo.

Conviene indicar que, si bien la Secretaría de Estado de Cooperación Internacional realiza contribuciones con cargo al FAD, éstas no se consideran como ayuda reembolsable. El monto total de AOD multilateral que la SECI ha destinado para la salud y consignado como contribuciones al Fondo de Ayuda al Desarrolloⁱⁱⁱ ascendieron en 2008 a 78.908.444 €, el 100% canalizado vía OМУDES o multilateral.

A efectos de este informe, se considera AOD del sector salud aquella financiación consignada con los códigos CAD CRS siguientes^{iv}: 121,122 y 130 que se corresponden con salud general, salud básica y políticas y programas de población y salud reproductiva. Cabe la posibilidad de que se incluya alguna financiación no codificada bajo estos tres códigos, pero que las organizaciones que elaboramos este informe entendamos directamente dirigida a salud, en cuyo caso se detalla convenientemente.

ⁱⁱⁱ Ver explicación en el apartado dedicado a AOD bilateral reembolsable

^{iv} Ver tabla de clasificación del CAD en capítulo 2

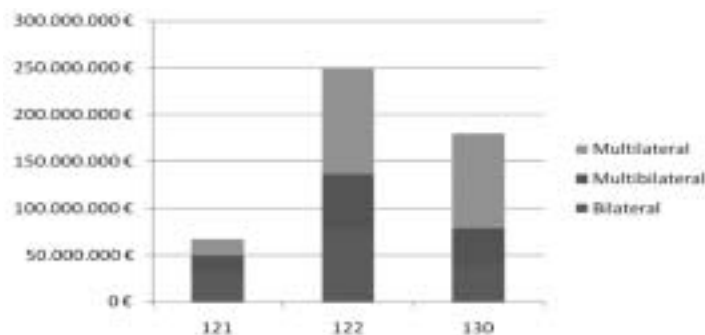
2.4. Principales datos de la AOD española en salud en 2008

En 2008, tanto el volumen total de AOD destinada a salud como su proporción con respecto a la AOD total, han aumentado en coherencia con el peso que el sector salud tiene en la planificación de la Cooperación Española, hecho que valoramos positivamente.

Los datos más destacables son:

- El total de AOD destinada a salud alcanzó la cifra de 496.801.163 euros, lo que equivale al 10,4% del total de AOD. En 2007 el monto de AOD destinada a salud fue de 311.326.700 euros^v y su peso en el total de la AOD no alcanzó el 8%.
- La vía multilateral de canalización de la ayuda en salud se consolida. Los incrementos constantes, particularmente en los últimos tres años, hacen que en 2008 represente un 46,5% de toda la AOD en salud (si se considera de forma agregada multilateral + multibilateral este porcentaje llega casi hasta el 70 %).

GRÁFICO 3.2. COMPOSICIÓN DE LA AOD EN SALUD POR SUBSECTORES Y CANALES. 2008



Fuente: Elaboración propia a partir de datos seguimiento PACI

- La ayuda reembolsable en 2008 ha aumentado un tercio, situándose en un 6 % de la AOD total neta en salud, alcanzando un 11 % de la ayuda bilateral en salud.
- La ayuda bilateral ha aumentado de forma muy importante en números absolutos, pero sin embargo ha disminuido proporcionalmente (representa un 56,3%) en favor de la multilateral.

^v Este es el dato que dábamos en el informe del año pasado, aunque con posterioridad ha habido una corrección de los datos estadísticos publicados en la web del MAEC, de forma que el monto de AOD en salud que se aporta respecto a 2007 es de 315.815.555,81 €

Este incremento global de la cooperación sanitaria, si bien no alcanza los porcentajes que las organizaciones responsables de este informe demandamos -entre un 15% y un 20% de la AOD-, sí nos muestra un interés creciente por el sector por parte de la Cooperación Española.

Por otra parte, el incremento de la ayuda multilateral ha permitido a la Cooperación Española cumplir con sus compromisos a nivel mundial, siendo por presupuesto en estos momentos uno de los mayores actores de la cooperación internacional.

TABLA 3.3. EVOLUCIÓN DE LA AOD ESPAÑOLA EN SALUD 2004-2008										
AOD Salud	2004		2005		2006		2007		2008	
	TOTAL (€)	%	TOTAL (€)	%	TOTAL (€)	%	TOTAL (€)	%	TOTAL (€)	%
1. Multilateral	65.756.312	41,5	58.501.219	32,6	105.875.559	40,7	128.286.501	41,2	231.271.675	46,5
2. Bilateral	92.823.903	58,5	120.800.795	67,4	154.135.759	59,3	183.040.199	58,8	265.529.488	53,4
2.1. Vía OMUDES	0		18.012.977		60.975.742		53.433.584		116.030.468*	
2.2. Otros Mecanismos	92.823.903		102.787.817		93.160.017		129.606.615		149.499.020	
2.3. Bilateral reembolsable (incluida en 2.2)	22.187.031		24.760.448		5.327.695		22.721.390		30.246.185	
3. TOTAL AOD Salud (1+2)	158.580.215	100	179.302.014	100	260.011.318	100	311.326.700	100	496.801.163	100
4. TOTAL AOD	1.985.010.000		2.428.360.000		3.038.350.000		3.914.619.524		4.761.690.000	
% Salud respecto a AOD Total (4/5)	7,98%		7,38%		8,55%		7,95%		10,4%	

Fuente: Elaboración propia a partir de datos seguimiento PACI

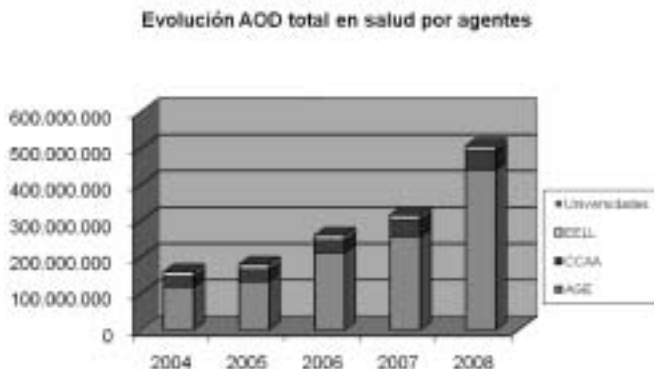
* Se incluyen 400.000 € que no están contabilizados como salud en los datos de seguimiento PACI, pero que se han considerado salud, y en particular Salud Sexual y Reproductiva, por ser contribuciones a FNUAP destinadas a la lucha contra la mutilación genital femenina y fístula obstétrica.

Si atendemos a la evolución y asignación subsectorial (según códigos CRS) de la AOD en salud observamos que la salud general representó en 2008 un 13,5%, la salud básica un 50,2% y la salud sexual y reproductiva el 36,3% restante.

Como en los dos años precedentes, se observa un incremento sustancial de los fondos dirigidos a salud sexual y reproductiva (código 130). Este aumento es mayormente debido al esfuerzo que se realiza en la lucha contra el SIDA a través del Fondo Global, que supone más de la mitad de todo el presupuesto en este subsector.

En cuanto a los agentes, la casi totalidad del crecimiento de la AOD en salud en 2008 se concentra en la AGE.

GRÁFICO 3.3. EVOLUCIÓN DE LA AOD TOTAL EN SALUD POR AGENTES



Fuente: Elaboración propia a partir de datos seguimiento PACI

2.5. Ayuda multilateral

En este epígrafe analizamos la financiación para el sector salud canalizada a través de contribuciones voluntarias y obligatorias a organismos multilaterales.

En 2008, la AOD multilateral española ascendió a un total de 1.431.805.912 €. Su distribución muestra que en conjunto el Ministerio de Economía y Hacienda fue la unidad financiadora más importante con un 76,25% del total. El Ministerio de Asuntos Exteriores y Cooperación aportó el 23,6% y el 0,15% restante lo aportaron otros ministerios.

El volumen de la AOD multilateral asignado al sector salud ascendió a 231.271.675 €, que representa un 16,15% del total de AOD multilateral.

Destacamos algunos aspectos de esta ayuda:

- El Organismo Internacional al que España más ha contribuido en 2008, ha sido el Fondo Mundial contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria con un 41,54 % del total multilateral en salud.
- Las aportaciones a GAVI e IFFIm supusieron el 16,34 %.
- Cerca de la mitad de la financiación multilateral, un 48,8%, se destinó al subsector de salud básica, seguido de un 43,7% destinado a políticas de población y salud reproductiva y el 7,5 % restante a salud general.
- De acuerdo a la información disponible, en torno al 34,4% de la AOD multilateral en salud se destinó a Países Menos Adelantados (79.549.682 €)

**TABLA 3.4. DISTRIBUCIÓN DE LA AOD MULTILATERAL EN SALUD
SEGÚN AGENTE Y RECEPTOR. 2008**

AGENTE	ORGANISMOS RECEPTORES	CANTIDAD €	%
MAEC SECI	NACIONES UNIDAS	39.814.944	17,21
	PNUD*	1.359.829	0,58
	UNICEF*	8.247.283	3,56
	OMS*	11.217.600	4,85
	FNUAP*	14.000.000	6,05
	ONUSIDA*	4.990.232	2,16
	OTROS ORGANISMOS	135.185.749	58,45
	Facilidad Financiera Internacional para la Inmunización - IFFIm**	8.793.500	3,80
	OIM**	1.300.000	0,56
	GFATM*	96.092.249	41,54
	GAVI**	29.000.000	12,54
	SUBTOTAL MAEC	175.000.693	75,66
MEH	INST. FINANCIERAS	14.659.352	6,34
	AIF / IDA- BM	12.785.544	5,53
	BAfD	1.310.564	0,56
	BAfD	563.244	0,24
	UNION EUROPEA	41.611.630	17,99
	PRESUPUESTO CE EN COOPERACION DESARROLLO	31.216.726	13,50
	FED	10.394.904	4,49
	SUBTOTAL MEH	56.270.982	24,33
TOTAL		231.271.675	100

Fuente: Elaboración propia a partir de datos seguimiento PACI

* Contribuciones voluntarias; ** Fondo fiduciario

Si se considera únicamente la ayuda multilateral procedente del MAEC, las aportaciones al Fondo Global contra el SIDA, la malaria y la tuberculosis suponen más del 54%, y junto con GAVI-IFFIM superarían el 70% del total de la financiación multilateral del MAEC. Las agencias de Naciones Unidas recibieron en 2008 un 22,75% del total de AOD multilateral en salud del MAEC.

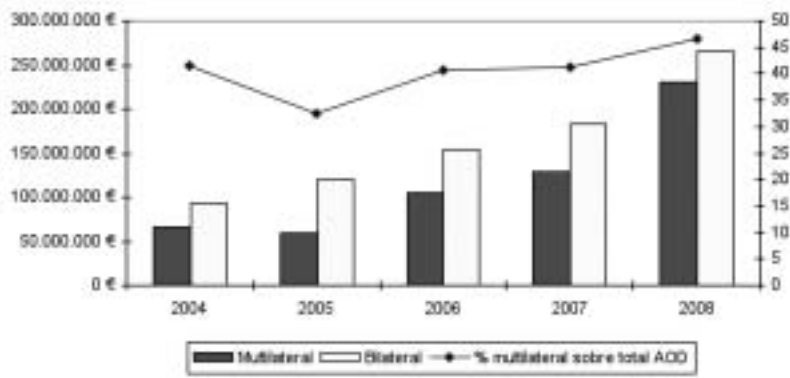
Estos datos nos permiten observar cómo se está consolidando un nuevo multilateralismo en la cooperación sanitaria, del que ya hablamos en el informe anterior, que se desarrolla al margen de los organismos de Naciones Unidas y se basa principalmente en asociaciones público-privadas de lucha contra enfermedades específicas. La Cooperación Española debería reflexionar sobre la coherencia entre su implicación al sustentar prioritariamente estas iniciativas y el enfoque que subyace tras los documentos maestros que regulan la cooperación sanitaria española.

Este nuevo y relevante papel que la Cooperación Española está jugando en la salud internacional debe ir acompañado de una mayor capacidad de influencia en la generación

y desarrollo de las políticas y estrategias de acción de estas instituciones internacionales público-privadas procurando que orienten su trabajo hacia los dos ejes estratégicos del Plan Director: el fortalecimiento de los sistemas públicos de salud y la expansión de la APS.

En paralelo, y dentro del marco de influencia en los mecanismos de financiación de la salud en el ámbito internacional, creemos que España debe hacer un esfuerzo por clarificar y apoyar de forma decidida y más explícitamente el papel que debe cumplir la Organización Mundial de la Salud como protagonista en la coordinación y en el establecimiento de políticas y prioridades globalmente. Reivindicamos su autoridad y su independencia respecto de otros actores como el Banco Mundial, la Organización Mundial del Comercio, las empresas y las corporaciones multinacionales (entre ellas, la industria farmacéutica). Para ello, España debe jugar un papel preponderante en la reorientación de los objetivos de la OMS hacia la redistribución de los recursos y el logro de los mejores niveles de salud en condiciones de equidad, de manera que se beneficie a las poblaciones más pobres, se eviten enfoques verticales, se asegure la intersectorialidad y se involucre a las organizaciones de la sociedad civil en la planificación de sus políticas.

GRÁFICO 3.4. EVOLUCION DE LA AOD NETA EN SALUD POR COMPONENTES 2004 2008



Fuente: Elaboración propia a partir de datos seguimiento PACI

2.6. Ayuda bilateral

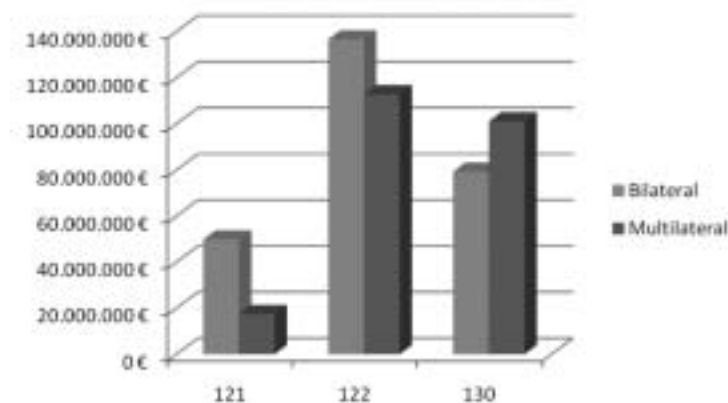
Comentarios generales sobre la AOD bilateral

La AOD Bilateral distribuible sectorialmente ascendió en 2008 a 3.329.907.524 €. De ésta, globalmente, un 40,6% correspondía a AOD bilateral canalizada vía OMUDES, y el 59,4% fue canalizada por otros mecanismos.

Del global de AOD bilateral, la destinada a salud fue 265.529.488 €, que representa un 7,97% de la ayuda bilateral sectorialmente distribuible; esto supone que se ha producido un incremento espectacular –un 45 %– con respecto al año anterior. Ahora bien, este incremento se debe sobre todo a la ayuda multilateral (bilateral canalizada vía OMUDES); de manera que si aislamos la ayuda bilateral que no se canaliza vía OMUDES, el incremento con respecto al año 2007 es de sólo un 15%. Esto indica la fuerte apuesta por el multilateralismo que está realizando la Cooperación Española.

A nivel subsectorial, la AOD bilateral en salud se distribuyó en 18,73% para salud general (121), 51,44% para salud básica (122) y 29,81 % para salud sexual y reproductiva (130). La distribución es similar a la del año pasado, aunque se incrementan los porcentajes de salud general y salud reproductiva, en detrimento de la salud básica que desciende un 13%.

GRÁFICO 3.5. AOD EN SALUD POR SUBSECTORES E INSTRUMENTOS 2008



Fuente: Elaboración propia a partir de datos seguimiento PACI

Se ha producido un incremento en números absolutos de la ayuda aportada desde Comunidades Autónomas y Universidades, mientras que desciende el volumen de la aportada por Entidades Locales. Sin embargo, en términos relativos, tanto CCAA como EELL descienden con respecto al año anterior y las Universidades incrementan sólo una décima.

TABLA 3.5. EVOLUCIÓN DE LA DISTRIBUCIÓN DE AOD BILATERAL NETA EN SALUD SEGÚN AGENTES (INCLUYE LA CANALIZADA VÍA OMUDES)

AGENTE	2005		2006		2007		2008	
	€	%	€	%	€	%	€	%
1. AGE	71.416.289	61,0	104.169.283	68,9	124.370.899	67,9	200.621.289*	75,4
MAEC	37.936.985		94.842.214		96.630.007		174.286.217	
AECID	37.936.885		50.667.214		56.049.961		80.260.217	
Min. Defensa	4.353.892		132.751		164.651		174.908	
MITC	24.760.448		5.327.695		22.821.384		21.446.421	
MSC	2.388.963		1.716.213		4.388.025		1.183.764	
MCI							3.129.979	
Otras Entidades Públicas	1.976.000		1.976.000		127.329			
MTAS			37.000		99.503			
M. VIVIENDA			137.410		140.000			
2. CCAA	33.049.208	28,2	34.444.799	22,8	47.274.867	25,8	54.351.397	20,5
3. EELL	12.671.791	10,8	11.779.255	7,8	11.145.918	6,1	10.114.471	3,8
4. UNIV	0	0	679.737	0,4	248.514	0,1	442.330	0,2
TOTAL	117.137.288	100	151.073.074	100	183.040.198	100	265.529.487	100

Fuente: Elaboración propia a partir de datos seguimiento PACI

* Se incluyen 400.000 € que no están contabilizados como salud en los datos de seguimiento PACI, pero que se han considerado salud –y en particular Salud Sexual y Reproductiva– por ser contribuciones a FNUAP destinadas a la lucha contra la mutilación genital femenina y fístula obstétrica.

El MAEC continúa liderando en 2008 la financiación bilateral en salud, con más del 75% del total. La Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID) gestiona casi la mitad de lo aportado por el MAEC, un 46%, la menor proporción del cuatrienio, mientras que el 54% restante es contabilizado como contribuciones realizadas por la Secretaría de Estado de Cooperación Internacional con cargo al FAD^{vi}.

Del resto de ministerios de la AGE, el de Defensa se mantiene en niveles similares en los últimos 3 años. El Ministerio de Industria, Turismo y Comercio ha pasado de representar un 21,13 % del total bilateral en 2005 a un 8,07% en 2008.

El descenso en el Ministerio de Sanidad se debe a la creación del Ministerio de Ciencia e Innovación que irrumpe con cerca del 1,2 % del total bilateral, como consecuencia del traspaso del Instituto de Salud Carlos III a este último ministerio. Sin embargo, la suma de estos dos Ministerios supone incluso un pequeño descenso de ayuda sanitaria que el Ministerio de Salud tenía en 2007, lo que indica que aún no se asume la importancia que para el sector pueden y deben tener estos Ministerios.

^{vi} Ver explicación en el apartado de AOD bilateral reembolsable

AOD bilateral canalizada vía OMUDES

En 2008, se canalizaron vía OMUDES 1.352.978.985 € del total de AOD bilateral, y de éstos, 115.630.468 € se destinaron a salud. Más del 80% de la ayuda bilateral canalizada vía OMUDES fue financiada por SECI^{vii}.

La distribución por agentes fue la siguiente:

MAEC/AECID	17.777.034 €	15,37 %
MAEC/SECI*	94.426.000 €	81,66 %
Ministerio Sanidad y Consumo	177.062 €	0,15 %
Comunidades Autónomas	3.162.608 €	2,73 %
Entidades Locales	87.764 €	0,08 %

Fuente: Elaboración propia a partir de datos seguimiento PACI

* Mayoritariamente contribuciones a fondos fiduciarios.

**TABLA 3.6. DISTRIBUCIÓN DE AOD BILATERAL EN SALUD CANALIZADA VÍA OMUDES
SEGÚN ORGANISMO RECEPTOR**

ORGANISMO	Monto €	%
BM CFI - Corporación Financiera Internacional	51.225	0,04
BM Otras contribuciones al Grupo Banco Mundial	1.500.000	1,30
ACNUR	28.000	0,02
FNUAP	21.066.000	18,21
OMS	6.360.467	5,50
OIEA	20.000	0,02
ONUSIDA	5.397.368	4,67
PMA	1.600.000	1,38
PNUD	25.200.000	21,79
UNICEF	8.779.275	7,59
CEDEAO	10.000.000	8,65
GFATM	1.500.000	1,30
IPPF - Federación Internacional Planificación Familiar	1.031.000	0,89
MMV - Medicines for Malaria Venture	3.000.000	2,59
OIM	400.000	0,35
OPS	14.677.133	12,70
Tribunal Penal Internacional para Ruanda	20.000	0,02
UNITAID	15.000.000	12,97
TOTAL	115.630.468	100,00

Fuente: Elaboración propia a partir de datos seguimiento PACI

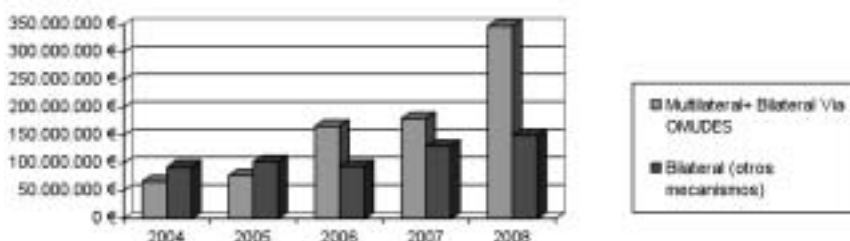
Un año más se constata la necesidad de un seguimiento minucioso de la información relativa a la salud en la cooperación para el desarrollo, ya que se detectan datos que generan dudas tales como financiaciones poco acordes a los sectores a los que se asignan. Por ejemplo, un apoyo a fortalecimiento a gestión migratoria (200.000 €) y codificada como población y

^{vii} como contribuciones con cargo al FAD y en concepto de fondos fiduciarios

salud reproductiva, o la prevención de tráfico de migrantes también codificada como el anterior y con una dotación de 10.000.000 €, o el único proyecto de inversión codificado como salud general y que bajo la descripción de Afganistán Compact recibió 1,5 millones de euros enmarcado en la línea de fortalecimiento institucional de los sistemas públicos de salud. Asimismo hay que señalar que no se contabilizan como salud dos financiaciones de 108.235 € cada una dirigidas a OMS y ONUSIDA para contratación de personal. Es necesaria una mayor claridad en la determinación de cuáles son los criterios que utiliza la Cooperación Española para definir las aportaciones al sector sanitario, evitando computar partidas dudosas o dejando de computar otras que claramente corresponden a salud.

La tendencia observada de canalización de la ayuda en salud a través de la vía multilateral parece consolidarse, ya que, aunando el monto desembolsado a través de canales multilaterales y multibilaterales, superan muy ampliamente la ayuda bilateral por otros mecanismos (gráfico 3.6) y suponen el 60% de la AOD total en salud. La publicación de la estrategia multilateral viene a sentar las bases de lo que la Cooperación Española busca con este tipo de financiación; la Cooperación Española debe analizar si los condicionantes que asume en esa estrategia multilateral se cumplen en las instituciones que apoya.

GRÁFICO 3.6. EVOLUCIÓN DE LA AOD EN SALUD CANALIZADA A TRAVÉS DE OMUDES



Fuente: Elaboración propia a partir de datos seguimiento PACI

AOD bilateral reembolsable

Según las estadísticas de DGPOLDE, el 100% de la ayuda reembolsable se ha destinado al fortalecimiento institucional de los sistemas públicos de salud. Pero al analizar esta ayuda en detalle observamos que se ha destinado a equipamientos e infraestructuras hospitalarias de tercer nivel, muy alejado de la estrategia de APS, y que difícilmente se pueden catalogar como un fortalecimiento del sistema público eficaz y sostenible, y más en países como Kenia o Ghana. Es en esta ayuda donde más se ve la presencia de otros intereses (sobre todo comerciales) en la cooperación sanitaria, y donde la coherencia de políticas debería trabajarse más.

Resulta poco coherente que, como veremos más adelante, Argentina lidere el ranking de países receptores de AOD bilateral en salud o que durante 2008 hayamos recibido de 12 países reembolsos por la ayuda que se les concedió en salud por valor de más de 9 millones de euros, y más aún cuando varios de estos países cuentan con economías muy frágiles como es el caso de Angola, Kenia o Mozambique. Pero quizás el caso más incoherente y sorprendente, y ya llevamos varios años denunciándolo, es el apoyo con equipamiento a China, que es un país que está realizando grandes programas de ayuda sanitaria en África.

La apuesta de China por África tomó un nuevo impulso a partir del año 2000, cuando se crea el Foro China-África^{viii} (FOCAC, por sus siglas en inglés). Acusada por las ONGD de promover el neocolonialismo en África, nunca ha negado su interés por acceder a todo tipo de recurso natural en este continente. En 2008, el comercio bilateral superó los 100.000 millones de dólares USA. Las inversiones directas chinas en África han pasado de 491 millones de dólares en 2003 a 7,8 mil millones en 2008^{ix}.

A pesar de la actual crisis, el compromiso inversor de China en África parece no resentirse si atendemos a lo acordado en la IV cumbre realizada en Egipto con la práctica totalidad de los países africanos. Entre otras cuestiones, China se comprometió a prestar mayor atención a aspectos como la agricultura, la educación, la salud, la atención médica o las energías limpias.

DESEMBOLSOS				
CÓDIGO CRS	PAÍS	PROYECTO	Monto €	IDH
12230	ARGENTINA	CONSTRUCCION Y EQUIPAMIENTO HOSPITAL EN TUCUMAN (ARGENTINA)	2.385.123	PRMA
		CONSTRUCCIÓN Y EQUIPAMIENTO HOSPITALARIO EN CORDOBA	1.675.450	PRMA
		EQUIPAMIENTO HOSPITAL DR. H. QUINTANA (JUYUY)	5.498.881	PRMA
		REMODELACION Y EQUIPAMIENTO HOSPITAL G. RAWSON	9.808.529	PRMA
		Total Argentina	9.559.454	
12230	CHINA	SUMINISTRO LIAOCHENG GUANGMING OFTALMOLOGICAL HOSPITAL	575.560	PRMB
		EQUIPAMIENTO MEDICO HOSPITAL DE LANZHOU (GANSU)	952.190	PRMB
		Total China	1.527.750	
12230	GHANA	EQUIPAMIENTO HOSPITALARIO PARA LA RED NACIONAL DE HOSPITALES	8.296.241	PRB
12230	KENIA	EQUIPOS MEDICOS PARA EL KENYATTA NATIONAL HOSPITAL	1.054.211	PRB
			30.246.185	

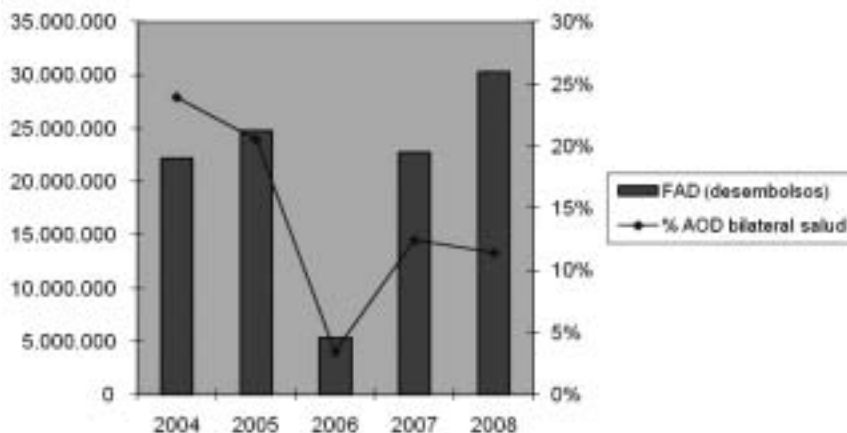
Fuente: Elaboración propia a partir de datos seguimiento PACI

^{viii} <http://spanish.mofcom.gov.cn/subject/sinoafrica/index.shtml>

^{ix} <http://spanish.safe-democracy.org/2009/12/07/china-se-pone-al-dia-en-africa>

Después de que en el año 2006 se produjera una considerable reducción de la AOD reembolsable en el sector salud, en 2007 y 2008 ha vuelto a incrementarse hasta alcanzar montos superiores a los de años anteriores.

GRÁFICO 3.7. EVOLUCIÓN DE LOS DESEMBOLSOS DE FAD DIRIGIDOS A SALUD Y SU PESO RELATIVO EN LA AOD BILATERAL AL SECTOR SALUD.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos seguimiento PACI

En los últimos años el principal instrumento de ayuda reembolsable, los créditos FAD, ha ido sufriendo una transformación por la vía de los hechos que, en el momento de cerrarse este informe, está en camino de consolidarse a través de una reforma legal de dicho instrumento^x.

En este sentido, la Ley de Presupuestos Generales del Estado para 2007 ya distinguía tres tipos diferentes de FAD:

- “FAD en materia de Cooperación”: Son aportaciones para cooperación al desarrollo vía Organismos Internacionales No Financieros. En los PGE aparecía en los activos financieros de la sección del Ministerio de Asuntos Exteriores y Cooperación, con una dotación para 2007 de 624.893.960€ (52% del total). En la actual reforma que se está tramitando se denomina FONPRODE (Fondo para la Promoción del Desarrollo).
- “FAD para Instituciones Financieras Internacionales y para la Gestión de la Deuda Externa - FIDE”: Corresponde a contribuciones a Organismos Financieros Internacionales y se

^x El Consejo de Ministros de 6 de Noviembre de 2009 remitió a las Cortes dos proyectos de ley: el Proyecto de Ley del Fondo para la Promoción del Desarrollo y el Proyecto de Ley de Reforma del Sistema de Apoyo Financiero a la Internacionalización de la Empresa Española

encontraba entre los activos financieros del Ministerio de Economía y Hacienda con una dotación para 2007 de 230.000.000€ (19% del total)

- “FAD para la Internacionalización”: Es lo que comúnmente conocemos como FAD, créditos bilaterales entre Estados que tienen como principal objetivo la internacionalización de la empresa española. Aparecía formando parte de los activos financieros del Ministerio de Industria, Turismo y Comercio, con una dotación para 2007 de 350.000.000 € (29% del total). En la actual reforma que se está tramitando se denomina FIEM.

2.7. Distribución sectorial

Si consideramos la composición sectorial y subsectorial de la AOD bilateral en salud, la salud básica sigue aglutinando más de la mitad de la financiación bilateral en salud, aunque ha descendido con respecto al año anterior en que representó un 64,6%. En este subsector se concentra la ayuda en la atención sanitaria básica y en las infraestructuras, a los que en este año se le añade la nutrición básica.

TABLA 3.7. DISTRIBUCIÓN AOD BILATERAL NETA EN SALUD SEGÚN SUBSECTORES. 2008							
CAD/ CRS		AGE	% (respecto al subsector)	RESTO AGENTES	% (respecto al subsector)	Total 2008	% (respecto al total)
121	Salud general	33.857.905	68,06	15.886.689	31,94	49.744.594	18,73
12110	Política sanitaria y gestión administrativa	26.619.386	87,11	3.937.824	12,89	30.557.209	11,52
12181	Enseñanza/formación médicas	697.189	38,05	1.135.036	61,95	1.832.225	0,69
12182	Investigación médica	1.932.876	60,74	1.249.568	39,26	3.182.444	1,20
12191	Servicios médicos	4.608.454	32,52	9.564.261	67,48	14.172.715	5,35
122	Salud básica	104.599.246	76,57	32.006.013	23,42	136.605.259	51,44
12220	Atención sanitaria básica	25.411.427	74,47	8.712.396	25,53	34.123.823	12,87
12230	Infraestructura sanitaria básica	25.678.491	71,59	10.190.016	28,41	35.868.507	13,51
12240	Nutrición básica	35.672.955	89,68	4.105.682	10,32	39.778.637	14,98
12250	Control de enfermedades infecciosas	8.343.888	73,70	2.978.134	26,30	11.322.022	4,26
12261	Educación sanitaria	179.140	6,48	2.586.685	93,52	2.765.825	1,04
12262	Control de la Malaria	3197173	82,50	678.024	17,50	3.875.197	1,46
12263	Control de la Tuberculosis	1.016.326	63,11	593.998	36,89	1.610.324	0,61
12281	Formación personal sanitario	5.099.845	70,24	2.161.079	29,76	7.260.924	2,74
130	Programas/políticas de Población y salud reproductiva	62.164.138	78,51	17.015.497	21,5	79.179.635	29,81
13010	Política sobre población y gestión administrativa	16.906.000	95,84	733.752	4,16	17.639.752	6,64
13020	Atención salud reproductiva	32.602.884	76,97	9.751.433	23,02	42.354.317	15,95
13030	Planificación familiar	772.160	95,87	33.248	4,13	805.408	0,30
13040	Lucha contra ETS incluido. Sida	11.323.094	68,42	5.226.371	31,58	16.549.465	6,23
13081	Formación de personal para población y salud reproductiva	560.000	30,59	1.270.693	69,41	1.830.693	0,69
TOTAL		200.621.289	75,55	64.908.199	24,45	265.529.488	100

Fuente: Elaboración propia a partir de datos seguimiento PACI

Tanto la salud general como los programas y políticas en población y salud reproductiva han aumentado en torno a 6 puntos porcentuales en 2008 con respecto a 2007. En salud general cabe destacar como positivo el extraordinario impulso que se le da a las políticas sanitarias, multiplicando por más de 3,5 el gasto que se realizó en 2007. Pero cabe destacar el desinterés crónico de la Cooperación Española en la formación en este subsector, cuando existe en el mundo un grave problema de recursos humanos sanitarios, mientras sigue apostando por financiar los servicios médicos.

También el incremento en salud reproductiva viene a reflejar la aplicación de las líneas de actuación de la estrategia sectorial donde una de las prioridades es la salud y los derechos sexuales y reproductivos. Sin embargo, la apuesta que realiza la Cooperación Española parece que se centra más en los aspectos reproductivos de la salud sexual y reproductiva.

En este sector de políticas y programas en población y salud reproductiva sigue llamando poderosamente la atención la escasa financiación a la planificación familiar, aspecto verdaderamente importante para la mejora de la SSR de la mujer, la prevención de embarazos no deseados, abortos inseguros y mortalidad materna. También destaca el hecho de que en planificación familiar es la AGE la que destina más del 95% del total, mientras que el resto de agentes han dejado de ser significativos, a pesar de que en 2007 estas proporciones fueron 45,4% para AGE y 54,6% para el resto de agentes. Por el porcentaje que mantiene durante los últimos años, también parece que los procesos de formación en salud reproductiva no forman parte de las prioridades de la Cooperación Española.

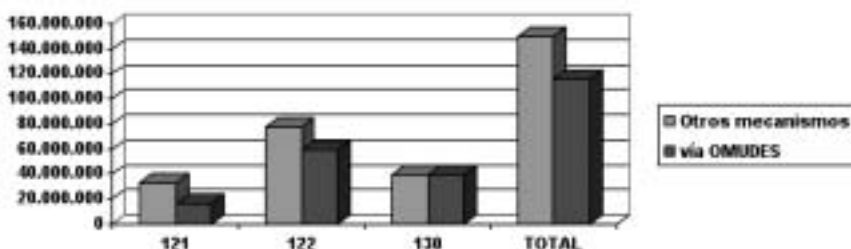
Igualmente hay que señalar que el resto de agentes han disminuido su proporción de financiación a la lucha contra las ETS frente a la de la AGE.

La atención en salud reproductiva y la nutrición son los componentes subsectoriales donde más financiación se ha dirigido, en torno a un 15% del total bilateral destinado a salud a cada uno de ellos. Llama la atención positivamente el hecho de que por primera vez la infraestructura sanitaria básica no recibe la mayor parte de la financiación.

La educación sanitaria continúa siendo la asignatura pendiente en una cooperación que desde la planificación y la estrategia apuesta por la Atención Primaria de Salud, y su proporción apenas ha variado con respecto al año anterior; es significativo el “desinterés” de la AGE que en este año ha participado con menos del 7% del total de la financiación destinada a educación sanitaria.

La canalización de AOD bilateral vía OMUDES para salud general, básica y población y salud reproductiva ha aumentado sensiblemente con respecto al año 2007 ya que en conjunto en 2008 alcanza el 43,5% frente al 29,2% del año anterior.

GRÁFICO 3.8. DISTRIBUCIÓN POR SUBSECTORES DE AOD BILATERAL SEGÚN CANAL. 2008



Fuente: Elaboración propia a partir de datos seguimiento PACI

El esfuerzo de especificación sectorial de la AOD multilateral realizado por DGPOLDE en los últimos dos años nos permite hacer también un análisis de los componentes subsectoriales del total de la AOD en salud. La distribución del peso relativo de los subsectores es similar a la que veíamos respecto a la AOD bilateral, aunque con un porcentaje mayor en salud sexual y reproductiva (36% en la AOD total, frente al 29,81% en la bilateral) y menor en salud general (14% en la AOD total, frente al 18,73% en la bilateral).

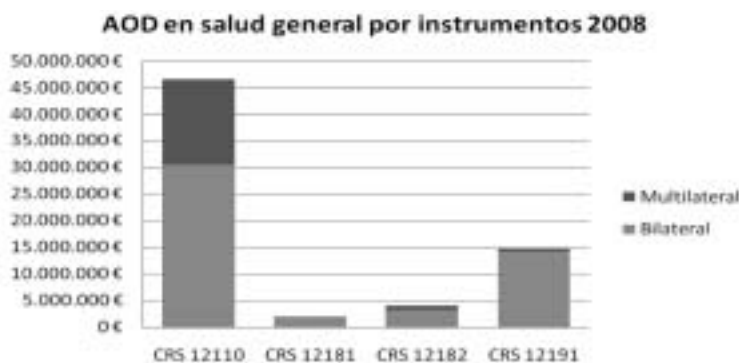
Las mayores diferencias se plantean en los componentes que integran cada subsector. Así, por ejemplo, los componentes de control de enfermedades infecciosas, malaria y tuberculosis, que de forma conjunta suponen un 6,3% de la AOD bilateral en salud, tienen un peso agregado de casi el 22% al considerar el total de la AOD en salud (multilateral + bilateral); o el componente de lucha contra ETS incluido el SIDA, que en la bilateral supone un 6,2%, en la total tiene un peso de casi el 20%.

TABLA 3.8. COMPOSICIÓN SUBSECTORIAL DE LA AOD TOTAL EN SALUD. 2007-2008

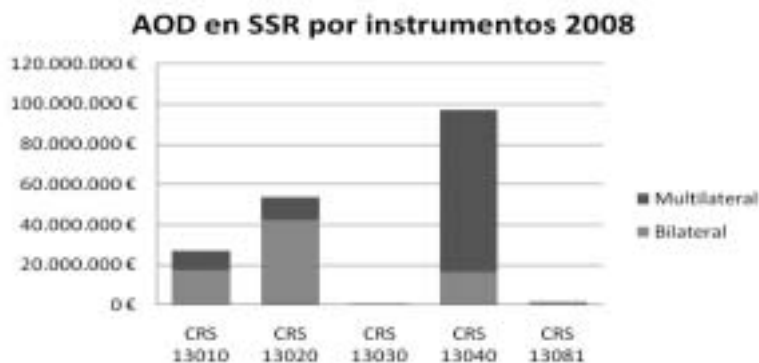
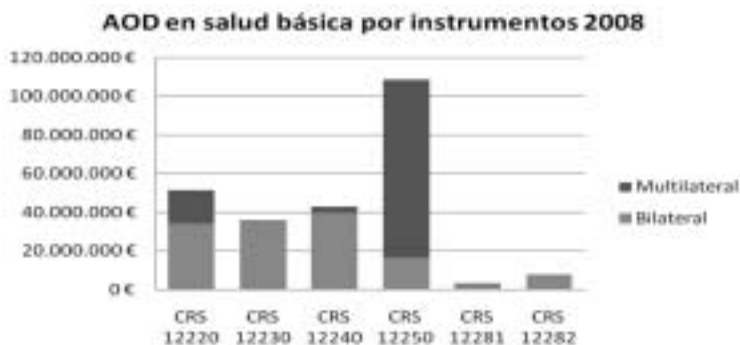
		2007	2008	% variación
121	Salud general	43.772.827,39 €	67.137.499,00 €	53%
12110	Política sanitaria y gestión administrativa	29.295.916,90 €	46.493.106 €	59%
12181	Enseñanza/formación médicas	2.318.904,77 €	1.847.459 €	-20%
12182	Investigación médica	4.008.906,19 €	4.109.146 €	3%
12191	Servicios médicos	8.149.099,53 €	14.687.788 €	80%
122	Salud básica	163.356.847,42 €	249.408.045,00 €	53%
12220	Atención sanitaria básica	35.062.685,38 €	51.636.537 €	47%
12230	Infraestructura sanitaria básica	42.390.715,52 €	36.098.264 €	-15%
12240	Nutrición básica	32.836.565,07 €	42.739.382 €	30%
12250	Control de enfermedades infecciosas	18.470.600,54 €	67.182.752 €	264%
12261	Educación sanitaria	1.897.806,30 €	2.901.888 €	53%
12262	Control de la Malaria	16.782.526,21 €	25.675.314 €	53%
12263	Control de la Tuberculosis	10.801.748,16 €	15.685.681 €	45%
12281	Formación personal sanitario	5.114.200,25 €	7.488.227 €	46%
130	Programas/pol. Población y salud reproductiva	108.721.881,00 €	180.255.617,00 €	66%
13010	Política sobre población y gestión administrativa	11.856.871,63 €	26.919.604 €	127%
13020	Atención salud reproductiva	29.362.512,48 €	53.790.310 €	83%
13030	Planificación familiar	762.343,78 €	805.408 €	6%
13040	Lucha contra ETS incl. sida	66.328.206,40 €	96.909.602 €	46%
13081	Formación de personal para población y salud reproductiva	411.946,71 €	1.830.693 €	344%
AOD TOTAL EN SALUD		315.851.555,81 €	496.801.161,00 €	57%

Fuente: Elaboración propia a partir de datos seguimiento PACI

La utilización de ayuda multilateral y bilateral es muy diferente en cuanto a su composición subsectorial como podemos ver en los gráficos siguientes.

GRÁFICO 3.9. DESAGREGACIÓN DE COMPONENTES SUBSECTORIALES DE LA AOD EN SALUD POR CANALES. 2008^{xi}


^{xi} Para el gráfico referido a salud básica hemos optado por mantener sin desglosar los componentes de control de malaria y control de tuberculosis, que mantenemos unidos al control de enfermedades infecciosas en el código CRS 12250, y mantenemos la numeración 12281 para educación sanitaria y 12282 para formación de personal sanitario



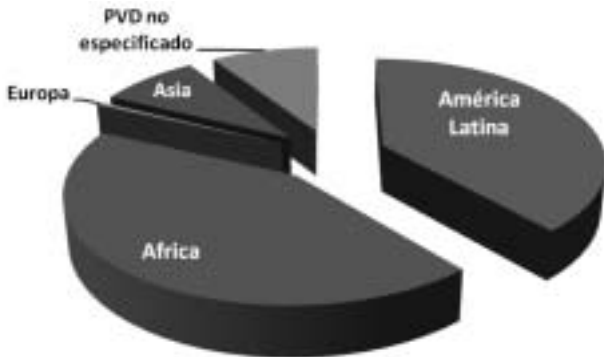
Fuente: Elaboración propia a partir de datos seguimiento PACI

2.8. Distribución geográfica^{xii}

El análisis de la AOD bilateral bruta en salud según su orientación geográfica nos permite ver que África es el principal destino en 2008, con un 43,18 %, seguida de América Latina, con un 38,66 %. La AOD en salud destinada a Asia alcanza un 8,48 % y la destinada a Europa un 0,51 %. El restante 9,17 % de la AOD bilateral bruta en salud es ayuda no especificada geográficamente.

^{xii} En éste epígrafe no se ha incluido la aportación a FNUAP (400.000 €) mencionada anteriormente por no disponer de su desagregación geográfica.

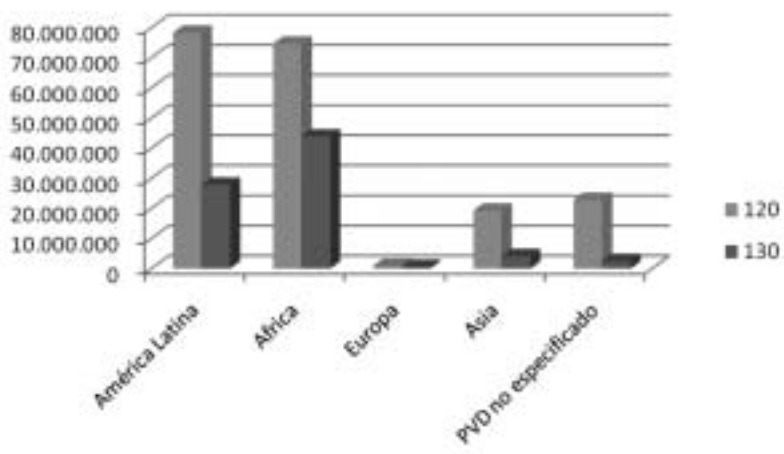
GRÁFICO 3.10. DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA DE LA AOD BILATERAL BRUTA. 2008



Fuente: Elaboración propia a partir de datos seguimiento PACI

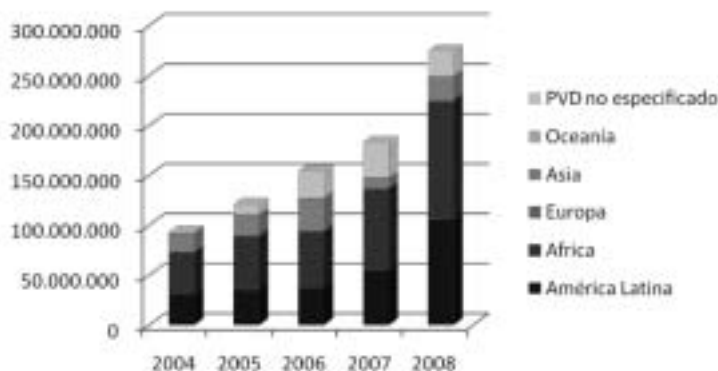
Esta distribución, sin embargo, no es homogénea a nivel subsectorial; mientras América Latina tiene un mayor peso que África en la recepción de AOD bilateral dirigida a salud general y salud básica (código CAD 120) África recibe un mayor apoyo que América Latina a nivel de políticas y programas de población y salud reproductiva (código CAD 130).

GRÁFICO 3.11. DESAGREGACIÓN SUBSECTORIAL Y GEOGRÁFICA DE LA AOD BILATERAL BRUTA EN SALUD. 2008



Fuente: Elaboración propia a partir de datos seguimiento PACI

GRÁFICO 3.12. EVOLUCIÓN DE LA AOD BILATERAL BRUTA SEGÚN ASIGNACIÓN GEOGRÁFICA



Fuente: Elaboración propia a partir de datos seguimiento PACI

En cuanto a la orientación geográfica de la AOD en salud por parte de la AGE, África Subsahariana se consolida como destino principal. Más de la mitad de la ayuda para esta región (56,7%) se destina a salud básica, con notables diferencias sobre otras zonas del continente en las que más del 80% de la financiación que reciben se destina a políticas y programas de salud sexual y reproductiva. Estos datos hablan bastante bien de la orientación en África, pues la mortalidad materna es el gran problema del norte de África, mientras que las necesidades en el África subsahariana son más globales.

TABLA 3.9. DISTRIBUCIÓN DE LA AOD BILATERAL POR SUBSECTORES CANALIZADA POR AGE EN 2008 SEGÚN ÁREA GEOGRÁFICA

Región	121		122		130		Total	
	€	%	€	%	€	%	€	%
Africa no especificado	20.000	0,15			13.700.000	99,85	13.720.000	6,85
Africa Norte	543.000	14,49	124.332	3,32	3.079.250	82,19	3.746.582	1,87
A. Subsah.	10.782.578	15,16	40.327.232	56,70	20.015.598	28,14	71.125.408	35,5
Am. Central	38.379	0,19	9.379.036	46,29	10.844.735	53,52	20.262.149	10,12
Am. No Esp	14.232.905	64,88	1.179.140	5,38	6.525.000	29,74	21.937.045	10,96
Am. Sur	1.546.974	5,42	25.958.571	90,87	1.060.458	3,71	28.566.003	14,27
Asia Sur	45.714	2,88	1.539.479	97,12			1.585.193	0,79
Asia Orient.	3.114.286	41,15	3.740.963	49,43	712.840	9,42	7.568.089	3,78
Asia Central	1.500.000	61,74	929.368	38,26			2.429.368	1,21
Asia No Esp					3.100.000	100,0	3.100.000	1,55
Oriente Medio	1.305.297	40,03	1.945.538	59,66	10.000	0,31	3.260.835	1,63
PVD No Esp	728.774	3,35	19.034.397	87,38	2.020.138	9,27	21.783.309	10,88
Europa			773.225	100,0			773.225	0,39
Total	33.857.905		104.599.246		61.764.138		200.221.289	100

Fuente: Elaboración propia a partir de datos seguimiento PACI

El segundo destino porcentualmente mayor de la AOD en salud de la AGE se ubica en los países suramericanos, en los que los fondos se destinan de modo mayoritario a salud básica (90%), mientras que en Centroamérica, los fondos se reparten más entre salud sexual y reproductiva (53,5%) y salud básica (46,9%). El hecho de que en países americanos no especificados la proporción mayoritaria se destine a salud general induce a pensar en programas regionales o más amplios y/o de políticas públicas en salud. Lo importante es que la Cooperación Española asegure que la ayuda destinada a América Latina –mayoritariamente países de renta media– se dedique a luchar contra las inequidades sanitarias que son el gran problema del continente americano, y por lo tanto que se va a focalizar en las poblaciones más vulnerables

TABLA 3.10. DISTRIBUCIÓN DE AOD BILATERAL EN SALUD FINANCIADA POR AGE SEGÚN NIVEL DE RENTA DE LOS PAÍSES RECEPTORES.2008

	121		122		130		Total	
PRMA	-670.207	-2,80	23.648.125	98,94	923.335	3,86	23.901.253	11,94
PRMB	6.996.799	17,92	16.441.249	42,10	15.613.376	39,98	39.051.424	19,50
PRB	116.190	1,03	9.548.127	84,58	1.625.000	14,39	11.289.317	5,64
PMA	12.179.896	23,08	33.023.876	62,57	7.571.289	14,35	52.775.061	26,36
NE	15.235.227	20,81	21.937.869	29,97	36.031.138	49,22	73.204.234	36,56
Total	33.857.905	16,91	104.599.246	52,24	61.764.138	30,85	200.221.289	100,00

Fuente: Elaboración propia a partir de datos seguimiento PACI

El grupo de países menos adelantados recibió el 26,4% de ayuda bilateral en salud financiada por la AGE, cumpliendo así también en este sector el compromiso adquirido en el IIPD a nivel general, que contemplaba la asignación de un 20% de la AOD bilateral a este grupo de países. El hecho de que en los países de renta media alta tengan un saldo negativo en salud general se debe a la superioridad de los reembolsos de ayuda reembolsable^{xiii}.

Es llamativo el hecho del inferior peso distributivo de los países de renta baja frente a los de renta media baja, que responde a la orientación de la Cooperación Española hacia países latinoamericanos, donde existe dilatada trayectoria de cooperación en salud, y que son en su mayoría países de renta media baja.

Destaca la enorme proporción de recursos (36%) destinados a países no especificados.

Si analizamos el destino geográfico de la AOD bilateral en salud de acuerdo a las categorías de países explicitadas en el II Plan Director, podemos ver que los países prioritarios, que deberían por definición recibir el mayor volumen de ayuda, reciben poco más de un 25%. La mayor proporción es la destinada a países no especificados (36,5%) y a países de atención especial (27%).

^{xiii} El informe 2007 comentaba el hecho del incremento en la proporción de PRMA como consecuencia de los créditos destinados a Argentina.

TABLA 3.11. DISTRIBUCIÓN DE AOD FINANCIADA POR AGE SEGÚN CATEGORÍAS DE PAÍSES RECEPTORES DEL PLAN DIRECTOR. 2008

	121	%	122	%	130	%	Total	%
No Especificado	15.235.227	20,85	21.813.537	29,85	36.031.138	49,30	73.079.902	36,50
P. Atención Esp	9.686.316	17,89	39.874.215	73,63	4.591.116	8,48	54.151.647	27,05
P. Coop. Focalizada	-647.350	-9,52	6.512.408	95,79	933.335	13,73	6.798.393	3,40
OTROS	93.333	0,61	11.669.467	75,77	3.637.500	23,62	15.400.300	7,69
P. Prioritarios	9.490.379	18,69	24.729.618	48,69	16.571.049	32,63	50.791.047	25,37
Total	33.857.905	16,91	104.599.246	52,24	61.764.138	30,85	200.221.289	100,00

Fuente: Elaboración propia a partir de datos seguimiento PACI

Para hacer el análisis de aquellos países que han recibido mayor proporción de AOD bi-lateral bruta en 2008 se han excluido las cantidades asignadas a regiones sin especificar, de modo que los totales se modifican y los porcentajes por países se calculan respecto a la AOD especificada geográficamente. Sólo se han mantenido aquellas cantidades que, aún siendo consignadas como no especificadas, corresponden al Pueblo Saharaui.

TABLA 3.12. 10 PAÍSES MAYORES RECEPTORES POR VOLUMEN DE AOD BILATERAL EN SALUD. 2008

	AOD Bilateral Bruta		CANAL		AGENTE	
	Monto (€)	%	% vía OМУDES	% Otros mecanismos	%AGE	% Otros Agentes
Argentina	19.850.237	10,55	0	100	99,14	0,86
Mozambique	12.613.698	6,71	9,06	90,94	33,18	66,82
Etiopía	10.766.144	5,72	29,71	70,29	90,60	9,40
Nicaragua	9.402.334	5,00	10,46	89,54	55,55	44,55
Ghana*	8.657.696	4,60	0	100	97,42	2,58
Honduras	8.654.196	4,60	0,63	99,37	75,78	24,22
Perú	7.158.207	3,81	15,58	84,42	38,86	61,14
Guinea Ecuatorial	6.100.944	3,24	0	100	88,51	11,49
Bolivia	6.070.922	3,23	21,43	78,57	35,00	65,00
Guatemala	5.850.835	3,11	24,75	75,25	45,07	54,93

Fuente: Elaboración propia a partir de datos seguimiento PACI

*: Ghana entra en este listado a consecuencia de un crédito bilateral por un importe superior a los 8 millones de €.

Por prioridades sanitarias o de desarrollo no es lógico que nuestro primer receptor de ayuda en salud sea Argentina, y mucho menos que Ghana, un país de renta baja, esté entre los 10 primeros receptores a través de un crédito.

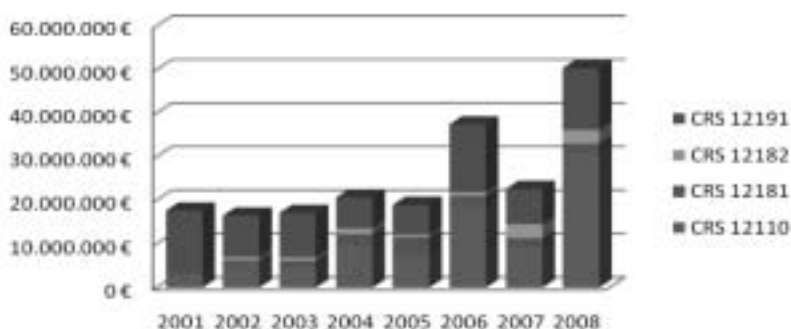
3. ANÁLISIS DE TENDENCIAS DE LOS COMPONENTES SUBSECTORIALES EN SALUD

En este apartado queremos visualizar cuáles han sido las tendencias de los componentes subsectoriales de salud en los últimos 8 años, lo que nos permite comprobar los cambios que han ocurrido en este periodo de tiempo, a la vez que nos sirve como paso previo al análisis de coherencia que veremos en el apartado siguiente.

Los registros de AOD previos a 2007 solamente reflejan una distribución sectorial de la ayuda bilateral; sin embargo, en los dos últimos años (2007 y 2008), la Dirección General de Planificación y Evaluación de Políticas de Desarrollo (DGPOLDE) ha hecho un importante esfuerzo de distribución sectorial de la ayuda multilateral, lo que permite hacer para estos dos últimos años una visualización de la desagregación en componentes subsectoriales del total de AOD en salud^{xiv}. Por tanto, para estos gráficos de trayectoria y también para el siguiente apartado de análisis de coherencia, hemos optado por hacer una secuencia 2001-2008 de la AOD bilateral en salud, y también una secuencia 2007-2008 de la AOD total en salud.

Puesto que nos interesa analizar trayectoria de los últimos años, tanto en este apartado como en el siguiente (análisis de coherencia) hemos optado por mantener la clasificación de códigos CAD/CRS previa a la última revisión (de 2007), sin desglosar los componentes de control de malaria y control de tuberculosis, que mantenemos unidos al control de enfermedades infecciosas en el código CRS 12250, y mantenemos la numeración 12281 para educación sanitaria y 12282 para formación de personal sanitario.

GRÁFICO 3.13. EVOLUCIÓN DE LOS COMPONENTES DE LA AOD BILATERAL DESTINADA A SALUD GENERAL

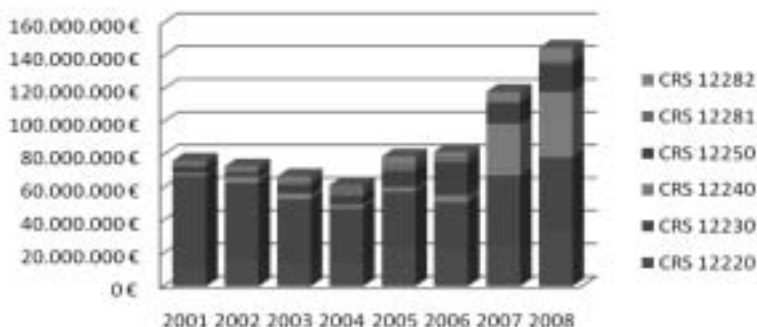


Fuente: Elaboración propia a partir de datos seguimiento PACI

^{xiv} Los códigos CAD/CRS aparecen en un anexo al final del informe

El gráfico de evolución de los componentes de salud general en la AOD bilateral muestra como en cifras absolutas casi se ha triplicado el esfuerzo en este sector, donde se ha mantenido de forma constante un predominio del componente de servicios médicos (12191) en los primeros cuatro o cinco años del período junto a un refuerzo en los últimos tres años del componente de política sanitaria (12110) que llega a suponer más del 60 % en 2008.

GRÁFICO 3.14. EVOLUCIÓN DE LOS COMPONENTES DE LA AOD BILATERAL DESTINADA A SALUD BÁSICA

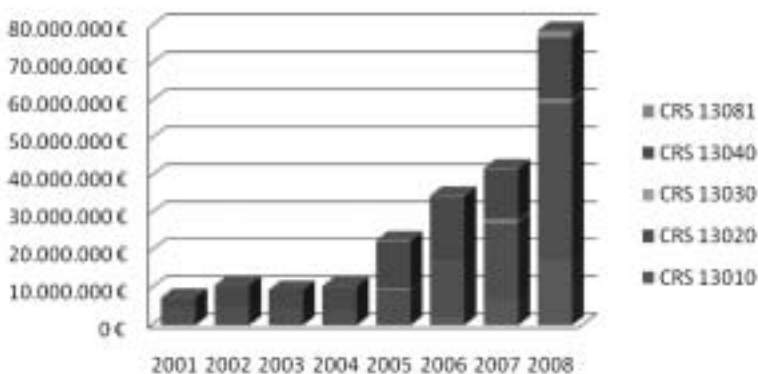


Fuente: Elaboración propia a partir de datos seguimiento PACI

El gráfico de evolución de los componentes de salud básica en la AOD bilateral muestra, por un lado, su mayor peso conjunto en el total de la AOD bilateral en salud, y por otro lado, un ritmo de crecimiento más lento en estos años que el subsector de salud general, duplicándose en los ocho años analizados. En el análisis por componentes podemos ver un clarísimo predominio de la infraestructura sanitaria básica (12230), especialmente en el primer cuatrienio, en que se sitúa en porcentajes entre el 72 y 53% del total del subsector; en el segundo cuatrienio, aunque sigue siendo todos los años el componente con mayor dotación económica, se mueve en porcentajes entre el 30 y el 35 %. En los dos últimos años del período ganan peso relativo los componentes de atención sanitaria básica y nutrición básica, que suponen de forma conjunta la mitad de este subsector.

El gráfico de evolución de los componentes de salud sexual y reproductiva en la AOD bilateral muestra que es el subsector con un incremento más espectacular en los últimos años (en términos absolutos, se ha multiplicado por 11 en el período analizado), superando en los dos últimos años al subsector de salud general. Se puede ver que existe un peso creciente del componente de atención en salud reproductiva (13020) en los dos últimos años, después de que en los años anteriores el mayor peso estuviera en la lucha contra ETS incluido el SIDA (13040). Esto se puede explicar porque las aportaciones de la Cooperación Española contra el SIDA se centran en los últimos años en el Fondo Global, ayuda que se computa en los instrumentos multilaterales. Los otros tres componentes son casi anecdóticos, salvo en los dos últimos años en que gana peso el componente de política sobre población y gestión administrativa (13010).

GRÁFICO 3.15. EVOLUCIÓN DE LOS COMPONENTES DE LA AOD BILATERAL DESTINADA A SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA



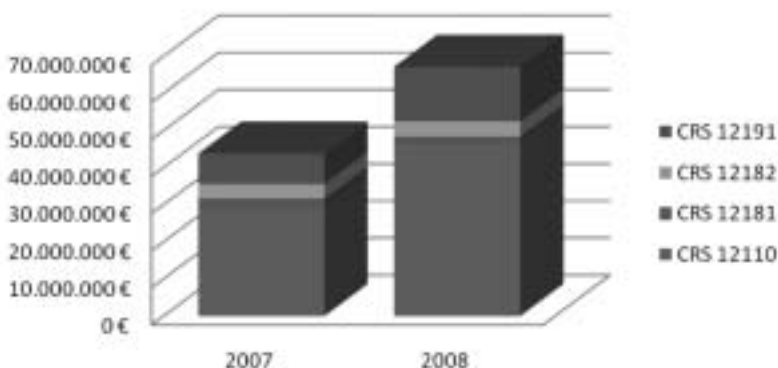
Fuente: Elaboración propia a partir de datos seguimiento PACI

Durante estos ocho años han cambiado de forma profunda los planteamientos teóricos y las políticas y estrategias que fundamentan la Cooperación Española en salud, con dos Planes Directores y dos estrategias de salud. Pero esta evolución no se ha plasmado en un cambio radical de las prioridades de la Cooperación Española. El hecho más relevante es el importante incremento del subsector de SSR, pero no se aprecian cambios muy significativos en el peso que tienen los diferentes componentes dentro de cada subsector, salvo quizás lo referido a política sanitaria. Es de esperar que en los próximos años el impulso que se está realizando en el sector se visibilice de una forma más patente, a través de las prioridades que financie la Cooperación Española en salud de forma bilateral.

Como ya comentamos, es interesante poder visualizar también el comportamiento de estos componentes en un análisis del total de la AOD en salud, integrando también la AOD multilateral. Pero desgraciadamente no podemos hablar de tendencias, pues solamente tenemos datos para 2007 y 2008.

A diferencia de lo que ocurría en la distribución por componentes de salud general en la AOD bilateral, al analizar la AOD total de estos dos últimos años observamos el clarísimo predominio del componente de política sanitaria y gestión administrativa (12110), que está recibiendo un mayor apoyo relativo a través de la AOD multilateral que a través de la bilateral.

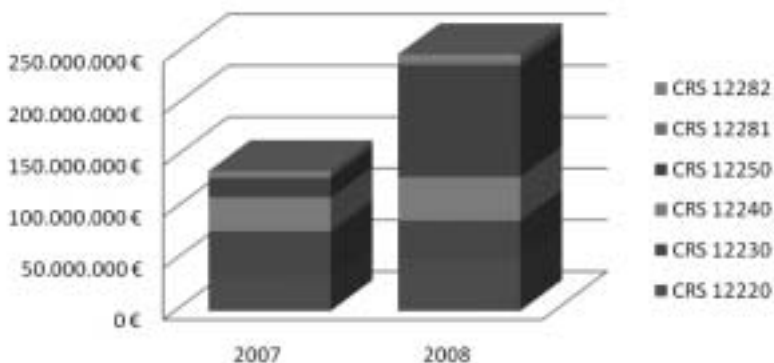
GRÁFICO 3.16. EVOLUCIÓN DE LOS COMPONENTES DE LA AOD TOTAL DESTINADA A SALUD GENERAL



Fuente: Elaboración propia a partir de datos seguimiento PACI

El gráfico referido a salud básica es el que muestra mayores diferencias de composición entre AOD bilateral y total. Mientras en la AOD bilateral dirigida a salud básica hemos visto un predominio del componente de infraestructura sanitaria, al analizar la AOD total dirigida a este subsector vemos que en 2008 es el componente de control de enfermedades infecciosas (12250) el que predomina copando un 43% de todo el subsector de salud básica, seguido de un reparto equilibrado entre los componentes de atención sanitaria básica (12220), infraestructura (12230) y nutrición (12240). Esto supone nuevamente un comportamiento muy diferente entre la AOD bilateral y la multilateral en cuanto a la asignación a componentes subsectoriales.

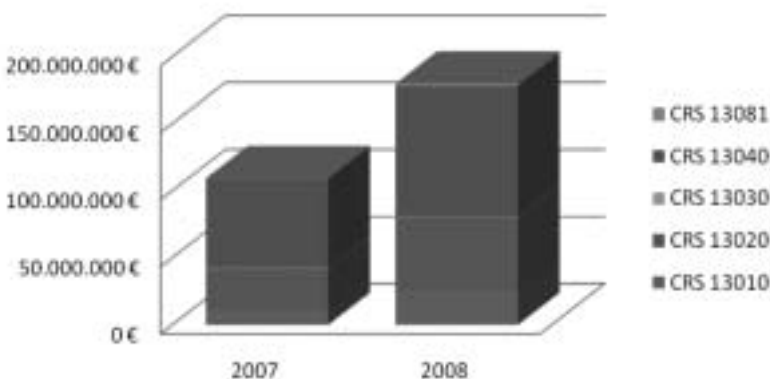
GRÁFICO 3.17. EVOLUCIÓN DE LOS COMPONENTES DE LA AOD BILATERAL DESTINADA A SALUD BÁSICA



Fuente: Elaboración propia a partir de datos seguimiento PACI

En el caso de la AOD dirigida a salud sexual y reproductiva, mientras la AOD bilateral en 2007 y 2008 ha estado mayoritariamente orientada al componente de atención en salud reproductiva (13020), al analizar la AOD total vemos que el peso está claramente ubicado en el componente de lucha contra ETS, incluido el SIDA (13040), que recibe casi el 54 % del total de AOD destinada a este subsector.

GRÁFICO 3.18. EVOLUCIÓN DE LOS COMPONENTES DE LA AOD BILATERAL DESTINADA A SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA



Fuente: Elaboración propia a partir de datos seguimiento PACI

En conclusión, podemos decir que se vienen dando diferencias sustanciales en la asignación de la AOD bilateral y multilateral en salud. Esto podría deberse bien a una estrategia de utilizar unos instrumentos para unos componentes y otros para otros en función de las ventajas comparativas que cada uno puede aportar, o bien a la aplicación de diferentes criterios en la asignación de una y otra ayuda.

4. APROXIMACIÓN TEÓRICA A LA COHERENCIA DE LA COOPERACIÓN ESPAÑOLA EN SALUD RESPECTO A LAS OPCIONES ESTRATÉGICAS DEL PLAN DIRECTOR

4.1. Introducción

A partir del II Plan Director de la Cooperación Española se incorporaron una claras directrices generales para este sector en torno a dos opciones estratégicas de profundísimo calado: la opción por el fortalecimiento de sistemas públicos de salud (FSPS) y por la estrategia de Atención Primaria de Salud (APS), en el marco de un enfoque de derechos, es decir, de considerar la salud como un derecho humano, en coherencia con la Declaración Universal de Derechos Humanos, con el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y con la Observación General nº 14 del Comité DESC de Naciones Unidas.

Estas interesantísimas opciones estratégicas, que las organizaciones que realizamos este informe hemos promovido y alentado desde hace años, unidas a la manifiesta voluntad de la Cooperación Española de desarrollar un liderazgo efectivo en la cooperación en salud en el marco de la comunidad de donantes y, especialmente, en la Unión Europea, pueden tener un impacto muy positivo para la mejora de la orientación general de la cooperación en este sector clave para el desarrollo.

A las organizaciones que suscribimos este informe nos parece, por tanto, muy importante valorar en qué medida la trayectoria de la Cooperación Española en el sector salud es coherente con estas orientaciones estratégicas formuladas en el II Plan Director y reiteradas en el DES Salud y en el III Plan Director. Los sistemas de cómputo y clasificación de la AOD, que se guían principalmente por la metodología del CAD, no facilitan este tipo de ejercicios; sin embargo, vamos a intentar realizar una aproximación que, partiendo de la formulación de unas hipótesis de trabajo –que como tales podrán ser o no compartidas por otros agentes de la cooperación–, nos permita valorar la coherencia de esa trayectoria e identificar posibilidades de mejora en el futuro.

Sabemos que este ejercicio teórico tiene limitaciones, pero consideramos que es un primer paso para profundizar en el análisis de la toma de decisiones en la Cooperación Española en el sector salud. Es necesario que la Cooperación Española se dote de los instrumentos imprescindibles para poder comprobar la coherencia de sus acciones en salud con sus dos ejes estratégicos, la APS y el fortalecimiento de los sistemas de salud, y que esta coherencia sea un elemento fundamental para orientar sus acciones prioritarias.

4.2. Hipótesis de trabajo.

Para poder hacer este ejercicio –que, insistimos, es de aproximación– debemos primero identificar qué componentes subsectoriales de la AOD en salud (códigos CRS de cinco dígitos) refuerzan la opción de fortalecimiento de sistemas públicos de salud; cuáles lo hacen respecto a la estrategia de APS; y cuáles nos parece que, a priori, no suponen un refuerzo de uno u otro enfoque.

Esta clasificación, realizada por estas organizaciones exclusivamente para intentar visibilizar los ámbitos de mayor y menor coherencia de nuestra ayuda en salud, responde exclusivamente al criterio de las propias organizaciones y es, por tanto, como ya hemos señalado más arriba, discutible. Pero en cada caso intentaremos aportar las razones que nos llevan a clasificar cada componente subsectorial de una u otra manera.

Análisis de coherencia de cada componente de salud respecto a las prioridades estratégicas del Plan Director de la Cooperación Española para el sector salud				
CAD	CAD	DENOMINACION	DESCRIPCION CAD	COHERENCIA
121		SALUD GENERAL		
	12110	Política sanitaria y gestión administrativa	Política de sanidad; ayuda para la planificación y la programación; ayuda a ministerios de sanidad; administración de la sanidad pública; fortalecimiento y asesoramiento institucional; programas cobertura y seguro médico; actividades sanidad sin especificar.	Este componente nos parece muy coherente con el fortalecimiento de sistemas públicos de salud (FSPS).
	12181	Enseñanza / Formación médicas	Enseñanza médica y formación para servicios nivel terciario.	Dado el problema de recursos humanos que suele afectar a los sistemas públicos de salud en PVD nos parece que este componente refuerza la opción de FSPS.
	12182	Investigación médica	Investigación médica general (exceptuando la investigación sobre la sanidad básica).	En principio, nos parece que este componente no tiene una relación directa con el FSPS. La exclusión de la investigación orientada a la sanidad básica apunta a que este componente tampoco sería coherente con la orientación hacia la APS.
	12191	Servicios médicos	Laboratorios, clínicas especializadas y hospitales (incluyendo equipamiento y suministros), ambulancias, servicios dentales, salud mental, rehabilitación médica, control enfermedades no infecciosas, control abuso medicamentos y fármacos	Este subsector está orientado a la atención especializada, no a la atención básica, y por tanto no parece que suponga un refuerzo de la APS. No lo identificamos tampoco a priori como un refuerzo del FSPS porque entendemos que no refuerza las funciones que debe desarrollar un sistema público de salud en un contexto de pobreza: - no refuerza la función de rectoría del sistema - respecto a la función de prestación de servicios de salud, sería más importante la orientación a la atención sanitaria básica, que es en la que se resuelven la mayoría de los problemas de salud -y respecto a la adecuación de recursos a las necesidades también nos parece que sería más importante orientar los recursos al nivel básico de atención sanitaria básica.

122		SALUD BÁSICA		
	12220	Atención sanitaria básica	Programas de asistencia sanitaria primaria y básica; programas de cuidados paramédicos y de enfermería; suministro de fármacos, medicamentos y vacunas para atención sanitaria básica.	Este componente nos parece muy coherente con la estrategia de APS.
	12230	Infraestructura sanitaria básica	Hospitales regionales, clínicas y dispensarios y equipamiento médico correspondiente; se excluyen los hospitales y clínicas especializados.	A primera vista este componente podría parecer bastante coherente al menos con la orientación hacia la APS. Pero hay que tener en cuenta que en muchas ocasiones una fuerte financiación de infraestructuras de salud, que no vaya acompañada del apoyo necesario para gastos de personal y funcionamiento corriente, puede no suponer un fortalecimiento del sistema de salud, sino que incluso puede debilitarlo, por los costes que supone la financiación de los gastos corrientes de funcionamiento, materiales y personal de estas infraestructuras. Para las organizaciones que hacemos este informe éste es un componente que, por el gran peso relativo que ha tenido en la AOD española en salud, habría que analizar con mucho cuidado antes de asignarlo en uno u otro sentido, ya que por sí sólo puede sesgar el resultado en un sentido o en otro.
	12240	Nutrición básica	Programas directos para la alimentación (alimentación materna, lactancia y alimentación de continuidad /tras destete, alimentación infantil, alimentación 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.	Componente muy coherente con la orientación hacia la APS
	12250	Control de enfermedades infecciosas	Vacunación; prevención y control del paludismo, tuberculosis, enfermedades diarreicas, enfermedades transmitidas por un vector (agente portador) (por ejemplo: oncocercosis y bilharziosis), etc.	Componente bastante coherente con la orientación hacia la APS, especialmente cuando se trate de enfermedades endémicas en un país. Sin embargo, y a pesar de incluirlo en APS es importante señalar que si se trabaja mediante estrategias verticales aisladas este componente debilitaría los sistemas de salud.
	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.	Componente muy coherente con la orientación hacia la APS
	12282	Formación personal sanitario	Formación de personal sanitario para asistencia sanitaria básica.	Componente coherente con el FSPS, en el mismo sentido que hemos argumentado en 12181.

130	PROGRAMAS/ POLITICAS SOBRE POBLACION Y SALUD REPRODUCTIVA			
	13010	Política sobre población y gestión administrativa.	Políticas demográficas / desarrollo; trabajos de censo, registro de nacimientos y fallecimientos; datos inmigración y emigración; análisis / investigación demográfica; investigación salud reproductiva; actividades de población sin especificar.	En principio, por la descripción de contenidos de este subsector, no nos parece que suponga un refuerzo de la opción de FSPS o impulso de la APS.
	13020	Atención salud reproductiva	Fomento salud reproductiva; cuidados prenatales y postparto, incluyendo alumbramiento; prevención y tratamiento de la infertilidad; prevención y gestión consecuencias del aborto; actividades maternas saludables.	Este subsector es coherente con el refuerzo de la APS, que integra un componente de salud materno infantil.
	13030	Planificación familiar	Servicios de planificación familiar, incluyendo orientación; actividades de información, educación y comunicación (IEC); distribución de anticonceptivos; capacitación y formación.	Nos parece que este subsector, por el contenido y enfoque que tiene, incorporando buena parte de actividades educativas/preventivas, es muy coherente con el refuerzo de la estrategia de APS.
	13040	Lucha contra ETS, incluido el SIDA	Todas las actividades relacionadas con enfermedades de transmisión sexual y con el control del SIDA, como información, educación y comunicación; diagnóstico precoz; prevención; tratamiento; cuidados.	Se podría entender quizás que este subsector es coherente con el enfoque de APS, que integra un componente de prevención y control de enfermedades endémicas. Pero también se puede hacer la consideración de que, en la medida en que el trabajo sobre SIDA se ha venido haciendo en muchos casos a partir de programas verticales y que éstos han supuesto con frecuencia un debilitamiento de los sistemas públicos de salud en su nivel de atención básica, este componente se no ha traducido en un refuerzo real ni de la opción PSPS ni de la APS. Para este ejercicio, las organizaciones que hacemos este informe optamos por no clasificarlo ni como pro APS ni como pro FSPS.
	13081	Formación de personal para población y salud reproductiva	Educación y formación de personal sanitario para servicios de población y salud reproductiva.	Componente coherente con el FSPS, con la misma argumentación que hemos dado en 12181.

A partir del análisis de los componentes subsectoriales, de cara a este ejercicio de aproximación a la coherencia de la AOD española en salud con las orientaciones estratégicas básicas formuladas por el Plan Director, como hipótesis de trabajo clasificamos los componentes subsectoriales en cuatro bloques:

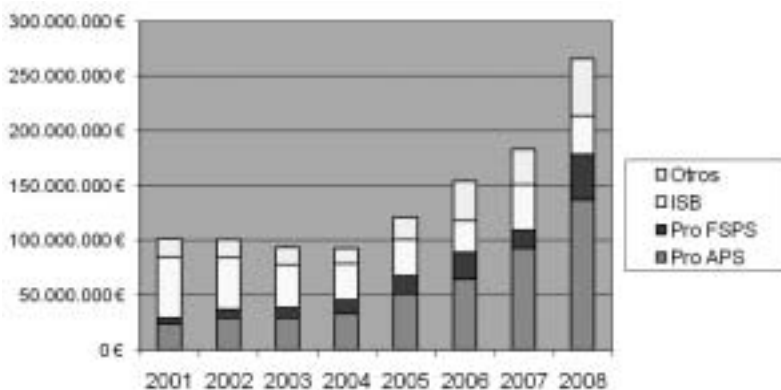
- Componentes pro APS: 12220, 12240, 12250, 12281, 13020 y 13030.
- Componentes pro FSPS: 12110, 12181, 12282 y 13081.
- Otros subsectores: 12182, 12191, 13010 y 13040.
- Infraestructura sanitaria básica^{xv} (ISB): 12230.

^{xv} Por el peso que tiene, y en función del sesgo que pueden darle a nuestro análisis, optamos por no incorporarlo a ninguno de los tres bloques precedentes, sino reflejarlo aparte.

4.3. Aproximación teórica al análisis de coherencia.

Según hemos argumentado en el apartado anterior, realizamos una agregación de componentes en cuatro bloques: pro APS, pro FSPS, Otros e ISB. Al igual que hemos hecho en el análisis de la trayectoria de los componentes subsectoriales, vamos a utilizar una secuencia 2001-2008 para el análisis de la AOD bilateral y una secuencia 2007-2008 para el análisis de la AOD total en salud.

GRÁFICO 3.19. COHERENCIA DE LA AOD BILATERAL EN SALUD RESPECTO A LAS OPCIONES ESTRATÉGICAS DEL PLAN DIRECTOR. 2001 - 2008



Fuente: Elaboración propia a partir de datos seguimiento PACI

En el caso de la AOD bilateral en salud, podemos observar que en un primer período (2001-2003, por tanto, período anterior a la formulación del II Plan Director y sus opciones estratégicas en salud) el componente de infraestructuras sanitarias básicas era claramente preponderante (entre el 42 y el 55%). El grupo de componentes pro APS tenían un peso relativo que se fue moviendo entre el 23 y el 31% del total. Los componentes pro FSPS resultaron residuales, entre un 5 y un 10%. Y los componentes que no suponen un apoyo a ninguna de estas dos opciones estratégicas supusieron entre el 16 y el 17%.

A partir de 2004 se produce un incremento del peso relativo de los componentes pro APS y pro FSPS, aunque con altibajos. En los dos últimos años del período los componentes pro APS suponen el 50 % de la AOD bilateral en salud y los pro FSPS entre el 9 y el 16 %.

Igualmente, a partir de 2004, el componente de ISB comienza un fuerte descenso que llega a su cota más baja en 2006, en que supuso sólo el 19% de la AOD bilateral en salud y registró el menor volumen de todo el período en términos absolutos. Coincide también que en ese año se produjo el menor nivel de asignación de ayuda reembolsable

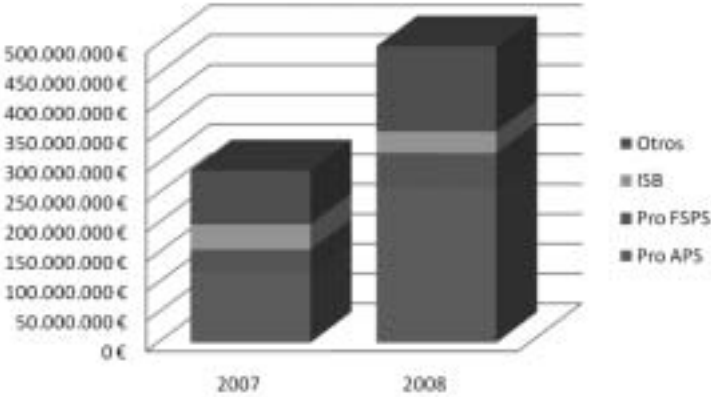
al sector salud en los últimos diez años. En 2007 y 2008, su peso relativo oscila, subiendo en 2007 al 23% y volviendo a bajar en 2008 hasta el 16%, el peso relativo más bajo del período analizado, aunque en estos dos últimos años este componente ha tenido un incremento sustancial en términos absolutos.

Y respecto a los otros componentes, aquellos que en principio identificamos como menos coherentes con la opciones estratégicas formuladas por la Cooperación Española a partir del II Plan Director, su peso relativo se mantuvo constante entre el 16 y el 17% durante los primeros cinco años del período, aumentó en 2006 alcanzando la cota más alta con un 24% de la AOD bilateral en salud, y se ha situado al final del período en un 19%.

En general, y a pesar de los altibajos señalados, podemos decir que ha habido una tendencia a incrementar los componentes que refuerzan las dos opciones estratégicas básicas, pro APS y pro FSPS, alcanzando un 65% del total. Es el subsector de infraestructuras básicas el que necesita un análisis más en profundidad para conocer en qué medida guarda coherencia con las opciones estratégicas señaladas.

En los dos últimos años, como ya hemos explicado, se ha hecho un gran esfuerzo en DGPOLE para realizar la distribución sectorial de la AOD multilateral, lo que nos permite, al menos para estos dos últimos años, hacer un análisis sobre el total de la AOD en salud.

GRÁFICO 3.20. COHERENCIA DE LA AOD TOTAL EN SALUD RESPECTO A LAS OPCIONES ESTRATÉGICAS DEL PLAN DIRECTOR. 2007 - 2008



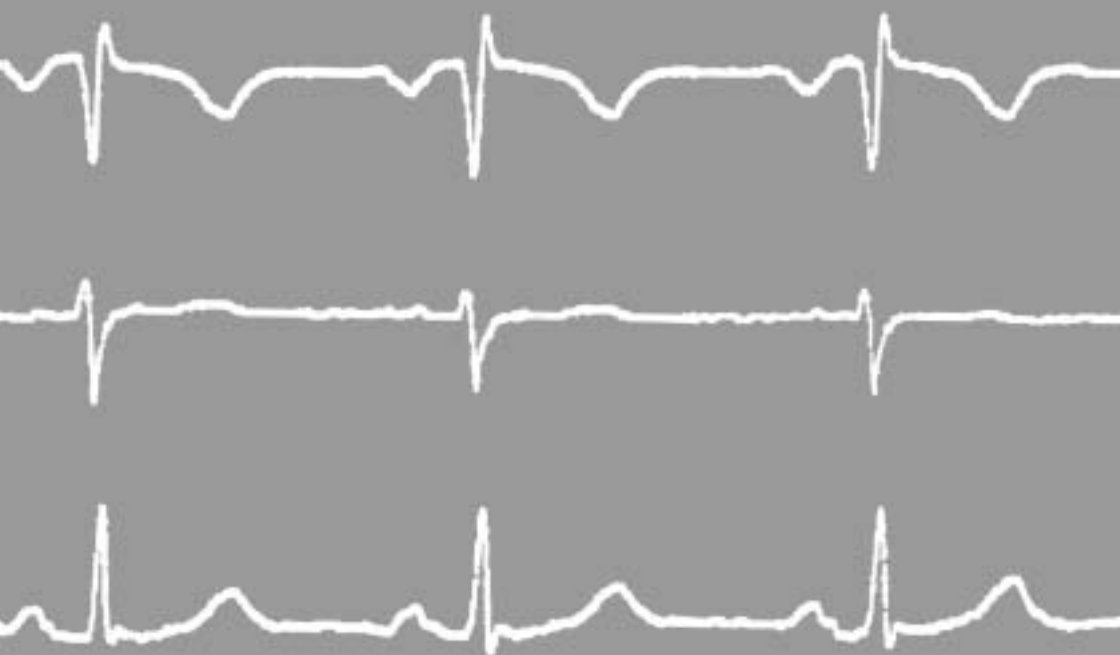
Fuente: Elaboración propia a partir de datos seguimiento PACI

Este gráfico nos permite visualizar el mayor y creciente peso relativo de los componentes pro APS que en 2008 suponen más de la mitad de la AOD total en salud. Podemos observar que el peso relativo de los componentes pro FSPS –que se mueve en torno al 12 %– es menor que en la AOD bilateral (que alcanza el 16 % en 2008). Por el contrario, el componente de ISB, que en la ayuda bilateral suponía en estos dos años entre el 14 y el 23%, en al AOD total supone el 15 % en 2007 y el 7 % en 2008. Y respecto a los componentes que no refuerzan ninguna de las dos opciones (Otros) podemos ver que tienen un mayor peso relativo al analizar la AOD total –donde suponen entre el 29 y el 31%– frente a lo que suponían en la AOD bilateral (en torno al 18%).

En conclusión podemos decir que:

- Se aprecia un peso relativo importante de los componentes subsectoriales de la AOD bilateral en salud que son coherentes con las opciones estratégicas del Plan Director (pro APS y pro FSPS), suponiendo en todo el período de vigencia del II Plan Director más del 58% de la AOD bilateral en salud, con algunas oscilaciones anuales (máximo del 65%, mínimo del 58%). Este porcentaje debe ir incrementándose si queremos mejorar la coherencia de las acciones en salud.
- La orientación de la AOD multilateral en los dos últimos años (2007 y 2008) tiende a reforzar un poco la orientación pro APS y reducir un poco la orientación pro FSPS. Además la AOD multilateral prioriza en mayor medida aquellos componentes que no refuerzan ninguna de las dos opciones. El intenso destino de fondos multilaterales al componente CRS 12250 (lucha contra ETS, incluido el SIDA) supone que, en el cómputo de la AOD total en salud en 2008, este componente reciba casi el 22% del total, en detrimento principalmente de los componentes pro FSPS. Hay que tener en cuenta que la mayor parte de esta ayuda contra el SIDA se distribuye a través del Fondo Global, una iniciativa vertical que, a juzgar por su trayectoria, no fortalece los sistemas de salud.
- De forma inversa, el componente ISB tiene una mayor peso en la AOD bilateral (23 y 26% en los dos últimos años) mientras que, debido al escaso peso que tiene en la AOD multilateral, a nivel de la AOD total en salud se queda en porcentajes del 15 y 7% en esos mismos dos años. Es un componente que, en su aplicación bilateral, debería ser analizado con cuidado para valorar en qué medida y en qué condiciones podría reforzar las orientaciones estratégicas y en qué situaciones lo que hace es debilitarlas. Probablemente, la utilización de la ayuda reembolsable en este componente sea uno de los aspectos que convendría eliminar.
- La aplicación de la AOD española en salud puede mejorar su coherencia respecto a las dos grandes opciones estratégicas formuladas por el Plan Director poniendo atención a varios aspectos:

- La Cooperación Española debería evaluar con profundidad en qué medida las aportaciones multilaterales –especialmente las que realiza al Fondo Global– puedan estar contribuyendo a un debilitamiento de sistemas públicos de salud, especialmente en el nivel de atención primaria.
- Igualmente, la Cooperación Española debería analizar en qué circunstancias y bajo qué condiciones los fondos –principalmente los bilaterales– dedicados a infraestructuras sanitarias básicas suponen un refuerzo de sus orientaciones estratégicas y cuándo provocan lo contrario, de manera que este componente, especialmente significativo en la AOD bilateral, sea orientado de la mejor forma posible.
- La Cooperación Española debería prestarle una mayor atención a algunos componentes que, siendo muy coherentes con las opciones estratégicas formuladas, están teniendo una escasa dedicación de recursos. En este sentido, serían especialmente importantes los apoyos a educación sanitaria –componente que además se suele valorar como enormemente costo eficiente–, a formación de personal de salud (12181, 12282 y 13081) y a planificación familiar, que sigue siendo un componente residual de la Cooperación Española en salud. Estos componentes de forma conjunta suponen sólo el 3% de la AOD española en salud.
- Es necesario que la Cooperación Española se dote de instrumentos adecuados para poder incorporar este tipo de análisis de coherencia respecto a sus ejes estratégicos prioritarios a las acciones que desarrolle en el ámbito de la salud.



CAPITULO IV.

LA SALUD EN LA COOPERACION DESCENTRALIZADA

La cooperación descentralizada en 2008 alcanzó la cifra record de 613.484.659 euros, lo que supone un incremento de casi el 20% con respecto a 2007. (Tabla 4.1). Los dos agentes principales que aglutinan esta AOD son las Comunidades Autónomas (CC.AA.) y las Entidades Locales (EE.LL.). Éstas últimas reúnen a Ayuntamientos, Mancomunidades, Diputaciones Provinciales y Fondos de Cooperación, un conjunto tan variado de agentes que hace difícil, más allá de la agregación cuantitativa, someterla a un análisis dentro un marco conjunto de acción.

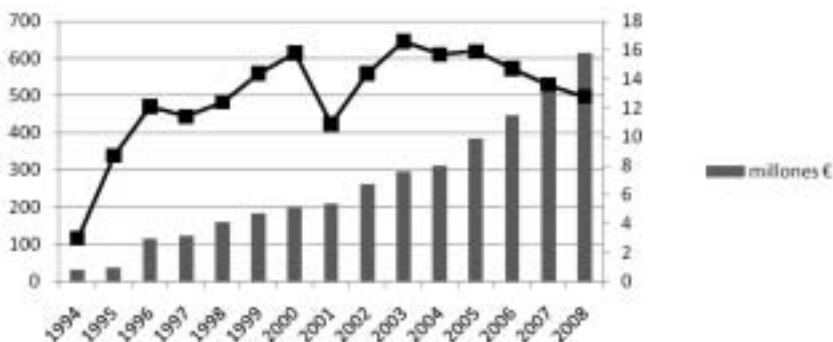
La tendencia de esta cooperación en los últimos años a incrementar sus presupuestos y a conceder mayor relevancia a las políticas de cooperación dentro de las acciones de gobierno que desarrollan, les ha permitido una mayor autonomía en las decisiones y un papel cada vez más relevante en el ámbito de la cooperación.

TABLA 4.1. EVOLUCIÓN COOPERACIÓN DESCENTRALIZADA					
	2005	2006	2007	2008	Dif. 07-08
CC.AA.	266.264.451	323.908.212	389.753.319	464.709.158	19.23%
EE.LL.	118.862.523	122.348.405	121.499.227	148.775.501	22.40%
TOTAL	385.126.974	446.256.617	511.252.546	613.484.659	19.99%

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de los Seguimientos de los PACI 2005-2008

Tanto las Comunidades Autónomas como las Entidades Locales aumentaron los números absolutos de ayuda, que se tradujeron en ambos casos en incrementos relativos en torno al 20%, lo que sin duda es un dato positivo. No obstante, al poner en relación la ayuda de Comunidades y Entidades Locales con el conjunto de la AOD española, el escenario cambia. En 2008, ha vuelto a caer su peso en términos relativos, situándose en un 12.8% sobre el conjunto de la ayuda del país (Gráfica 4.1.). Este dato es consecuencia, un año más, del mayor incremento que se ha producido en el volumen de la ayuda por parte de la Administración General del Estado (AGE).

GRÁFICA 4.1. EVOLUCIÓN DE LA AOD DESCENTRALIZADA EN ESPAÑA. 1994-2008



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de los Seguimientos de los PACI 2004 - 2008

En términos de variación de 2008 con respecto a 2007, las Comunidades autónomas aportan el 73.3% de la variación interanual por un 26.7% las entidades locales. Así mismo, las Comunidades Autónomas representaron el 9.8% del total de la AOD española y las Entidades locales el 3.1%

TABLA 4.2. EVOLUCIÓN PORCENTAJE DE CADA CCAA EN EL TOTAL DE AOD AUTONÓMICA 2005 - 2008

CC.AA.	2005	2006	2007	2008
Andalucía	14,25	16,37	20,99	20,82
Aragón	2,15	1,89	2,05	2,07
Asturias	3,28	3,54	3,32	2,53
Baleares	4,38	4,34	4,21	3,36
Canarias	1,83	2,47	4,56	4,03
Cantabria	1,80	1,58	1,40	1,10
Cataluña	16,56	17,57	14,82	13,52
Castilla La Mancha	11,49	10,75	9,29	8,68
Castilla y León	3,35	3,61	3,36	2,22
Extremadura	2,27	1,81	2,54	1,96
Galicia	2,48	1,81	2,75	2,12
La Rioja	0,92	0,90	1,14	0,88
Madrid	8,12	10,23	7,95	8,39
Murcia	1,05	1,31	1,31	1,10
Navarra	6,25	5,11	4,88	4,45
País vasco	11,66	8,84	7,54	8,79
C. Valenciana	8,13	7,86	7,86	13,95
Melilla	0,03	0,00	0,02	0,02
TOTAL	100,00	100,00	100,00	100,00

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de seguimiento PACI 2005-2008.

Observamos que tradicionalmente el mayor peso de la AOD autonómica recae en 6 CC.AA., Andalucía, Cataluña, País Vasco, Madrid, Comunidad Valenciana y Castilla la Mancha, que en 2008 suman el 74,15%.

Al desagregar la AOD por modalidades de ayuda, vemos que las CC.AA. destinaron un 84.6% a la cooperación al desarrollo, un 8.4% a la ayuda humanitaria y el 7% restante a educación para el desarrollo y sensibilización social. La asignación de las EE.LL. no difiere mucho de la efectuada por las CC.AA. La cooperación para el desarrollo acumula el 88.3% de la ayuda, ayuda humanitaria un 5.6% y educación para el desarrollo un 6%.

TABLA 4.3. % AOD POR MODALIDADES DE AYUDA		
Modalidades	CC.AA.	EE.LL.
cooperación al desarrollo	84,6%	88,3%
ayuda humanitaria	8,4%	5,6%
educación para el desarrollo y sensibilización social	7%	6%

Fuente: Elaboración propia a partir de datos seguimiento PACI 2008

1.LAS CIFRAS DE LA COOPERACIÓN DE LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS

Si nos centramos en la cooperación de las CC.AA., observamos que en su conjunto ha habido un incremento, en 2008, de casi 75 millones de euros, lo que sitúa la AOD de las CC.AA en 464.709.158 euros. Diez comunidades autónomas incrementan su AOD, destacando que el mayor esfuerzo lo realiza la Comunidad Valenciana con un incremento del 111,6%, lo que le lleva a duplicar su ayuda pasando de 30,6 millones en 2007 a 64,8 millones en 2008. También son destacables los esfuerzos realizados por País Vasco, que incrementa su ayuda en un 39%, pasando de 29,3 millones a 40,8 millones, Madrid y Aragón que aumenta un 26% y un 20% respectivamente. Finalmente destacar el esfuerzo de la que es la comunidad que más volumen de ayuda destina a cooperación, Andalucía, que incrementa su ayuda en un 18,3% situando el total en 96.775.351 euros.

TABLA 4.4. AOD NETA POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS

CCAA	2005		2006		2007		2008		Variación 08-07	
	euros	%	euros	%	euros	%	euros	%	euros	%
Andalucía	37.937.899	14,25	53.034.861	16,37	81.798.541	20,99	96.775.351	20,82	14.976.810	18,3
Aragón	5.724.384	2,15	6.132.286	1,89	8.008.170	2,05	9.610.565	2,07	1.602.395	20,0
Asturias	8.723.940	3,28	11.477.261	3,54	12.938.623	3,32	11.776.201	2,53	-1.162.422	-8,9
Baleares	11.652.875	4,38	14.047.932	4,34	16.414.377	4,21	15.594.107	3,36	-820.270	-4,9
Canarias	4.874.651	1,83	7.999.941	2,47	17.778.637	4,56	18.746.030	4,03	967.393	5,4
Cantabria	4.805.103	1,80	5.115.660	1,58	5.469.245	1,40	5.116.708	1,10	-352.537	-6,4
Cataluña	44.102.616	16,56	56.921.600	17,57	57.768.931	14,82	62.827.889	13,52	5.058.958	8,7
CLM	30.597.848	11,49	34.817.513	10,75	36.218.580	9,29	40.341.400	8,68	4.122.820	11,3
CYL	8.931.840	3,35	11.691.192	3,61	13.114.683	3,36	10.333.747	2,22	-2.780.936	-21,2
Extremadura	6.050.774	2,27	5.868.839	1,81	9.897.984	2,54	9.087.860	1,96	-810.124	-8,1
Galicia	6.597.546	2,48	5.875.976	1,81	10.703.097	2,75	9.873.774	2,12	-829.323	-7,7
La Rioja	2.436.504	0,92	2.914.337	0,90	4.436.818	1,14	4.078.224	0,88	-358.594	-8,0
Madrid	21.627.261	8,12	33.150.446	10,23	30.973.098	7,95	38.979.100	8,39	8.006.002	25,8
Murcia	2.793.299	1,05	4.230.278	1,31	5.121.307	1,31	5.130.756	1,10	9.449	0,2
Navarra	16.643.187	6,25	16.540.843	5,11	19.017.170	4,88	20.699.796	4,45	1.682.626	8,8
País vasco	31.038.371	11,66	28.626.952	8,84	29.379.900	7,54	40.837.201	8,79	11.457.301	38,9
C. Valenciana	21.641.553	13	25.462.295	7,86	30.629.358	7,86	64.815.651	13,95	34.186.293	111,6
Melilla	84.800	0,03	0	0,00	84.800	0,02	84.800	0,02	0	0,0
TOTAL	266264.451	100,0	323.908.21	100,0	389.753.31	100,0	464.709.15	100,0	74.955.839	100,0

Fuente: Elaboración propia a partir de datos seguimiento PACI 2005-2008

El 74,1% del total de la AOD de las CC.AA. procede de 6 CC.AA.: Andalucía, Cataluña, Valencia, País Vasco, Madrid y Castilla la Mancha. Por consiguiente, el 25,8% restante lo aportan las 11 comunidades restantes y la ciudad autónoma de Melilla.

Pero las cifras absolutas pueden enmascarar el esfuerzo real de las cooperaciones autonómicas, ya que no tienen en cuenta variables como población o presupuesto gestionado. En la siguiente tabla analizamos el compromiso autonómico en relación a las variables de presupuesto, esfuerzo por habitante y otras dos variables que nos parecen importantes para conocer la orientación de la AOD que se gestiona desde las CC.AA.: el peso de servicios sociales básicos (SSB) y el porcentaje destinado a los Países Menos Avanzados (PMA).

Las CC.AA. destinan una media de 0,27% de su presupuesto a ayuda oficial al desarrollo, realizando un esfuerzo AOD per cápita de 10,07 euros por persona. Sectorialmente, asignan un 26,78% a servicios sociales básicos y, geográficamente, un 16,72% a PMA. Ahora bien, dado el comportamiento heterogéneo de las diferentes comunidades autónomas, y una vez conocidos estos datos que son generales, conviene incidir, aunque sea brevemente, en algunos aspectos particulares.

En cuanto al porcentaje del presupuesto que se destina a AOD, lo primero que observamos es que, en 2008, sigue sin haber ninguna CC.AA. que alcance el 0,7%. Navarra con un 0,48% encabezaría el hipotético ranking, seguida muy de cerca por Baleares

(0,47%), Comunidad Valenciana (0,46%) y País Vasco (0,41%). En el otro extremo están, un año más, Galicia (0,09%), Murcia (0,11%) y Castilla y León (0,12%) que son las CC.AA. que menos esfuerzo realizan.

Resulta preocupante que 11 CC.AA. hayan disminuido su porcentaje presupuestario destinado a AOD, destacando Baleares que pasa de 0,57 a 0,47%, Castilla la Mancha que pasa de un 0,44 a 0,39% y la Rioja que pasa del 0,36 al 0,31%. El resto de descensos si bien, en general, podemos considerar que no son significativos, sí resultan preocupantes. En unos casos por darse en comunidades que tienen un peso importante en el conjunto de la cooperación autonómica (Navarra, Asturias) y en otros por afianzar tendencia negativa (Castilla La Mancha, Murcia). En positivo debemos destacar, y felicitarnos, por el incremento producido en comunidades como la valenciana que pasa de un modesto 0,23% a un 0,46% o País Vasco que pasa del 0,34% al 0,41%.

TABLA 4.5. ESFUERZO RELATIVO QUE SUPONE LA AOD DE LAS CC.AA. 2005-2007. AOD DESEMBOLSADA

CCAA	2006				2007				2008			
	%AOD/ presupuesto	AOD € capita	% SSB/AOD distribuible	% PMA	%AOD/ presupuesto	AOD € capita	% SSB/AOD distribuible	% PMA	%AOD/ presupuesto	AOD € capita	% SSB/AOD distribuible	% PMA
Andalucía	0,19	6,76	19,70	8,60	0,28	10,33	30,92	10,68	0,30	11,80	15,46	9,67
Aragón	0,13	4,83	39,40	10,60	0,16	6,28	37,68	16,99	0,17	7,24	34,05	15,17
Asturias	0,31	10,66	36,60	16,60	0,33	12,23	32,40	17,19	0,30	10,90	36,37	17,45
Baleares	0,52	14,29	50,70	5,60	0,57	16,18	39,63	8,27	0,47	14,54	30,17	10,33
Canarias	0,13	4,06	22,80	54,60	0,26	8,90	25,55	37,70	0,25	9,03	25,18	40,39
Cantabria	0,25	9,10	32,40	10,70	0,25	9,70	35,69	5,77	0,21	8,79	29,17	4,61
Cataluña	0,23	8,14	15,90	29,30	0,21	8,15	23,98	22,51	0,22	8,53	18,09	23,10
C.-La Mancha	0,47	18,38	45,70	19,30	0,44	18,77	44,77	14,92	0,39	15,77	43,07	18,27
Castilla y León	0,13	4,66	41,50	19,80	0,14	5,28	42,64	15,13	0,12	5,06	35,09	22,31
Extremadura	0,13	5,41	33,70	16,60	0,20	9,21	39,10	26,63	0,16	8,28	32,39	30,55
Galicia	0,06	2,13	24,00	18,70	0,10	3,93	17,24	19,34	0,09	3,55	21,95	40,23
La Rioja	0,26	9,68	50,20	6,50	0,36	14,49	20,67	6,82	0,31	12,84	32,37	6,47
Madrid	0,20	5,56	27,00	10,30	0,17	5,12	31,04	11,27	0,21	6,22	29,65	16,05
Murcia	0,12	3,17	38,90	8,30	0,12	3,74	22,03	7,43	0,11	3,60	36,36	8,07
Navarra	0,49	27,87	34,30	22,30	0,49	31,90	35,47	19,79	0,48	33,37	31,45	18,03
País Vasco	0,37	13,47	15,70	9,00	0,34	13,83	15,07	16,93	0,41	18,93	13,47	12,65
C. Valenciana	0,21	5,43	22,60	10,70	0,23	6,44	23,81	13,57	0,46	12,89	39,14	15,39
Melilla					0,00	1,26	-	-	0,04	1,19		62,50

Fuente: elaboración propia a partir de datos del Seguimiento del PACI 2006 y 2008

Navarra sigue liderando con mucha diferencia, un año más, el esfuerzo en AOD per cápita, destinando a cooperación 33,37 euros por habitante. La siguiente, a mucha distancia, es el País Vasco que destina casi 19 euros por habitante. A continuación, como en años anteriores, se sitúan Castilla La Mancha (15,77 €/habitante) y Baleares (14,54€/habitante). Las comunidades que menos dinero destinan por habitante son, un año más,

Galicia (3,55 €/habitante), Murcia (3,60 €/habitante), Castilla y León (5,06€/habitante) y Madrid (6,22€/habitante). Si en 2007 sólo una comunidad. (Madrid) disminuía su AOD por habitante, en 2008 son 9 las comunidades autónomas que han reducido su aportación per capita. Castilla La Mancha con un descenso de 3€/habitante aparece destacada. Contrarrestando esta tendencia aparece Comunidad Valenciana, que incrementa su aportación per capita en 6,45€, País Vasco que aumenta su aportación en 5,1€ y Navarra en un 1,47€.

Constatar también la mejora en el compromiso de destinar, al menos, el 20%¹ de la AOD a servicios sociales básicos, porcentaje que cumplen en 2008 14 de las 17 CC.AA. Sorprende que 3 de las cooperaciones más capacitadas a nivel de planificación y estrategia sean las que se sitúen por debajo del 20%. Nos referimos a País Vasco (13,47%), Andalucía (15,46%) y Catalunya (18,09%).

En cuanto al esfuerzo que se debe dedicar a los PMA, las cifras son aceptables y en su conjunto alcanzan un 16,72%, si bien únicamente 5 comunidades superan el 20%. Canarias se mantiene en el primer lugar, destinando a estos países un 40% de toda su ayuda, seguida muy de cerca por Galicia, que destina un 40,23%. Completan la lista de 5 CC.AA. que superan el 20% Extremadura (30,55), Cataluña (23,10) y Castilla y León (22,31%). En sentido contrario, debemos cuestionar el escaso esfuerzo que realizan las cooperaciones de Cantabria (4,61%), Madrid (6,47%), Murcia (8,07%) y Andalucía (9,67%).

Finalmente comentar que, en 2008, un 3.6% del volumen de ayuda de las comunidades autónomas se canalizó vía organismos multilaterales de desarrollo. Las comunidades más prolijas a colaborar con este tipo de organismos son Catalunya, Valencia, País Vasco y Andalucía, como veremos más adelante al analizar la AOD en salud vía OMUDES de la Cooperación autonómica.

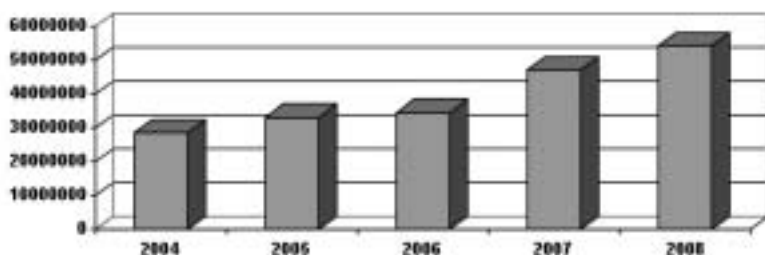
2. LA SALUD EN LA COOPERACIÓN AUTONÓMICA

El sector de la salud en la cooperación de las CC.AA. también muestra la heterogeneidad que aparece en la AOD autonómica global. La salud se mantiene como un sector prioritario dentro de la cooperación autonómica, como nos muestran los datos de la siguiente gráfica. En su conjunto, la ayuda sanitaria sigue creciendo de forma considerable, situándose en 54.531.397€ en 2008, de los que 3.162.608€ (5,82%) se canalizaron vía OMUDES. Los algo más de 7 millones de euros de incremento implican que el 9,3% del au-

¹ Este 20% que reclamamos, se enmarca dentro de la iniciativa 20/20, elaborada por varias agencias de Naciones Unidas, parte de la base de que no es posible el desarrollo humano sostenible sin una inversión adecuada en servicios sociales, y que la meta de darles una mayor prioridad presupuestaria es factible desde el punto de vista financiero si se procede a una reorientación del gasto público y de la ayuda

mento de la AOD de las CC.AA. se ha destinado a salud. Aunque, en realidad, y para ser más precisos, dicho aumento se corresponde con el incremento en salud que se ha producido en Comunidad Valenciana.

GRÁFICA 4.2. EVOLUCIÓN DE AOD PROCEDENTE DE COMUNIDADES AUTÓNOMAS EN SALUD. (INCLUYE VÍA OMUDES)



Fuente: elaboración propia a partir de datos del Seguimiento del PACI 2004-2008

No obstante, este incremento de la AOD sanitaria no se ve reflejado en el peso porcentual que la salud debería tener en el conjunto de la AOD autonómica. En 2008, en su conjunto, la salud pierde peso relativo pasando de un 12,13% en 2007 a un 11,70% en 2008. Si la cooperación autonómica quiere posicionarse como un agente de cooperación que cumple con los compromisos internacionales establecidos para el sector salud, debería mantener en el tiempo tendencias crecientes hasta situarse por encima del 15%.

Como en años anteriores, la diferencia entre las CC.AA. en cuanto al presupuesto que destinan a salud es muy importante. Las 3 CC.AA. que más presupuesto destinan a este sector, Comunidad Valenciana (20,07%), Catalunya (17,72%) y Andalucía (10,93%) suponen casi el 49% de toda la ayuda destinada a salud.

A pesar de aumentar el total destinado a Salud, 9 CC.AA. disminuyen sus presupuestos para AOD en salud (por 8 que aumentan). Como aspecto positivo cabe destacar el fuerte incremento ya mencionado de Comunidad Valenciana (7.039.042€), Catalunya un año más (1.301.546), Madrid (2.260.675) y País Vasco (1.215.968), si bien el punto de partida de estas dos últimas comunidades es muy bajo, por lo que es de esperar aún mucho margen de mejora.

TABLA 4.6. DISTRIBUCIÓN DE LA AYUDA EN SALUD DE LAS CCAA 2008

CCAA	2006		2007		2008		% ADO 2008
	Monto (€)	%	Monto (€)	%	Monto (€)	%	
C Valenciana	3.419.558	9,93	3.868.491	8,18	10.907.533	20,07	16,83
País Vasco	1.709.525	4,96	1.592.359	3,37	2.808.327	5,17	6,88
Navarra	3.252.616	9,44	3.684.119	7,79	3.488.482	6,42	16,85
Murcia	412.751	1,20	714.888	1,51	155.991	0,29	3,04
Madrid	1.064.989	3,09	3.069.842	6,49	5.330.517	9,81	13,68
La Rioja	469.885	1,36	493.000	1,04	692.500	1,27	16,98
Galicia	708.573	2,06	1.133.726	2,40	840.544	1,55	8,51
Extremadura	895.440	2,60	1.964.053	4,15	1.317.921	2,42	14,50
Cataluña	5.389.426	15,65	8.329.352	17,62	9.630.898	17,72	15,33
CLM	3.108.029	9,02	5.109.522	10,81	4.545.804	8,36	11,27
CYL	2.560.442	7,43	1.113.746	2,36	1.552.200	2,86	15,02
Cantabria	517.646	1,50	543.470	1,15	481.701	0,89	9,41
Canarias	957.025	2,78	2.356.703	4,99	2.126.988	3,91	11,35
Baleares	859.346	2,49	1.706.446	3,61	1.931.632	3,55	12,39
Asturias	1.374.554	3,99	1.938.653	4,10	1.249.923	2,30	16,85
Aragón	880.229	2,56	1.309.722	2,77	1.350.003	2,48	10,61
Andalucía	6.864.762	19,93	8.346.774	17,66	5.940.434	10,93	6,14
Total	34.444.796	100,0	47.274.866	100,0	54.351.397	100,0	11,70

Fuente: elaboración propia a partir de datos del Seguimiento del PACI 2006-2008

Un año más debemos apuntar que estos esfuerzos que se están realizando en la AOD sanitaria autonómica deben acompañarse de procesos de planificación adecuados que, sin hacer perder la idiosincrasia de la cooperación autonómica, les permita mejorar la predictibilidad y la coherencia de su ayuda, aspectos fundamentales que aparecen en los compromisos de París y en la Agenda de Accra. Para ello, es fundamental que se tengan unos criterios claros de cómo trabajar en salud, incorporándose las CC.AA. a las principales opciones estratégicas de cooperación sanitarias expresadas en el actual Plan Director de cooperación, como son la APS y el fortalecimiento de los sistemas públicos de salud. Para ello deberán establecer marcos más ajustados y previsiones presupuestarias creíbles y suficientes para dar cumplimiento a los compromisos voluntariamente adquiridos.

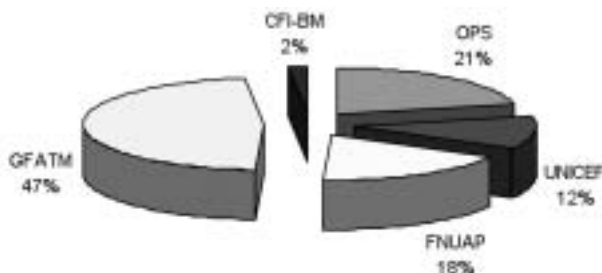
3 DISTRIBUCIÓN DE AOD EN SALUD VÍA OMUDES

Si bien aún no es un hecho mayoritario, sí comienza a ser significativo el interés de algunas CC.AA. por colaborar con Organismos Multilaterales, como algunas agencias de Naciones Unidas (PNUD; FNUAP; UNIFEM), la Organización de Estados Americanos, o el Fondo Global contra el sida, malaria y tuberculosis, entre otros. En 2008, un 5.82% (3.162.608€) de los fondos destinados a salud se canalizaron vía OMUDES, proporción superior a la que refleja el total de la AOD de las CC.AA., que, como hemos señalado más arriba, ha sido del 3,6 %.

Las Comunidades que en 2008 recurrieron a esta vía fueron Andalucía (11,1%), Asturias (8,8%), Catalunya (66,6%) y Valencia (10,3%).

De los organismos multilaterales de desarrollo, el principal receptor fue el Fondo Global contra el sida, la tuberculosis y la malaria que recibió 1.500.000€ (47%), seguido de la Organización Panamericana de Salud con 677.133€ (21%) y el Fondo de Naciones Unidas para la Población 556.000€ (18%). UNICEF recibió 378.250€ (12%) y el Banco Mundial 51.225€.

GRÁFICA 4.3. DISTRIBUCIÓN DE AOD VÍA OМУDES DE LAS CCAA. 2008



Fuente: elaboración propia a partir de datos del Seguimiento del PACI 2008

Este tipo de colaboraciones las consideramos en principio positivas, pero deben estar basadas en unos criterios que las CC.LL. deben explicitar en los procesos de planificación de su cooperación, ya que la inclusión de este tipo de iniciativas, al igual que la cooperación directa, no deberían hacer disminuir los presupuestos destinados a AOD bilateral, que, como ya hemos comentado en varios informes anteriores, suele estar bastante bien orientada. Además, la aportación que hacen las CC.LL. (unos 16 millones de euros) no es relevante comparado con los 3.200 millones que ha canalizado la AGE a través de OМУDES, y puede complicar mucho el panorama de interlocución y coordinación con estos organismos, incluso generando confusión entre las relaciones entre las instituciones

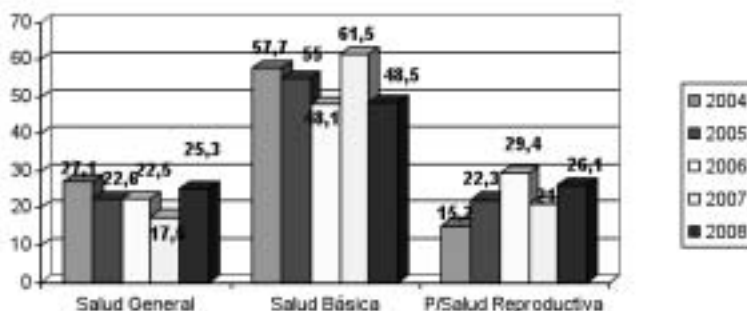
4. COMPOSICIÓN SECTORIAL DE LA AYUDA AUTONÓMICA EN SALUD

Al desglosar la cooperación autonómica en salud, en los 3 sectores básicos que promueve el CAD, comprobamos alguna similitud con la AOD sanitaria impulsada por la administración general del estado. Concretamente, si nos atenemos a los números, constatamos la importancia que para ambas cooperaciones tiene el subsector de salud básica. Para la

AGE, la salud básica representó un 50,2% y para las CC.AA. un 48,5%. En ambos casos, en relación a 2007, su peso decrece en favor de los otros dos subsectores, especialmente reforzando intervenciones en salud reproductiva.

En la cooperación autonómica, la salud general gana peso y se sitúa en un 25,3%. El incremento viene básicamente por el aumento de los servicios médicos, con una vinculación difusa a la estrategia de APS, y en menor medida a las políticas y gestión administrativas que sí contribuyen al fortalecimiento de los sistemas públicos de salud. En lo que respecta a salud reproductiva, el incremento se sustenta principalmente en la atención en salud reproductiva que se ha triplicado desde el 2007. Así pues, la salud reproductiva cambia en 2008 su tendencia negativa y se incrementa de forma muy importante hasta situarse en el 26,1%, 5 puntos por encima de 2007.

GRÁFICA 4.4. DISTRIBUCIÓN SECTORIAL DE AOD EN SALUD DE LAS CCAA. 2004-2008A



Fuente: elaboración propia a partir de datos del Seguimiento del PACI 2008

En salud básica, que acapara el 48,5% de la AOD en Salud, debemos destacar la disminución en la “atención sanitaria básica” que pasa de 19.7% en 2007 a 12.8% en 2008. También desciende considerablemente el componente “infraestructura sanitaria básica” que pasa del 26,8% al 16%. El resto de componentes de este subsector suben sensiblemente lo que redunda sin duda en una distribución más coherente.

Población y Salud reproductiva gana peso y se sitúa en el 26,1%. A lo ya comentado, debemos añadir y criticar la escasísima financiación que recibe el componente de “planificación familiar”.

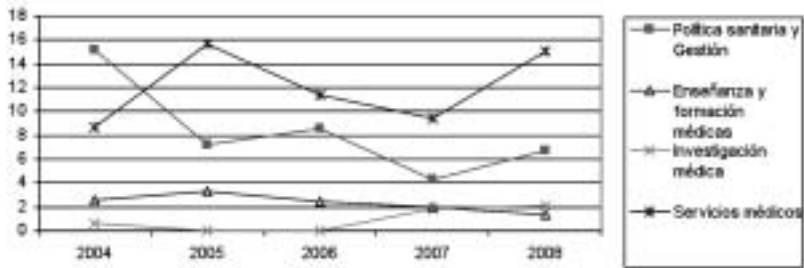
TABLA 4.7. DISTRIBUCIÓN DE LA AOD DESEMBOLSADA DE LAS CC.AA. 2005-2007											
Cód		2004		2005		2006		2007		2008	
		miles €	%	miles €	%	miles €	%	miles €	%	miles €	%
121	Salud General	7.722	27,1	7.478	22,6	7.740	22,5	8.285	17,5	13.777	25,35
12110	Política sanitaria y gestión administrativa	4.331	15,2	2.050	7,2	2.953	8,6	2.044	4,3	3.669	6,75
12181	Enseñanza / formación médicas	738	2,6	947	3,3	853	2,5	922	2,0	739	1,36
12182	Investigación médica	165	0,6	0	0,0	0	0,0	867	1,8	1.155	2,13
12191	Servicios médicos	2.488	8,7	4.481	15,7	3.934	11,4	4.451	9,4	8.214	15,11
122	Salud básica	16.480	57,7	18.191	63,7	16.570	48,1	29.052	61,5	26.383	48,54
12220	Atención sanitaria básica	7.037	24,7	6.590	23,1	5.790	16,8	9.327	19,7	6.987	12,86
12230	Infraestructura sanitaria básica	5.302	18,6	4.557	16,0	4.851	14,1	12.679	26,8	8.945	16,46
12240	Nutrición básica	1.118	3,9	1.325	4,6	1.188	3,4	2.067	4,4	3.203	5,89
12250	Control enfermedades infecciosas	1.247	4,4	2.611	9,1	2.511	7,3	1.547	3,3	2.818	5,18
12261	Educación sanitaria	796	2,8	1.431	5,0	954	2,8	733	1,6	1.713	3,15
12262	Control de la malaria							473	1,0	557	1,03
12263	Control de la tuberculosis							228	0,5	332	0,61
12281	Formación personal sanitario	980	3,4	1.677	5,9	1.276	3,7	1.997	4,2	1.827	3,36
130	Población y salud reproductiva	4.341	15,2	7.381	25,9	10.135	29,4	9.938	21,0	14.191	26,11
13010	Política sobre población y gestión administrativa	48	0,2	42	0,1	3.717	10,8	79	0,2	685	1,26
13020	Atención salud reproductiva	1.206	4,2	1.635	5,7	0	0,0	2.675	5,7	8.349	15,36
13030	Planificación familiar	5	0,0	35	0,1	0	0,0	416	0,9	33	0,06
13040	Lucha contra ETS, incluida SIDA	2.964	10,4	5.399	18,9	6.306	18,3	6.639	14,0	3.897	7,17
13081	Formación personal para población. Y Salud Reproductiva	118	0,4	270	0,9	112	0,3	129	0,3	1.226	2,26
	TOTAL	28.543	100,0	33.050	115,8	34.445	100,0	47.275	100,0	54.351	100,0

Fuente: elaboración propia a partir de datos del Seguimiento del PACI 2004-2008

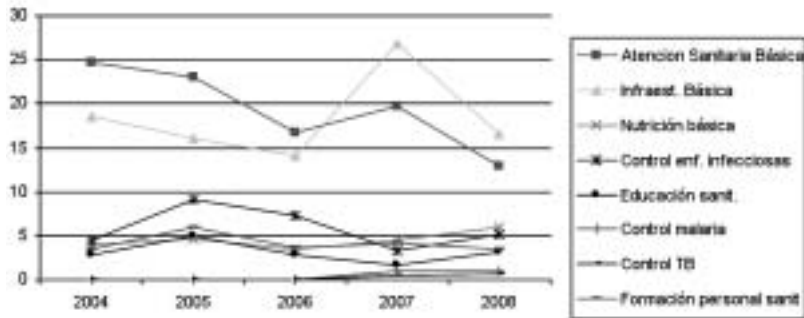
Si observamos en las siguientes gráficas la evolución de los subsectores CRS en la cooperación autonómica, podemos observar como existe un comportamiento en dientes de sierra en todos los subsectores más importantes. Esto puede indicar una falta de priorización de los subsectores por parte de la cooperación autonómica, que puede llevar a un déficit importante en la previsibilidad de su ayuda en salud, un elemento fundamental para que los receptores puedan planificar mejor la utilización de sus propios recursos.

GRÁFICA 4.5. EVOLUCIÓN DE LOS DIFERENTES SUBSECTORES DE LA AOD AUTONÓMICA EN SALUD

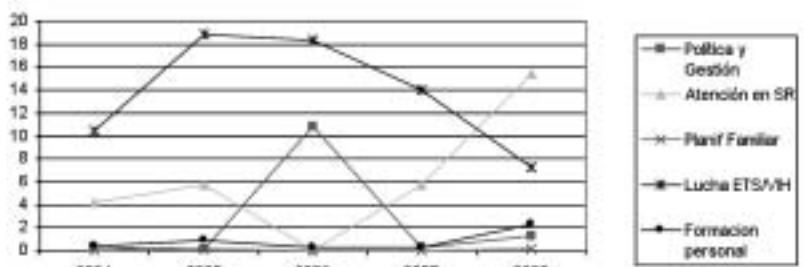
Evolución de los componentes de AOD en Salud General de las CCAA



Evolución de los componentes de AOD EN Salud Básica de las CCAA



Evolución de los componentes de AOD en Población y Salud Reproductiva de las CCAA



Fuente: elaboración propia a partir de datos del Seguimiento del PACI 2008

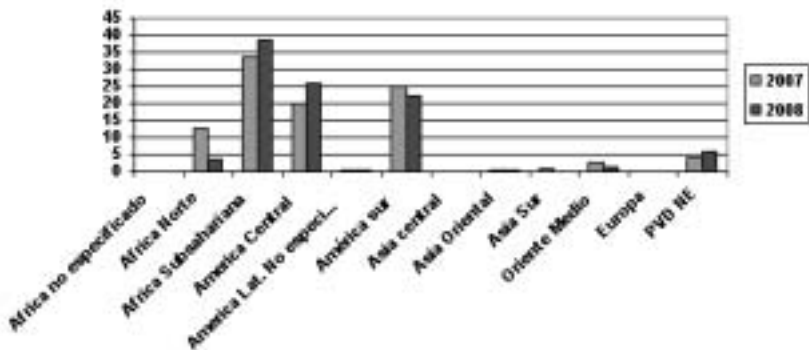
Existe una tendencia en la cooperación autonómica en salud, a centrar su trabajo en dos subsectores principales. La apuesta en los últimos años por los servicios médicos en la salud general, la importancia de las infraestructuras en la salud básica, no son los subsectores más apropiados para una política basada en los principios del fortalecimiento de los sistemas de salud o de la APS. Pero por otra parte, la cooperación descentralizada también trabaja en sectores como el apoyo a políticas sanitarias y la atención sanitaria básica que sí trabajan en las 2 estrategias básicas en la cooperación sanitaria. La apuesta en la cooperación autonómica para el futuro sería el incrementar su interés en algunos subsectores que tradicionalmente no cuentan con un gran interés por su parte, como son la formación o la planificación familiar.

5. DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA DE LA AYUDA EN SALUD

América Latina, con un 48,74%, sigue siendo el continente que más ayuda recibe de la cooperación autonómica, seguido de África con un 42,47%. La cooperación con Asia y Oriente Medio apenas superó el 2% y la cooperación con Europa no pasa de ser algo testimonial. Finalmente comentar que la ayuda no especificada sigue creciendo, pasando del 4,07% a un inquietante 6,08% que equivale a 3.317.746 euros. Este último dato consideramos que no es positivo y, como al resto de actores, solicitamos que se computen adecuadamente, tanto de forma sectorial como en cuanto a su distribución regional, pues aunque no alcanzan una cifra importante todavía, es posible que en el futuro puedan ser un factor de confusión en el análisis de la cooperación autonómica, falseando de alguna forma las prioridades, tanto sectoriales como geográficas de la cooperación autonómica.

Siguiendo el patrón de años anteriores, África subsahariana es el área geográfica que más ayuda recibe en salud, superando los 21 millones de euros (38,5%). América Central y Caribe recibe más de 14 millones de euros y, en 2008, recupera el segundo lugar como receptor de ayuda, puesto que perdió en 2007 a favor de América del Sur, que recibe más de 12 millones de euros y pasa a ser la tercera zona receptora. El Norte de África recibe 4 millones menos de ayuda y, con poco más de 2 millones, se situaría en cuarto lugar.

GRÁFICA 4.6. DISTRIBUCIÓN REGIONAL DE LA AOD EN SALUD DE LAS CC.AA. 2008 (%)



Fuente: elaboración propia a partir de datos del Seguimiento del PACI 2007-2008

La cooperación con África del Norte se destina principalmente a Salud Básica (73,24%) y en menor medida a Salud General (26,76%). Sorprende el dato de que en 2008 no se destinaran fondos a población y salud reproductiva dado que este subsector tiene una influencia directa en problemáticas relacionadas con la salud materna.

En África subsahariana prevalece la salud básica que acapara el 46,41% de los fondos.

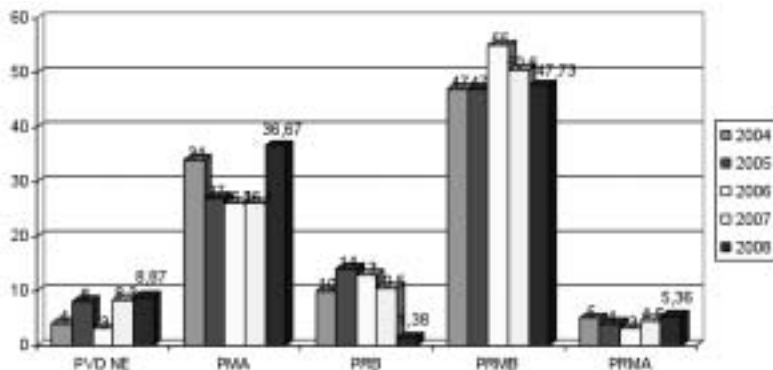
TABLA 4.8. DISTRIBUCIÓN DE LA AOD EN SALUD DE LAS CC.AA. POR SECTORES 2008
AOD DESEMBOLSADA

	SALUD GENERAL		SALUD BÁSICA		SALUD REPRODUCTIVA		TOTALES	
	Euros	%	Euros	%	Euros	%	Euros	%
AFRICA NORTE	549.392	26,76	1.503.719	73,24	0	0,00	2.053.112	3,76
AFRICA SUBSAHARIANA	6.250.306	29,70	9.765.156	46,41	5.026.602	23,89	21.042.063	38,58
AFRICA NO ESPECIFICADO	34.250	46,11			40.024	53,89	74.274	0,13
AMERICA CENTRAL	2.912.918	20,54	6.882.233	48,53	4.385.458	30,93	14.180.609	26,00
AMERICA DEL SUR	1.965.619	16,31	5.975.371	49,59	4.108.137	34,09	12.049.127	22,09
AMERICA LATINA N. E.	352.133	98,00	7.200	2,00	0	0,0	359.333	0,65
ASIA ORIENTAL	118.000	99,75	300	0,25	0	0,0	118.300	0,21
ASIA SUR	0	0,0	107.077	49,86	107.700	50,14	214.777	0,39
ORIENTE MEDIO	321.668	37,55	446.684	52,14	88.310	10,31	856.662	1,57
PVD NO ESPECIFICADOS	1.240.955	37,40	1.641.791	49,49	435.000	13,11	3.317.746	6,08
EUROPA	0	0,0	68.453	100,00	0	0,0	68.453	0,12
TOTAL	13.393.108	24,56	26.946.235	49,41	14.191.232	26,02	54.531.395	100,0

Fuente: elaboración propia a partir de datos del Seguimiento del PACI 2008

Si atendemos a la variable renta y observamos lo sucedido en los últimos 5 años, podemos constatar que los países de renta media baja son el principal destino de la ayuda de las comunidades autónomas. No obstante, en 2008 tenemos que destacar el incremento de 10 puntos en los PMA, y el descenso de 9 puntos en los países de renta baja.

GRÁFICA 4.7. ASIGNACIÓN DE AYUDA EN FUNCIÓN DE LA RENTA 2004 - 2008



Fuente: elaboración propia a partir de datos del Seguimiento del PACI 2008

El cambio de comportamiento con los países de renta baja nos preocupa, pues el 1,38% de ayuda recibida nos parece insuficiente aún cuando se pueda argumentar que el descenso que se ha producido en este grupo de países puede estar compensado con el incremento que han tenido los PMA. Finalmente debemos insistir en la necesidad de categorizar con rigor la ayuda para evitar que la categoría de países no especificados –que se ha duplicado en los últimos 5 años– siga aumentando.

TABLA 4.9. AOD EN SALUD DIRIGIDA A PMA POR LAS CC.AA. 2008 AOD DESEMBOLSADA

CC.AA.	AOD en salud dirigida a PMA 2008		% AOD en salud para PMA/ total dirigido a PMA	% AOD salud dirigida a PMA 2006 sobre total AOD salud	Total AOD dirigida a PMA 2008
	Euros	% sobre AOD sanitaria			
C Valenciana	4.613.087	42,29	52,99	64,7	8.705.083
País Vasco	629.287	22,41	15,21	13,6	4.136.087
Navarra	1.446.407	41,46	49,68	28,4	2.911.207
Murcia	97.600	62,57	26,47	57,3	368.770
Madrid	2.743.075	51,46	54,95	19,5	4.991.651
La Rioja	180.300	26,04	100,00	0,0	180.300
Galicia	362.887	43,17	14,33	17,0	2.532.152
Extremadura	406.483	30,84	22,44	25,4	1.811.316
Cataluña	3.359.337	34,88	29,64	42,4	11.333.592
Castilla Mancha	2.082.346	45,81	32,00	24,2	6.507.985
Castilla León	607.671	39,15	29,73	29,7	2.044.176
Cantabria	77.354	16,06	44,62	16,7	1.73.381
Canarias	1.152.894	54,20	27,76	29,2	4.152.422
Baleares	406.781	21,06	42,82	12,9	949.949
Asturias	704.661	56,38	38,07	25,8	1.851.075
Aragón	436.776	32,35	4,54	51,9	9.610.565
Andalucía	534.668	9,00	6,89	7,9	7.761.318
TOTAL	19.841.614	36,51	32,20	32,20	61.610.869

Fuente: elaboración propia a partir de datos del Seguimiento del PACI 2008

El monto total de AOD en salud destinado a PMA ha aumentad en torno a 7 millones entre 2007 y 2008, y que supone un 36.5% de la AOD en salud de las Comunidades Autónomas, con grandes variaciones entre ellas de entre 9 y 62%. En 11 de las Comunidades Autónomas se superó el 30% en salud hacia PMA sobre el total de la AOD para este sector.

Los datos, además de hablar de una gran diversidad en la consideración de los países menos adelantados en salud, son erráticos en los dos últimos años, como en el caso de la Rioja que en 2007 no destinó recursos a salud en PMA, mientras que en 2008 todos sus recursos dirigidos a PMA se destinaron a salud.

Si analizamos los 10 países que en 2008 más ayuda en salud han recibido por parte de las CC.AA., lo primero que observamos es que hay uno, Mozambique, que sobresale por encima del resto, con casi el doble de ayuda que el siguiente país, Perú.

La cooperación autonómica sanitaria ha apoyado en 2008 a 63 países, si bien los 10 que aparecen en la siguiente tabla han recibido más del 58% del total de la ayuda destinada a salud, lo que indica sin duda una cierta concentración de la misma. De los 10 países que más ayuda han recibido, 8 están en América Latina y únicamente dos en África, Mozambique y Senegal. Una vez más, los vínculos culturales podrían explicar esta preferencia de la cooperación descentralizada por América latina, preferencia que también se da en la cooperación de la AGE y de las EE.LL. De este hecho podemos hacer otra lec-

tura, y es que esta concentración de la Ayuda en América Latina supone una importante dispersión de la ayuda en África, especialmente en la región subsahariana.

TABLA 4.10. PRINCIPALES 10 PAÍSES RECEPTORES DE AOD EN SALUD DE LAS CCAA		
País	Nivel de renta	Total euros
MOZAMBIQUE	PMA	7.132.730
PERU	PRMB	3.702.295
NICARAGUA	PRB	3.471.912
BOLIVIA	PRMB	3.125.862
SENEGAL	PMA	3.049.488
EL SALVADOR	PRMB	2.983.429
GUATEMALA	PRMB	2.956.922
ECUADOR	PRMB	2.376.825
R.DOMINICANA	PRMB	1.659.634
HONDURAS	PRMB	1.495.911
TOTAL AOD SALUD		31.955.008

Fuente: elaboración propia a partir de datos del Seguimiento del PACI 2008

Entre los 10 países que más ayuda reciben, únicamente aparecen dos PMA, Mozambique y Senegal, y un país de renta baja, Nicaragua. El resto son todos países de renta media baja.

Con respecto a 2007, salen de la lista de 10 países que más ayuda reciben en salud Marruecos (que fue el primer destino en 2007), República Democrática del Congo y Territorios Palestinos; y entran entre los más financiados Senegal, El Salvador y República Dominicana.

Por otro lado, 6 de estos 10 países (Mozambique, Nicaragua, Honduras, Perú, Bolivia y Guatemala) coinciden con países prioritarios de la cooperación española, lo que indica una cierta concentración de la ayuda que debería redundar, siempre que se de una buena coordinación, en un mayor impacto de las acciones.

Debemos destacar también el porcentaje de ayuda no especificada que alcanza los 3.875.743 euros. Las mayores partidas de esta ayuda no especificada geográficamente se destinan a colaboraciones con instituciones internacionales. En 2008 destaca la aportación de la Junta de Andalucía que ha asignado a la OPS 352.133 euros, y la Generalitat de Catalunya que ha destinado al Fondo Global de lucha contra tuberculosis, malaria y sida 1.500.000 euros y al FNUAP 435.000, además de apoyar al Centro de Investigación en Salud Internacional de Barcelona (CRESIB), para la investigación en salud internacional, 1.100.000 euros.

En cuanto a la orientación geográfica en base a las categorías de países del Plan Director, observamos como la salud autonómica destina más del 68% a los países prioritarios,

que son los que deben recibir el grueso de la ayuda, mientras que la cooperación española en su conjunto se quedaba en un 25%. En cuanto al porcentaje distribuido a otros países que no están definidos en el Plan Director, el porcentaje de la cooperación autonómica es bastante similar al del conjunto de la cooperación española, y muy inferior la cantidad destinada al apartado de no especificados. Estos datos nos indican que la cooperación autonómica sanitaria está mucho mejor orientada hacia el Plan Director que la propia cooperación estatal, por lo que podemos inferir que la cooperación descentralizada asume la concentración geográfica que propone la cooperación española.

TABLA 4.11. DISTRIBUCIÓN DE AOD FINANCIADA POR CCAA SEGÚN CATEGORÍAS DE PAÍSES RECEPTORES DEL PLAN DIRECTOR. 2008		
Tipo de Prioridad	Euros	%
Países prioritarios	37.076.353	68,22
Países de Atención Especial	6.762.120	12,44
Países de Cooperación Focalizada	1.912.492	3,52
Países No Especificados	3.875.743	7,13
OTROS	4.724.689	8,69
TOTAL	54.351.397	100,00

Fuente: elaboración propia a partir de datos del Seguimiento del PACI 2008

6. LAS ENTIDADES LOCALES

Por entidades locales (EE.LL.) entendemos cualquier institución pública por debajo del rango de Comunidad Autónoma, es decir Diputaciones provinciales, Ayuntamientos, Mancomunidades, Comarcas, etc. Este año tratamos de realizar una aproximación a la cooperación que realizan estas instituciones en el ámbito de la salud, conscientes en todo momento de la dificultad que ello entraña por la gran variedad de instituciones de diferentes dimensiones que se engloban dentro de la definición de entidad local.

Dado el gran número de EE.LL. que participan en el sistema de cooperación, hemos optado por agruparlas por su pertenencia a la comunidad autónoma correspondiente (tabla 4.12) y realizar el análisis a este nivel, si bien destacamos algunas instituciones concretas por entender que estamos ante un dato significativo.

TABLA 4.12. AOD BILATERAL DE ENTIDADES LOCALES POR COMUNIDAD AUTÓNOMA DE PERTENENCIA	
CCAA	TOTAL €
MADRID	3.352.977
ANDALUCIA	1.006.128
CATALUÑA	894.178
CASTILLA LEON	879.360
PAIS VASCO	826.531
C VALENCIANA	645.535
ASTURIAS	575.149
ARAGON	391.498
NAVARRA	370.856
BALEARES	334.194
CANARIAS	203.384
GALICIA	176.061
CASTILLA LA MANCHA	159.705
MURCIA	143.503
EXTREMADURA	59.000
CANTABRIA	50.362
LA RIOJA	46.050
TOTALES	10.114.471

Fuente: elaboración propia a partir de datos del Seguimiento del PACI 2008

De los 148.775.501 euros consignados por las EE.LL. a Cooperación, 10.114.471 euros (6,8%) fueron destinados al sector salud. Las EE.LL. pertenecientes a la Comunidad de Madrid son, con mucha diferencia, las que más fondos han destinando a cooperación en salud en 2008, computando 3.352.977 euros. En este dato influye sobremanera el comportamiento del Ayuntamiento de Madrid que ha destinado 2.538.111 euros, el 25% del total destinado por las EE.LL., a cooperación en salud.

A continuación, a mucha distancia, aparecen una serie de ayuntamientos, que se mueven en una horquilla similar como son el ayuntamiento de Zaragoza con 297.543 euros, Palma de Mallorca con 287.361 euros, Pamplona con 263.753 euros o Vitoria con 222.578 euros. Por abajo, entre los ayuntamientos que han destinado menos recursos a cooperación en salud, aparecen dos ayuntamientos importantes como son Sevilla, con un proyecto de 25.934 euros, y Barcelona con 81.940 euros. Al no poder disponer de lo sucedido otros años, no podemos deducir que estas cifras expresen el interés real de estos ayuntamientos por este sector, aspecto que se debe analizar observando el comportamiento en periodos más largos de tiempo.

En cooperación sanitaria, la cooperación local se define por una gran variabilidad a nivel presupuestario, motivada probablemente por la relación tan estrecha existente entre estas instituciones públicas locales y las organizaciones no lucrativas de su propio entorno, que son las principales canalizadoras de este tipo de ayuda.

Los 10.114.471 euros destinados por las EE.LL. a cooperación en salud en 2008, han permitido desarrollar 459 acciones de cooperación en salud, lo que nos da una media por proyecto de 22.018,5 euros. Observando las diferentes acciones, obtenemos ayudas que van de los 800 a los 302.402 euros. Este dato evidencia una gran disparidad y si bien puede poner en cuestión su eficacia no así su utilidad. Estas ayudas, además de permitir la cofinanciación de proyectos de gran envergadura, consienten realizar algunas acciones concretas hacia pequeñas bolsas de población que, teniendo grandes necesidades sanitarias, pueden quedar fuera de los grandes programas de salud.

Con 800€ se adquieren 10 equipos de instrumental para partos en Burkina Faso, asegurando así las consultas ginecológicas y obstetricias a las mujeres embarazadas

Con 2.000€ se puede formar a personal médico local para luchar contra la tuberculosis en Centroamérica

Con 3.000€ se puede tratar a 8.250 niños enfermos de malaria

Con 4.000€ se vacunan 3.800 mujeres embarazadas portadoras del virus de la hepatitis B en Bolivia, evitando así la transmisión vertical y la infección del bebé.

Con 10.000€ se puede dar tratamiento completo de desnutrición severa a 256 niños

Con 11.000€ se rehabilita 1 maternidad en el distrito sanitario de Segou, Burkina Faso, donde la muerte durante el embarazo y el parto se encuentra entre las 5 primeras causas de mortalidad.

Con 15.000€ se puede rehabilita una maternidad en un distrito sanitario en Burkina Faso

Con 30.000€ se puede vacunar a 9.090 personas de meningitis

Con 100.000€ se construye un centro de salud con un módulo de partos de 300 m2 en Marruecos para atender a 24.000 personas al año.

Con 100.000€ enviaremos de forma inmediata 4 kits médicos en situaciones de emergencia para atender a 40.000 personas, víctimas de desplazamientos o catástrofes naturales, durante 3 meses.

Con 150.000€ podemos construir y equipar íntegramente una clínica de salud familiar en algún área rural de Centroamérica que podrá brindar acceso a la salud a una población de aproximadamente 20.000 personas

La atomización de la ayuda de las EE.LL. no implica que su orientación geográfica sea más heterogénea que la de otros actores de la cooperación española. Si analizamos el destino regional de esta ayuda y su coincidencia con las prioridades geográficas de la cooperación española, podemos observar que casi el 75% de la AOD en salud se destina a países con algún nivel de prioridad, lo que supone un 16'5% más que la media de cooperación de la AGE. Si analizamos la AOD destinada a los países que más ayuda deben

recibir, que son los países prioritarios, las EE.LL. duplican el porcentaje que destina la media de la AGE. No sabemos hasta que punto este es un dato buscado, pero lo cierto es que este porcentaje indica que la cooperación local en salud está mucho mejor orientada para cumplir con el compromiso geográfico establecido en el Plan Director de la cooperación española.

TABLA 4.13. DISTRIBUCIÓN DE AOD FINANCIADA POR EELL SEGÚN CATEGORÍAS DE PRIORIDAD EN EL MARCO DEL PLAN DIRECTOR. 2008

Tipo de País	Euros	%
Países prioritarios	5.235.248	51,76
Países de Cooperación Focalizada	128.115	1,27
Países de Atención Especial	1.946.349	19,24
Otros	2.730.379	26,99
No especificados	74.381	0,74
TOTALES	10.114.471	100,00

Fuente: elaboración propia a partir de datos del Seguimiento del PACI 2008

En cuanto al nivel de renta, son los países de renta media baja (PRMB), donde se ubican la mayoría de los países de América Latina, quienes reciben la mayor parte de esta ayuda, con el 44,3%. Le sigue los PMA con un 37%, que si los unimos al 3,93% de los países de renta baja (PRB) se equiparan al porcentaje que se destina a África subsahariana. En este análisis debemos destacar también el 7,32% que se destina a países de renta media alta, que si bien es inferior en 4 puntos a la media de la cooperación española, sumada a lo destinado a PRMB hace que suponga más del 50% de la ayuda hacia países de renta media.

TABLA 4.14. DISTRIBUCIÓN SEGÚN NIVEL DE RENTA

Clasificación según nivel de renta		Cantidades en €	%
No Especificado (NE)		745.467	7,37
Países Menos Adelantados (PMA)		3.749.795	37,07
Países Renta Baja (PRB)		397.355	3,93
Países Renta Media (PRM)	PRMA – media alta	740.765	7,32
	PRMB – media baja	4.481.090	44,30
TOTALES		10.114.471	100,00

Fuente: elaboración propia a partir de datos del Seguimiento del PACI 2008

Como ya hemos comentado en otras ocasiones, la cooperación con países de renta media debe destinarse a disminuir las inequidades de salud y trabajar en las bolsas de pobreza que existen, ya que son los verdaderos problemas sanitarios que estos países deben enfrentar.

TABLA 4.15. DISTRIBUCIÓN REGIONAL DE LA AOD BILATERAL NETA EN SALUD DE LAS EELL . 2008

Zonas geográficas		EUROS	%
PVD No Especificados		57.961	0,57
ORIENTE MEDIO		178.256	1,76
EUROPA		30.255	0,30
ASIA	ASIA ORIENTAL	6.500	0,06
	ASIA SUR	424.939	4,20
	ASIA CENTRAL	90.000	0,89
AMERICA LATINA	AMERICA SUR	1.809.961	17,89
	AMERICA CENTRAL	2.584.796	25,56
AFRICA	AFRICA SUBSAHARIANA	4.156.058	41,09
	AFRICA NORTE	770.246	7,62
	AFRICA NE	5.500	0,05
TOTALES		10.114.471	100,00

Fuente: elaboración propia a partir de datos del Seguimiento del PACI 2008

África, con el 48,76% de su ayuda, y América Latina, con el 43,45%, son las dos zonas más financiadas por las EE.LL. en el ámbito de la cooperación sanitaria. Estos datos indican que la asignación de la cooperación local a África es mayor que la autonómica o la estatal y, por lo tanto, que las EE.LL. podrían estar orientando geográficamente mejor su ayuda que los otros actores de la cooperación española.

En cuanto a la composición sectorial y subsectorial de la ayuda local, podemos observar en la siguiente tabla que más de la mitad de ayuda (52,77%) se destina a salud básica, un 27,3% a salud reproductiva mientras la salud general apenas recibe un 20%. Estos datos son muy similares a los de la cooperación autonómica, si bien las EE.LL. apuestan algo más por la salud reproductiva.

En cuanto a los subsectores, la principal apuesta de la cooperación de las EELL dentro de la salud general son los servicios médicos, que acaparan un 12,7% del total de la AOD en salud. Si observamos el subsector de salud básica, vemos que son la atención sanitaria básica y las infraestructuras quienes reciben más ayuda con un 17% y un 11,7% respectivamente del total de la ayuda de la cooperación sanitaria, mientras que los controles de enfermedades infecciosas, incluyendo el de la malaria, son los menos financiados, juntamente con el de formación de personal. Destaca la importancia que para este actor tiene la educación sanitaria, muy por encima de los porcentajes de la cooperación autonómica y la estatal. Hemos de tener en cuenta que la educación sanitaria es un elemento clave para el desarrollo de una política de APS.

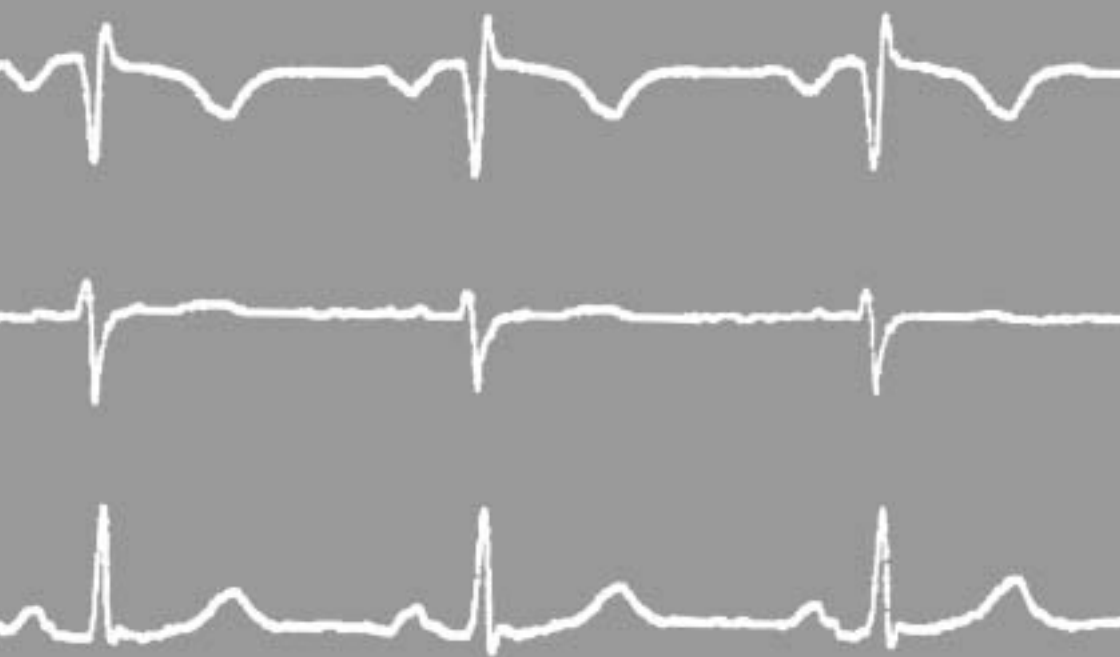
En cuanto a salud reproductiva, son la atención en salud reproductiva y la lucha contra Enfermedades de Transmisión Sexual (que incluye al sida), con un 13% cada uno, los subsectores que asumen prácticamente todo el peso de este sector y visibiliza la nula importancia que tiene la planificación familiar, las políticas y la formación de este sector para las EE.LL.

Podemos comprobar como, a diferencia de la cooperación autonómica, no es la infraestructura sanitaria el primer sector de la cooperación sanitaria local, sino que la atención sanitaria es el principal interés de las EE.LL. en todos los subsectores. Pero aparte de esto, las prioridades son bastante similares entre la cooperación autonómica y la local, destacando el hecho de que entre la lucha contra las diferentes enfermedades, ambos actores tienen un interés especial hacia la lucha contra el sida, mayor que contra otras enfermedades infecciosas.

TABLA 4.16. COMPOSICIÓN SUBSECTORIAL DE LA AOD TOTAL EN SALUD DE EELL. 2008			
		euros	%
121	Salud General	2.015.860 €	19,93%
12110	Política sanitaria y gestión administrativa	268.888	2,66
12181	Enseñanza / formación médicas	379.764	3,75
12182	Investigación médica	73.780	0,73
12191	Servicios médicos	1.293.428	12,79
122	Salud básica	5.337.434 €	52,77%
12220	Atención sanitaria básica	1.720.316	17,01
12230	Infraestructura sanitaria básica	1.180.728	11,67
12240	Nutrición básica	888.567	8,79
12250	Control enfermedades infecciosas	119.924	1,19
12261	Educación sanitaria	848.386	8,39
12262	Control de la malaria	120.828	1,19
12263	Control de la tuberculosis	259.162	2,56
12281	Formación personal sanitario	199.523	1,97
130	Población y salud reproductiva	2.761.177€	27,30%
13010	Política sobre población y gestión administrativa	0	0
13020	Atención salud reproductiva	1.387.553	13,72
13030	Planificación familiar	0	0
13040	Lucha contra ETS, incluida SIDA	1.329.407	13,14
13081	Formación personal para población. Y Salud Reproductiva	44.217	0,44
	AOD TOTAL EN SALUD	10.114.471€	100%

Fuente: elaboración propia a partir de datos del Seguimiento del PACI 2008

En más de una ocasión hemos comentado que la orientación geográfica y sectorial de la cooperación de las CC.AA. depende mucho de las iniciativas de las ONGD, que son su principal socio – actor estratégico en el ámbito de la cooperación. Esta dependencia se acentúa aún más en el caso de la cooperación de las EE.LL. que unen a su trabajo casi exclusivo con ONGD el hecho de actuar en muchos casos como un cofinanciador.



CAPÍTULO V. ACCION HUMANITARIA INTERNACIONAL

Los desastres naturales causados por fenómenos meteorológicos adversos continúan provocando, un año más, gran cantidad de víctimas, personas damnificadas y daños materiales a las infraestructuras comunitarias en las regiones más castigadas.

Se repite de forma reiterada el fenómeno en las zonas de más bajo desarrollo humano del planeta donde no se cuenta con infraestructuras adecuadas y donde las construcciones no reúnen los mínimos de seguridad debido a la baja calidad de los materiales y al inadecuado desarrollo urbanístico de los asentamientos.

Destacan en 2008 los huracanes en el Caribe, las sequías en el Cuerno de África, Sahel, Moldavia, Paraguay y Territorios Palestinos, el terremoto en China, las epidemias en Benin, Latinoamérica y Caribe, y las inundaciones en Bangla Desh, Bolivia, Ecuador, Guatemala, Honduras, Colombia, Namibia, India, Nepal y Yemen.

Junto a esos desastres naturales, se mantiene el número de conflictos armados activos que dan lugar a crisis complejas. Son crisis mantenidas en el tiempo en las que coinciden violencia, desplazamiento de la población, inseguridad alimentaria, y cifras elevadas de mortalidad, y que, por tanto, suponen un gran reto para la Acción Humanitaria.

Durante 2008 además se produjeron conflictos agudos como el ocurrido entre Georgia y Rusia, la crisis de Kenya tras las elecciones presidenciales, la escalada en el conflicto interno en Yemen, una nueva agudización en Gaza y en Sri Lanka. En otros conflictos crónicos empeoró de forma alarmante la situación humanitaria como son los casos de Sudan y la Republica Democrática del Congo.

1. AYUDA HUMANITARIA INTERNACIONAL

Tras tres años de funcionamiento, el Fondo Central de Respuesta a Emergencias (CERF, por sus siglas en inglés), se consolida como una vía complementaria de financiación humanitaria que proporciona una respuesta rápida a las crisis. En 2008 el fondo incrementó un 22% la financiación de emergencia.

TABLA 5.1. FONDO CENTRAL DE RESPUESTA A EMERGENCIAS: EVOLUCIÓN DE FONDOS 2006-2008			
CERF	Desde marzo 2006	2007	2008
Total	259.307.485 \$	350.894.999 \$	428.824.495 \$

Fuente: Oficina de Ayuda de NNUU

Los principales perceptores del CERF fueron las Agencias de NN.UU., destacando la partida destinada al Programa Mundial de Alimentos. En este primer análisis queremos llamar la atención sobre la partida destinada a la agencia encargada de atender a los refugiados (ACNUR) que en nuestra opinión es baja comparativamente con las necesidades que debe cubrir.

TABLA 5.2. AGENCIAS RECEPTORAS DE LOS FONDOS DEL CERF 2008	
Principales Agencias receptoras de ayudas	2008 (millones de dólares)
Programa Mundial de Alimentos (PMA)	38.14
Fondo de NNUU para la Infancia (UNICEF)	23.86
Alto Comisionado de las NNUU para los Refugiados (ACNUR)	10.7
Organización de NNUU para la Agricultura y la Alimentación (FAO)	9.60
Organización Mundial de la Salud (OMS)	7.57
Organización Internacional para las Migraciones (OIM)	3.95
Programa de NNUU para el Desarrollo (PNUD)	2.76
Fondo de NNUU para la Población (UNFPA)	2.17
Total	428.824.495

Fuente: Elaboración propia a partir de datos PACI 2008

Nota: No se incluyen en el cuadro las agencias que no alcanzaron el 2% del total

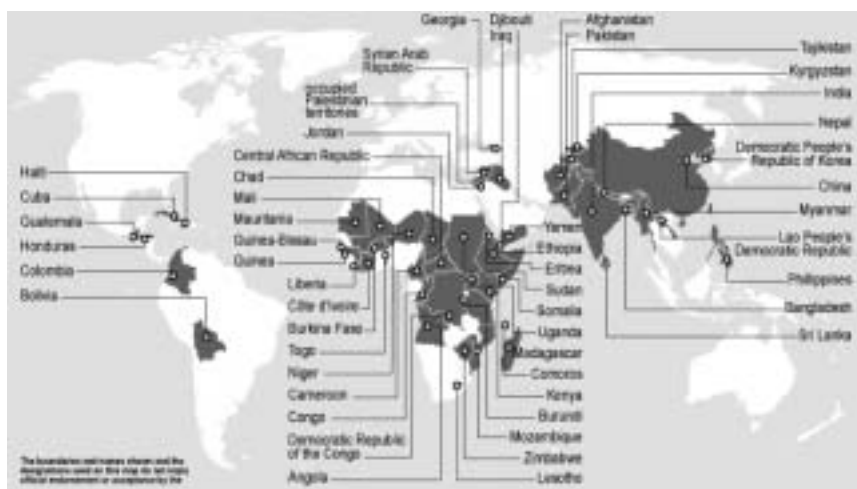
La distribución geográfica de los países receptores de financiación CERF muestra una mayor concentración en los países donde se mantienen conflictos complejos de larga duración, alternando con aquellos que han presentado crisis agudas o reagudización de sus conflictos en 2008.

TABLA 5.3. PRINCIPALES PAÍSES DESTINATARIOS AYUDA DEL CERF 2008		
CERF	2008 (en \$)	%
R. D. Congo	41.107.018	9.59 %
Etiopía	31.528.040	7.35 %
Myanmar	28.437.349	6.63 %
Kenya	25.970.279	6.06 %
Pakistán	18.719.790	4.37 %
Afganistán	18.220.644	4.25 %
Sudán	16.025.254	3.74 %
Haití	16.030.104	3.74 %
Sri Lanka	12.496.792	2.91 %
Chad	12.273.980	2.86 %

Fuente: Oficina de Ayuda de NNUU

El conflicto que asola la República Democrática del Congo desde hace más de una década y la hambruna recurrente en Etiopía justifican que estos sean dos de los principales países receptores de esta ayuda.

GRÁFICA 5.1. PROYECTOS CERF EN EL MUNDO EN 2008



Fuente: Oficina de Ayuda de NNUU

España ha incrementado de forma notable su aportación al CERF desde su creación. En el año 2008 la cuantía aportada ha sido de 45 millones de dólares, el doble de la aportación de 2007, lo que sitúa a nuestro país como el quinto contribuyente de este fondo a nivel mundial. Este dato se debe interpretar como una evidencia del compromiso y la implicación de España en estos fondos que suponen un gran apoyo a la respuesta de emergencia. Los países que más aportan a este fondo, por orden, son Reino Unido, Países Bajos, Suecia y Noruega.

TABLA 5.4. PRINCIPALES DONANTES AL CERF 2008			
PAIS	Contribuciones y llamamientos		
	2006	2007	2008
Reino Unido	69.928.000 \$	83.726.040 \$	80.239.000 \$
Países Bajos	51.860.000 \$	53.400.000 \$	63.900.000 \$
Suecia	41.093.250	51.045.498	56.264.400
Noruega	29.993.971	55.066.049	55.258.765
España	9.999.984	20.692.484	45.531.968
Canadá	21.941.309	35.116.374	39.037.523
Irlanda	12.601.974	26.273.974	33.301.074
Alemania		6.597.500	14.790.000
Dinamarca	8.401.243	8.742.384	9.931.473
Australia	7.600.000	8.760.000	9.517.000

Fuente: Oficina de Ayuda de NNUU

BUENAS DONACIONES HUMANITARIAS (GOOD HUMANITARIAN DONORSHIP - GHD)

Durante la década de los 90, los agentes mas destacados de la Accion Humanitaria a nivel mundial, agencias de NNUU, el organismo internacional de la Cruz Roja y Media Luna Roja y las organizaciones no gubernamentales, decidieron definir unas pautas de buenas practicas y coordinación de la Accion Humanitaria. La iniciativa así surgida se materializo en una reunión celebrada en Estocolmo en 2003, que reunió a los agentes mencionados y a los países donantes. Todos se pusieron de acuerdo en un conjunto de principios y buenas prácticas humanitarias¹.

La Buena Donación Humanitaria define como las políticas de los donantes y los procedimientos para implementar la Accion Humanitaria se llevan a cabo proporcionando una financiación oportuna y flexible, y respetando el Derecho Internacional Humanitario, así como los principios humanitarios. Este conjunto de buenas prácticas define unos criterios ampliamente aceptados a nivel internacional que sirven para proporcionar la base para la armonización de las prácticas en Accion Humanitaria de los donantes.

La Buena Donación Humanitaria ha sido suscrita por 35 Estados donantes, que se comprometen con los principios definidos en el documento, referente a la financiación de las agencias y organizaciones humanitarias. Los donantes, por tanto, deben garantizar la previsibilidad y flexibilidad en la provisión de fondos, así como valorar la posibilidad de limitar la asignación de los mismos a fines concretos.

Aunque la GHD depende fundamentalmente de los compromisos de los Estados, también proporciona una base para el trabajo colectivo que permita mejorar el rendimiento de cada uno de los

¹ Reproducimos los "Principios y buenas prácticas en Ayuda Humanitaria" al final del capítulo.

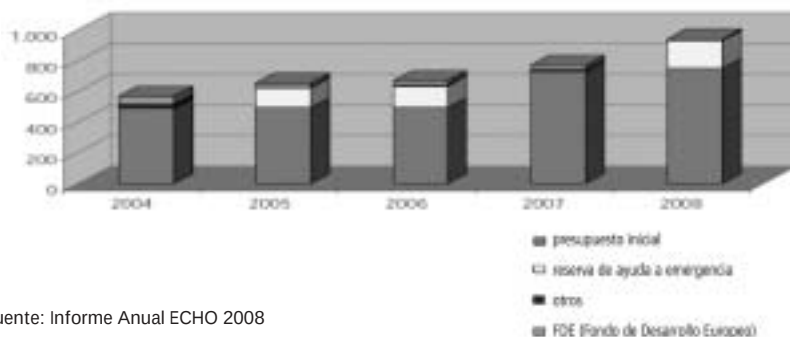
donantes por separado. De hecho el Comité de Ayuda al desarrollo (CAD) promociona la coordinación de sus Estados miembro y ha acordado la aplicación del marco de evaluación de GHD en todas las evaluaciones futuras de practicas de Accion Humanitaria de sus 23 Estados miembro.

La GHD es una iniciativa esencial para promover las buenas practicas en el campo de la Accion Humanitaria de todos los agentes implicados en la misma, y en lo concerniente a las ONG una herramienta indispensable para llevar a cabo intervenciones de calidad y eficaces con las poblaciones en situación de crisis.

2. LA ACCIÓN HUMANITARIA DE LA UNIÓN EUROPEA

En 2008, los fondos destinados para Acción Humanitaria por la Unión Europea, a través de su Oficina de Ayuda Humanitaria (ECHO), alcanzaron la cifra de 936,6 millones de euros, lo que supone un incremento del 21,8% respecto a 2007.

GRÁFICA 5.2. PRESUPUESTO 2004-2008 (EN MILLONES DE \$)



Fuente: Informe Anual ECHO 2008

Si bien el presupuesto inicial de ECHO era de 741 millones, se incrementó en varias ocasiones con fondos procedentes de la Reserva de Ayuda de Emergencia.

TABLA 5.5. ECHO: PRESUPUESTO INICIAL FRENTE AL REAL

Orígenes de los fondos (en Euros)	Inicial 01-01-2008	Final 31-12-2008
Presupuesto Inicial de la Comisión	741.671.000	741.671.000
Transferencias de la Reserva para Ayuda de Emergencia		177.000.000
Transferencias de la línea presupuestaria de Asistencia Macroeconómica		3.000.000
Transferencias de gastos de apoyo		1.400.000
Ingresos reasignados ¹		5.758.614
GASTOS OPERATIVOS TOTALES IMPLANTADOS²	741.671.000	5.758.614

¹ Ingresos totales: 7.177.633 €, de los cuales se han utilizado 5.758.614 € y los restantes se pasaron al 2009

² Gastos de apoyo excluidos

Fuente: Informe Anual ECHO 2008

Del total de los fondos asignados por ECHO, el 57% se destinaron a Ayuda Humanitaria y el 38,7% a Ayuda Alimentaria.

TABLA 5.6. DISTRIBUCIÓN FONDOS ECHO 2008 ENTRE AYUDA HUMANITARIA Y ALIMENTARIA							
2008	Ayuda Humanitaria	Ayuda Alimentaria	Dipecho	Total Líneas presupuestarias	FDE	Gastos de Apoyo	Total
Apropiaciones de Compromisos Iniciales	486.095	223.251	32.325	741.671		9.600	751.271
Apropiaciones de Compromisos Finales	534.903	363.251	32.366	930.520		8.228	938.748

Dipecho: Preparación para Desastres de ECHO
FDE: Fondo de Desarrollo Europeo
Fuente: Informe Anual ECHO 2008

El 60% de los fondos fueron destinados a países ACP con una mayor aportación a África, donde se concentran los conflictos de larga duración. El 20,5% de los fondos se destinaron al Sudeste Asiático y Latinoamérica, zonas castigadas por desastres naturales (huracanes/tifones) y donde aún se mantienen algunos conflictos armados de baja intensidad. El 16,3% de los fondos se destinaron a Oriente Medio, Caucaso y Asia Central donde se reagudizan periódicamente conflictos crónicos con gran impacto en la población.

TABLA 5.7. ECHO: PRINCIPALES PAÍSES DE DESTINO DE FONDOS PRESUPUESTADOS Y REALES		
GASTOS DE APOYO Y OPERATIVOS 2008 (Cantidades en euros)		
Unidad/Región	Programación 01-01-2008	Implantación 31-12-2008
A/1-Africa, Caribe, países del Caribe (ACP)	383.150.000	551.847.000
A/2-Nuevos Estados Independientes, Oriente Medio, países Mediterráneos	96.625.000	152.635.000
A/3-Asia y Latinoamérica	93.500.000	192.327.000
A/4, B/2-B/3-Operaciones no Geográficas: formación, subvenciones, servicios, DREF (Fondos de Emergencia de Respuesta a Desastres), etc.	2.300.000	7.020.614
B/3-Asistencia Técnica	25.000.000	25.000.000
Reserva operativa para emergencias no previstas ¹	141.096.000	
GASTOS OPERATIVOS TOTALES	741.671.000	928.829.614
Gastos de apoyo (ex línea presupuestaria BA)	9.600.000	7.812.327
AYUDA HUMANITARIA TOTAL ²		

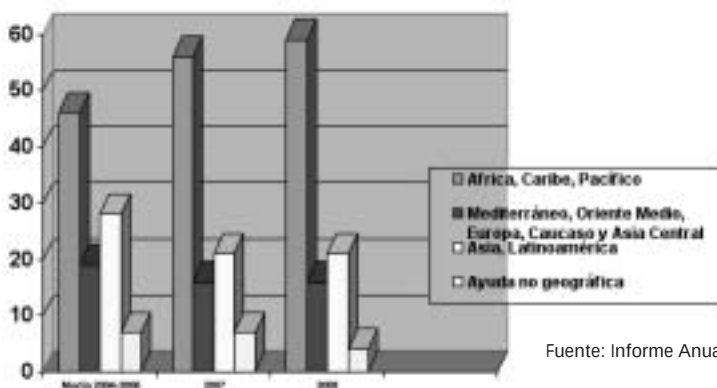
¹ Reserva operativa para eventos humanitarios no previstos: (72,6 millones €) y cantidades no desembolsadas de la línea presupuestaria de ayuda alimentaria (68,4 millones €). En línea con las guías del Consejo y del Parlamento Europeo, cerca del 15% del presupuesto operativo inicial (23-02-01) permanece sin destino para afrontar prioridades cambiantes y nuevas necesidades de emergencias.

² Gastos administrativos excluidos

Fuente: Informe Anual ECHO 2008

En el gráfico puede apreciarse cómo se consolida la tendencia por parte de ECHO de concentrar la mayor parte de la ayuda en las zonas donde se produce la mayor cantidad de crisis humanitarias. Se trata de conflictos crónicos, mantenidos en el tiempo, que precisan la movilización y el empleo de una gran cantidad de fondos. En esta situación se encuentra la ayuda proporcionada durante más de 60 años a la población refugiada palestina a través de UNRWA o la llevada a cabo durante más de 50 años a la población refugiada saharauí. Aunque no de tan larga duración, pero no por ello de menor envergadura, son las crisis de República Democrática del Congo, Somalia, Afganistán, Chechenia o Colombia, que precisan de fondos sostenidos.

GRÁFICA 5.3. EVOLUCIÓN 2004-2008 FONDOS ECHO Y SU DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA



Fuente: Informe Anual ECHO 2008

La canalización de los fondos gestionados por ECHO se llevó a cabo durante 2008 prácticamente a partes iguales por Agencias de NN.UU. y ONG, y un 10% a través de organismos Internacionales. Se puede apreciar una inversión de la tendencia en la que ECHO canalizaba los fondos para Ayuda Humanitaria fundamentalmente a través de ONG.

TABLA 5.8. AYUDA HUMANITARIA ECHO 2008: CANALIZACIÓN DE LA AYUDA

Categoría de socio	Número de contratos	Cantidad (en €)	%	Media Cantidad/contrato (en €)
ONG ¹	639	381.532.391	44%	597.077
NN.UU.	217	404.395.572	46%	1.863.574
Organismos Internacionales ²	48	89.823.200	10%	1.871.317
Total	904	875.751.163	100%	4.331.968

¹ En la categoría ONG se han incluido dos contratos firmados con otra categoría de socio: una con una organización gubernamental (GTZ-Alemania, 350.000€) y otra con DAC Aviation (proveedor canadiense del servicio Flight Echo – 8.000.000€)

² Organizaciones Internacionales cubre el Comité Internacional de la Cruz Roja (ICRC), la Federación Internacional de la Cruz Roja y la Media Luna Roja (IFRC) y la Organización Internacional para las Migraciones (OIM)

Fuente: Informe Anual ECHO 2008

GRÁFICA 5.4. CANALIZACIÓN DE LA AYUDA ECHO 2008



Fuente: Informe Anual ECHO 2008

CONSENSO EUROPEO DE ACCION HUMANITARIA

La Comisión Europea ha realizado un importante trabajo de sistematización de principios y enfoques comunes de los Estados de la UE en materia de Acción Humanitaria, que ha dado lugar al llamado Consenso Europeo de Acción Humanitarias. El Consenso supone en esencia llevar a cabo una acción concertada en la Unión Europea para mejorar la respuesta colectiva a las crisis humanitarias. Tras su elaboración la Comisión Europea lo presentó al Parlamento Europeo y al Consejo, siendo aprobado en la cumbre de Lisboa de 2007.

La iniciativa de elaborar un consenso en el campo de la Acción Humanitaria surge ante la necesidad de abordar los actuales retos que se plantean. En particular el incremento de las crisis humanitarias (relacionadas con la pobreza, competencia por el acceso a los recursos naturales y el cambio climático), la tendencia consciente a ignorar y vulnerar el Derecho Internacional Humanitario (DIH), y la restricción del espacio humanitario con la dificultad del acceso a las poblaciones en situación de crisis. Estos recientes desafíos junto con ser la UE el principal donante de Acción Humanitaria mundial, fueron las principales razones que llevaron a la Comisión a intentar establecer un marco común para la prestación de la AH por parte de la UE.

El consenso representa un progreso esencial porque partiendo de unos valores y principios comunes acerca de la Acción Humanitaria, pretende apoyar la complementariedad de las acciones humanitarias de los Estados de la UE al igual que incrementar la eficacia común de la Acción Humanitaria.

El consenso desarrolla de una forma clara y determinante los aspectos esenciales de la Acción Humanitaria. Comienza por reafirmar los principios humanitarios fundamentales de humanidad, imparcialidad, neutralidad e independencia. Continúa con un claro compromiso en la defensa del respeto al Derecho Internacional Humanitario y los Derechos Humanos, con mención especial al Derecho de los Refugiados. También se posiciona claramente ante la responsabilidad de proteger a la población en situación de crisis humanitaria en conformidad con los planteamientos de NNUU.

Un aspecto destacado es el establecimiento de la necesidad de que los donantes miembros de la UE garanticen la aplicación de buenas prácticas en materia de donaciones, asumiendo los principios de la Good Humanitarian Donorship (buenas donaciones humanitarias). Esto supone la asignación de fondos en proporción a las necesidades, así como garantizar la previsibilidad y flexibilidad de los mismos.

El consenso manifiesta también la necesidad de la vinculación de la ayuda humanitaria de emergencia con la rehabilitación y el desarrollo (VARD) en una línea de mayor eficacia a través de la continuidad de las acciones emprendidas en regiones en desarrollo. De forma complementaria se recomienda poner el énfasis en la prevención de riesgos, sobre todo los debidos a catástrofes naturales a través de la adopción de las directrices del marco de acción de Hyogo destinadas a aumentar la capacidad de reacción a nivel local, regional o nacional. Para esto, un aspecto básico radica en el incremento de la relación entre las agencias humanitarias y de desarrollo en el terreno, sobre todo en circunstancias de crisis crónicas y complejas.

Otro de los temas donde mayor énfasis pone el consenso es en la coordinación de los Estados miembro en la respuesta humanitaria a las crisis. En este sentido el consenso establece compartir la información sobre necesidades que permita que estas sean correctamente evaluadas y respuestas adecuadas a las crisis, mediante la coordinación de la logística, transportes y comunicaciones evitando solapamientos. Se desarrollarán los mecanismos que permitan reaccionar de forma rápida y fomentar el trabajo asociativo en el terreno. Esto supone un compromiso con la coherencia, complementariedad y eficacia de las intervenciones. Estas deben ser equilibradas a los distintos escenarios con especial atención a las situaciones complejas y crisis prolongadas. Junto a la coordinación se establece fomentar el intercambio de experiencia a través de lecciones aprendidas de las múltiples intervenciones llevadas a cabo.

No menos importante es el capítulo de calidad, eficacia y eficiencia de la AH. En este sentido el consenso establece que la actuación humanitaria debe llevarse a cabo con criterios establecidos en normas y directrices de reconocimiento internacional. Remarca la necesidad de la evaluación y la medición de los resultados, la eficacia y el impacto de las acciones de respuesta llevadas a cabo en un intento de mejorar de manera decidida las intervenciones humanitarias. En esta línea se hace énfasis en la rendición de cuentas a los donantes, receptores de la ayuda y a los ciudadanos europeos, del alcance de las intervenciones, de la gestión de las mismas y de las mejoras conseguidas. También establece la necesidad de fomentar actividades de formación y desarrollo de capacidades tanto de los implementadores como de los destinatarios de la ayuda.

En el campo de la utilización de recursos y capacidades militares y de protección civil, establece que deberán ajustarse a las directrices relativas marcadas por NNUU y las Directrices de Oslo. Respecto al uso de medios de Protección Civil se reducen a las catástrofes naturales y emergencias técnicas y ambientales. Los recursos militares solo se utilizarán como último recurso, en apoyo de operaciones humanitarias en contadas circunstancias cuando no haya ninguna alternativa civil capacitada para resolver una situación de necesidad humanitaria vital.

Por último, la Unión Europea asegurará que los compromisos de los donantes se cumplen en tiempo y forma. Dando respuesta claramente vinculada y ajustada a las necesidades.

Grandes son las expectativas generadas tras la aprobación de este consenso y el plan de acción sobre el mismo por parte de todos los Estados miembro. A partir de este momento corresponde la aplicación del mismo y las organizaciones humanitarias integradas en nuestras plataformas nacionales y europeas debemos estar atentos y fomentar que cada estado redacte su propio plan de acción y lo comparta con el CAD. Esto supone llevar a cabo acciones coordinadas para difundir ampliamente el consenso y exigir a nuestros gobernantes la aplicación del mismo.

3. ACCIÓN HUMANITARIA EN ESPAÑA

En el año 2008 la Ayuda Oficial destinada a Acción Humanitaria se ha incrementado en un 80% respecto al año anterior. Este hecho, en un año en que no se han producido grandes crisis humanitarias, traduce la tendencia de crecimiento de los fondos destinados a Acción Humanitaria respecto al estancamiento de los últimos años.

TABLA 5.9. AOD ESPAÑOLA DESTINADA A ACCIÓN HUMANITARIA				
Fondos Oficiales destinados a la Acción Humanitaria (en millones de euros)				
	2005	2006	2007	2008
Total de AH (neta)	216	248	237	424
A.H. Bilateral	108	109	171	318
A.H. Multilateral	108	138	66	105

Fuente: DGPOLDE

La AOD total española en acción Humanitaria ascendió en 2008 a 424 millones de euros, el 25% se canalizó a través de la vía multilateral y el 75% a través de la vía bilateral.

Un detenido análisis muestra como la Acción Humanitaria se ha establecido como un campo con entidad propia dentro de la Cooperación Internacional española. Este hecho condiciona que la planificación y la gestión de la AH oficial española continúen mejorando su nivel a través de los organismos DGPOLDE y AECID respectivamente. En ambos se está realizando un esfuerzo notable de desarrollo organizativo e incremento de la estructura operativa.

Desde la SECI se ha hecho igualmente una apuesta clara por integrar una concepción avanzada de la AH, adhiriéndose a las iniciativas e instrumentos que rigen la AH en el ámbito internacional. Pese a estos avances, no todos los compromisos adquiridos acaban de materializarse, y muestra de ello es la demora en la elaboración del Plan de Acción de la Good Humanitarian *Donorship*. Pero igualmente pocos avances se han visto en el plano de la responsabilidad de proteger o en la aplicación del Consenso Europeo de Acción Humanitaria.

Durante 2008 se elaboró el nuevo III Plan Director de la Cooperación Española, finalmente aprobado en los inicios de 2009, y que contiene importantes referencias a la Acción Humanitaria, razón por la que consideramos necesario un análisis del mismo desde esta perspectiva.

3.1. Valoración del III Plan Director de la Cooperación Española en el ámbito sectorial de la Acción Humanitaria

El III Plan Director de la Cooperación Española, que se elaboró durante el año 2008, ha

contado con un proceso participativo por parte de los agentes más destacados en el ámbito español en la acción humanitaria. Durante este proceso se han tenido en cuenta y recogido varias de las aportaciones de las organizaciones de acción humanitaria aglutinadas en la Coordinadora (CONGDE).

Algunos aspectos destacables en el ámbito sectorial de la acción humanitaria del actual Plan Director son el haber recogido de forma acertada las concepciones teóricas y principios de la acción humanitaria, y el haber plasmado las líneas estratégicas definidas en la actual Estrategia Sectorial.

En esta línea se establece una diferenciación de la acción humanitaria en función de principios, normativa específica y objetivos diferenciados a los del desarrollo. Igualmente establece como prioridad el mantenimiento del espacio humanitario. También se destaca la problemática del acceso a la ayuda por parte de las poblaciones y hace referencia a la seguridad de los trabajadores humanitarios.

El Plan Director marca una clara apuesta por las políticas de reducción de riesgos y establece como objetivo específico la contribución a la reducción de riesgos, articulando las respuestas en línea con el *Marco de Acción de Hyogo*.¹

Otro gran avance es la incorporación de la responsabilidad de proteger, lo que implica cierta confluencia con una visión de la AH a través de un enfoque de derechos humanos. Pero se debería ir mas allá estableciendo medidas para diseñar una verdadera política de protección.

Respecto al ámbito bilateral, el Plan Director restringe las intervenciones de la AECID, como actor operacional, a las situaciones de solicitud de ayuda por parte de los países y cuando la intervención directa proporcione un valor añadido.

También da muestras de un multilateralismo eficaz, con un encuadre adecuado tanto en el ámbito de NN.UU. como de la UE. Sin embargo, no llega a establecer concreciones en la aplicación de compromisos adquiridos de normativas internacionales de acción humanitaria. En concreto no figura el compromiso para desarrollar un *plan de acción para la Good Humanitarian Donorship*.²

Respecto a los objetivos, puede decirse que son generales y no aparecen claramente vinculados a acciones específicas para la consecución de los mismos. Igualmente no se contempla la aplicación de Planes de Acción ni de los recursos para su consecución. Tam-

¹ Marco de Acción de Hyogo: iniciativa desarrollada en la cumbre de Hygo (Indonesia) en 2005 por los Estados miembro de la ONU (incluida España que ha se adhirió a este marco) con el objetivo de reducir el riesgo de desastres a nivel internacional, nacional y comunitario. El Marco abarca 10 años entre 2005 y 2015 y pretende convertir en prioridad la reducción del riesgo de desastres.

² Good Humanitarian Donorship (Donaciones humanitarias adecuadas): Iniciativa creada en 2003 en Estocolmo y suscrita por 35 estados. Esta iniciativa expresa el compromiso de los donantes con un conjunto de principios relativos a la financiación de las organizaciones humanitarias. España suscribió estos principios en 2004.

poco aparece una contextualización de los objetivos en el tiempo ni se establece una clara priorización estratégica.

Un aspecto clave es que en el Plan Director no se recoge el compromiso presupuestario que ya figuraba en el anterior Plan Director de destinar el 7% de la AOD a la acción humanitaria. Esto supone un claro retroceso y una clara divergencia de las recomendaciones del CAD al respecto.

Tal y como se establece, la AH deja de ser un instrumento de la cooperación al desarrollo y adquiere su propia especificidad en el marco de la cooperación. Por esto mismo, la AH se debe dotar de instrumentos de financiación específicos que permitan actuar de forma inmediata y permitan una adaptación flexible a los contextos. Sin embargo, este aspecto clave no aparece definido en el texto.

En el marco de la coherencia de políticas, el Plan Director atribuye al MAEC el liderazgo en las intervenciones. En los escenarios en los que ha intervenido el ejército, la coordinación cívico-militar no ha funcionado -como muestra el ejemplo de Afganistán, donde a pesar de los esfuerzos por llevarlo adelante al final ha fracasado-. Hay una clara percepción de que el trabajo del ejército y otros agentes gubernamentales en los escenarios de crisis contribuye a generar confusión en el espacio humanitario con notables consecuencias negativas para el desempeño adecuado de la tarea humanitaria. Este aspecto debería servir de reflexión para reorientar el enfoque de intervención del ejército y agentes gubernamentales en tareas humanitarias.

Además, se debería apostar por incorporar el principio de “seguridad humana”, la protección de población civil y vincular la AH a las estrategias de construcción de la paz.

En conclusión, si bien el Plan Director refleja importantes avances en cuanto a las concepciones teóricas y principios de la AH, en términos generales de su contenido no se deduce una política de acción clara que materialice los compromisos adquiridos en la Acción Humanitaria española.

3.2. La Acción Humanitaria Bilateral

La AH Bilateral ascendió en 2008 a 318.463.803 millones de euros. De estos el 65,03% (207.121.096) se canalizó a través de OМУDES (multilateral) y el 34,97% (111.342.707) de manera bilateral.

La distribución sectorial de la ayuda muestra la mayor financiación destinada a la emergencia y ayuda alimentaria, que ha experimentado un notable incremento. Ambos sectores, canalizados en gran parte a través de la vía multilateral. La partida destinada a reconstrucción y rehabilitación, que se sitúa en niveles similares a la ayuda alimentaria, se canalizó casi a partes iguales por la vía multilateral y por la bilateral directa.

TABLA 5.10. AOD BILATERAL EN ACCIÓN HUMANITARIA.2008: DISTRIBUCIÓN POR LÍNEAS SECTORIALES

Ayuda de emergencia	Vía OMUDES		Otros mecanismos*		Total	% Sobre total líneas
	Euros	%	Euros	%	Euros	Euros
Ayuda y servicios materiales	80.957.454	39.09	24.738.015	22.22	105.695.469	33.19
Ayuda alimentaria	71.246.478	34.4	8.170.507	7.34	79.416.985	24.94
Coordinación servicios protección de la ayuda	4.412.151	2.13	1.274.903	1.14	5.687.054	1.79
Ayuda a reconstrucción y rehabilitación	46.287.500	22.35	38.115.961	34.23	84.403.461	26.50
Prevención de desastres	3.655.020	1.76	11.566.912	10.39	15.221.933	4.78
Ayuda a refugiados en país donante	562.493	0.27	27.474.709	24.68	28.037.202	8.80
Totales	207.121.096		111.341.007		318.462.103	

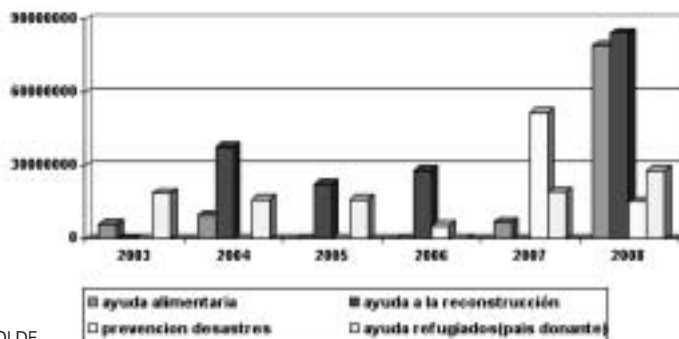
* Habría que añadir a la cifra total de otros mecanismos 1.700 € para Ayuda a Refugiados en España.

Fuente: DGPOLDE

La partida presupuestaria destinada a prevención de riesgos, un 4,78% del total, es baja comparativamente con el resto de sectores; en este sentido recordamos que deberían seguirse las recomendaciones del Protocolo de *Hyogos* e incrementar el porcentaje sobre el total de la AH.

Sigue llamando la atención de forma notable que se computen como acción humanitaria los fondos destinados por la Administración del Estado para ayuda a refugiados en España. Son 28.037.202 euros, lo que supone un 8,8% del total de la AH bilateral que no deberían computarse como Ayuda Oficial al Desarrollo ya que no se invierten en los países de destino de la ayuda.

GRÁFICA NÚMERO 5.5. EVOLUCIÓN AH POR SECTORES EN LOS ÚLTIMOS 6 AÑOS



Fuente: DGPOLDE

En la gráfica anterior puede observarse la evolución por sectores de la AH bilateral en los últimos 6 años. Se aprecia un claro desequilibrio en la distribución sectorial, que cambia notablemente de un año a otro, lo que pone en duda la aplicación de criterios en la financiación sectorial de la ayuda. Se debería tener en cuenta en este sentido lo definido en la propia Estrategia de Acción Humanitaria de la Cooperación Española para garantizar la coherencia de la AH española. Lo conveniente sería un reparto sectorial que responda a criterios estratégicos, y en los que la prevención de desastres, por ejemplo, tuviese mayor importancia, en coherencia a los compromisos internacionales adquiridos por España. Del mismo modo, se puede observar la variación interanual de la ayuda alimentaria, cuando la crisis alimentaria de estos años ha sido una constante.

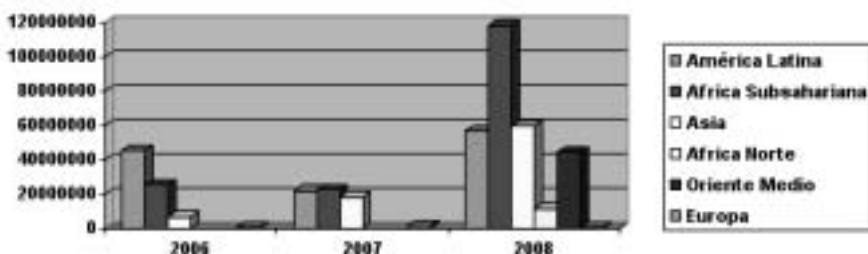
Respecto a la distribución geográfica de la acción humanitaria bilateral, cuatro regiones aglutinaron el 75% de la ayuda bilateral en 2008. De forma coherente, el mayor porcentaje de fondos se destinó a África Subsahariana, donde se encuentran la mayoría de las crisis humanitarias estructurales.

TABLA 5.11. DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA AH ESPAÑOLA 2008		
Región	Monto (€)	%
África Subsahariana	118.342.742	37,16
Oriente Medio	44.032.361	13,83
América Central	40.646.720	12,76
Asia Central	36.752.234	11,54
PVD No Especificados	27.827.150	8,74
Asia Sur	13.757.799	4,32
América del sur	13.140.513	4,13
África del Norte	11.312.697	3,55
Asia Oriental	8.874.081	2,79
América Latina No Especif.	2.987.520	0,94
Europa	375.987	0,12
Oceanía	214000	0,07
África No Especificado	200.000	0,06
	318.463.803	100,00

Fuente: DGPOLDE

En la evolución de los 3 últimos años se aprecia un cambio notable en las regiones destino de los fondos, con una apuesta por el destino a África Subsahariana, sin duda la región del mundo más castigada por crisis humanitarias y con menos capacidad de respuesta interna.

GRÁFICA 5.6. EVOLUCIÓN 2006-2008 POR DESTINOS DE AH ESPAÑOLA



Fuente: DGPOLDE

Si atendemos al nivel de renta, más de la mitad de la ayuda se destinó a países menos adelantados. Sin embargo los países de renta baja recibieron la menor cuantía de fondos con 3,82% del total, teniendo en cuenta que únicamente se destinó en 2008 el 30% a ayuda de emergencia (sector: ayuda y servicios materiales).

Región	euros	%
Países menos adelantados	149.937.575	58,23
Países de renta media baja	76.352.226	29,65
Países no especificados	60.989.545	23,69
Países de renta media alta	21.339.970	8,29
Países de renta baja	9.844.488	3,82
Total	318.463.803	100,00

Fuente: DGPOLDE

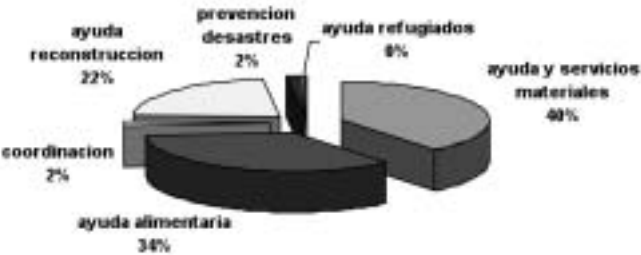
La ayuda multilateral, que ascendió a 207.121.096 €, se canalizó a través de organismos internacionales, en su gran mayoría a través de Agencias de NN.UU. como se aprecia en la tabla.

TABLA 5.13. CANALIZACIÓN DE LA AH ESPAÑOLA 2008 MULTILATERAL			
Organismos	Ayuda Emergencia, Reconstrucción y Rehabilitación y Prevención de Desastres		Ayuda a Refugiados en país donante
	euros	%	
PMA	55.590.000	26,91	
BM	35.500.000	17,19	
CERF	30.000.000	14,52	
PNUD	20.625.646	9,99	
ACNUR	10.675.229	5,17	132.493
UNDG - Grupo de Desarrollo NNUU	10.000.000	4,84	
UNRWA	9.071.530	4,39	430.000
FAO	7.845.909	3,80	
CICR	7.370.000	3,57	
UNICEF	6.567.372	3,18	
OCHA	4.735.410	2,29	
OTROS UE	3.000.000	1,45	
OPS	2.298.780	1,11	
OTROS NNUU	1.000.000	0,48	
OIM	889.472	0,43	
OMS	789.254	0,38	
FICR	600.000	0,29	
Total	206.558.603	100	562.493

Fuente: DGPOLDE

La distribución en 2008 según los códigos sectoriales de la ayuda canalizada vía OMUDES puede apreciarse en la siguiente figura.

GRÁFICA 5.7. DISTRIBUCIÓN SECTORIAL VÍA OMUDES DE LA AH ESPAÑOLA 2008



Fuente: DGPOLDE

3.3. La Acción Humanitaria Multilateral

La contribución a organismos internacionales de acción humanitaria, tanto mediante cuotas obligatorias como por aportaciones voluntarias, fue de 105.664.340 €. Esta cifra supuso una cuarta parte del total de los fondos destinados a AH por la cooperación española, cifra similar a la del año anterior.

TABLA 5.14. DISTRIBUCIÓN POR SECTORES DE LA AH MULTILATERAL ESPAÑOLA EN 2008

Ayuda y servicios materiales	42.066.599 €	39.81%
Ayuda alimentaria	37.439.527 €	35.43%
Prevención de desastres	2.943.394 €	2.78%
Coordinación servicios protección de la ayuda	1.762.419€	1.67%
Ayuda a reconstrucción y rehabilitación	21.289.735 €	20.15%

Fuente: DGPOLDE

La distribución por sectores muestra una concentración en la ayuda de emergencia y ayuda alimentaria, y una menor contribución a la reconstrucción. La ayuda para la prevención de desastres continúa siendo casi testimonial.

Si analizamos la procedencia de los fondos, vemos que el 89% de las aportaciones (94.282.867 euros) las realizó el Ministerio de Economía y Hacienda. Estos 94.3 millones de euros contabilizados corresponden a una estimación del global aportado a la Comisión Europea. Sin embargo, la contribución voluntaria multilateral provino del MAEC, que supone un 10,6% del total, distribuido entre UNRWA con 8 millones de euros y PNUD con 3 millones de euros. Son aportaciones que deberían incrementarse en un escenario de mayor implicación de la cooperación española en la vía multilateral.

TABLA 5.15. AOD DESTINADA A A.H. DENTRO DE LA ADMINISTRACION GENERAL ESTADO

AGENTES	AH Multilateral	AH Bilateral		TOTAL AH
		AH Multibilateral	AH Bilateral por otros mecanismos	
MAEC/SECI	11.218.867 + 162.666(1)	117.800.000		129018867
MAEC/AECID		84.591.168	49.868.040	134.459.208
Mº Economía y Hacienda	94.282.806			94.282.806
Mº Industria Turismo y Comercio			-7.590.946	-7.590.946
Mº Trabajo e inmigración		132493(2)	25.762.383 (2)	
Mº Defensa			225.050	225.050
TOTAL 1	105.501.674	202.391.168	42.502.144	350.394.986
Total 2 (3)	105.664.340 (3)	202.523.661 (3)	68.264.527 (3)	376.452.528 (3)

Nota. Señalamos específicamente los fondos destinados a ayuda a refugiados en España por considerar que estos fondos no deberían computarse como acción humanitaria dentro de la Ayuda Oficial al Desarrollo.

(1) Fondos destinados al ACNUR de apoyo a servicios jurídicos a refugiados en España.

(2) Fondos destinados a refugiados en España.

(3) Total 2. Totales contando con la ayuda destinada a ayuda a refugiados en España

Fuente: DGPOLDE

Se vuelve apreciar, igual que en la AH bilateral, (4,78%) que el porcentaje destinado a prevención de desastres es casi testimonial. Consideramos que esta tendencia debería invertirse para responder de manera coherente tanto a los compromisos internacionales como a los asumidos en la propia Estrategia de Acción Humanitaria de la cooperación española.

La Administración General del Estado (AGE) continúa, un año más, siendo el principal financiador de la AH de la Cooperación española, con un 88,6%.

El MAEC aparece como el organismo que más fondos destinados a AH gestionó durante el año 2008. Del total de estos fondos, la AECID ha gestionado 134.459.208 € lo que supone 38,37% del total de la AH.

Si bien se consolida la tendencia del MAEC a liderar la gestión de fondos destinados a AH, sin embargo la AECID no acaba por incrementar proporcionalmente la gestión de los fondos, como sería deseable ateniéndose a criterios puramente técnicos. Del total de fondos gestionados por el MAEC a través de la vía multilateral, 84.591.168 €, el 41,7%, fueron gestionados por la AECID, el resto, 58,3%, los gestionó directamente la SECI.

Por otro lado, como venimos señalando en informes previos, la AECID continúa interviniendo directamente en las emergencias en lugar de destinar sus recursos a la coordinación de las intervenciones y participación en organismos internacionales.

Del total de fondos gestionados por el Ministerio de Economía y Hacienda, el 74,7% se destinaron a la AH a través de la UE, en su caso ECHO. Es una estimación de los fondos pero no una aportación directa, que además no cuenta con una distribución previa conocida como sería lo recomendable. El 24,8% fueron contribuciones a FED (Fondo Europeo de Desarrollo) y el 3,6% fueron contribuciones a IFI (Fondo Financiero Internacional).

En los datos facilitados por la DGPOLDE no está especificada la aportación del Ministerio de Industria, Turismo y Comercio, probablemente para rehabilitación, y a través de créditos FAD de ayuda bilateral. De confirmarse, lo que parece evidente, seguimos manteniendo nuestro criterio de que este no es un mecanismo adecuado para Acción Humanitaria, ya que se trataría de ayuda reembolsable.

La participación de los Ministerios de Interior y de Trabajo e Inmigración con un monto total de 25.762.383 € destinado a la ayuda a refugiados en España, como hemos indicado, no debería contabilizarse como ayuda humanitaria ya que no es ayuda que se ejecuta en los países necesitados de ayuda humanitaria.

3.4. Ayuda descentraliza para Acción Humanitaria

El total de fondos destinado a Ayuda Humanitaria en el marco de la cooperación descentralizada ascendió en 2008 a 47.525.621 €.

TABLA 5.16. AYUDA HUMANITARIA DESCENTRALIZADA POR ACTORES 2007-2008						
AGENTES	2008			2007		
	AH Multilateral	AH Bilateral	Total AH descentralizada	AH Multilateral	AH Bilateral	Total AH
CCAA		37.607.755	37.607.755		43.532.097	43.532.097
EELL		9.845.506	9.845.506		8.445.950	8.455.950
UNIVERSIDADES		70.660*	70.660*		67.579	67.579
TOTAL AH			47.523.921	66.463.612	170.720.465	237.184.077

* No se computan en esta tabla los fondos destinados a refugiados en España. (1.700 €)

Fuente: DGPOLDE

El monto total de fondos destinados por las Comunidades Autónomas a la AH durante 2008 ascendió a 37.607.755 € lo que supone un retroceso del 13,6% respecto al año anterior (43.532.097 €).

El resto de donantes descentralizados han incrementado durante 2008 la suma de aportaciones para acción humanitaria. En este sentido las entidades locales han destinado 9.845.506 € durante 2008, lo que supone un incremento del 16%. Las universidades mantienen el nivel de aportaciones previas, destinando una cifra testimonial de 72.366 €. (70.660 + 1.700 € de fondos de universidades destinado a apoyo jurídico a refugiados en España).

Si observamos el peso relativo de la AH descentralizada con respecto al total de este tipo de ayuda, vemos que en 2008 (11,2%) se aprecia un retroceso muy significativo con respecto a 2007 (21,9%) y 2006 (15,5%).

TABLA 5.17. EVOLUCIÓN DE AH DESCENTRALIZADA CON RESPECTO A LA ADMINISTRACIÓN GENERAL DEL ESTADO						
	2003	2004	2005	2006	2007	2007
CC.AA	5,2%	8,7%	9,1%	15,5%	21,9%	11,2%
AGE	94,8	91,3	90,9	84,5	78,1	88,8

Fuente: elaboración propia

Por comunidades autónomas, la contribución al total humanitario descentralizado es el que podemos ver en la siguiente tabla.

TABLA 5.18. AH DESCENTRALIZADA 2008 POR CCAA Y VÍAS DE CANALIZACIÓN

Comunidades Autónomas	Vía OМУDES		Otros Mecanismos		Total	
	euros	%	euros	%	euros	%
ANDALUCIA	600.000	15.69	11.237.943	33,27	11.837.943	31,48
ARAGON			1.037.648	3,07	1.037.648	2,76
ASTURIAS			1.319.000	3,90	1.319.000	3,51
BALEARES	360.000	9.41	633.251	1,87	993.251	2,64
CANTABRIA			116.185	0,34	116.185	0,31
CANARIAS			148.601	0,44	148.601	0,40
CATALUÑA	1.670.000	43.66	3.719.701	11,01	5.389.701	14,33
PAIS VASCO	9.265	0,24	2.020.128	5,98	2.029.393	5,40
CASTILLA LA MANCHA			4.498.558	13,32	4.498.558	11,96
CASTILLA Y LEON	220.000	5.75	826.988	2,45	1.046.988	2,78
EXTREMADURA			311.042	0,92	311.042	0,83
GALICIA			1.075.000	3,18	1.075.000	2,86
LA RIOJA			46.500	0,14	46.500	0,12
MADRID			1.449.143	4,29	1.449.143	3,85
MELILLA			80.000	0,24	80.000	0,21
NAVARRA			831.653	2,46	831.653	2,21
MURCIA			151.581	0,45	151.581	0,40
C VALENCIANA	965.471	25.24	4.280.097	12,67	5.245.568	13,95
TOTAL	3.824.737	100,00	33.783.018	100,00	37.607.755	100,00

Fuente: DGPOLDE

Por sectores, un tercio de la ayuda se destinó a ayuda de emergencia y otro tercio a rehabilitación y reconstrucción. Es significativa la proporción del 12,8% de la ayuda destinada a prevención de desastres en línea con las iniciativas internacionales.

TABLA 5.19. DISTRIBUCIÓN SECTORIAL DE AH DESCENTRALIZADA (CCAA) 2008

Ayuda de emergencia		Vía OМУDES		Otros Mecanismos		Total	% Sobre total líneas
		euros	%	euros	%	euros	%
72010	Ayuda y servicios materiales	1.865.471	48.77	12.578.551	37,23	14.444.022	38,41
72040	Ayuda alimentaria	770.000	20.13	1.888.438	5,59	2.658.438	7,07
72050	Coordinación servicios protección de la ayuda	0	0	746.631	2,21	746.631	1,99
73010	Ayuda a reconstrucción y rehabilitación	750.000	19.61	13.468.957	39.87	14.218.957	37,81
74010	Prevención de desastres	9.265	0.24	4.814.892	14,25	4.824.157	12,83
93010	Ayuda a refugiados en país donante	430000	11.24	285.550	0.85	715.550	1,90
	TOTAL	3.824.737	100.0	33.783.018	100,00	37.607.755	100,00

Fuente: DGPOLDE

Geográficamente, casi el 60% de la ayuda se destinó a Latinoamérica y sólo un 15,75% a África Subsahariana. Se aprecia así que el destino de fondos de la ayuda humanitaria de la cooperación descentralizada no se corresponde adecuadamente con los escenarios de mayor necesidad.

**TABLA 5.20. DISTRIBUCIÓN AH ESPAÑOLA DESCENTRALIZADA (CCAA) 2008
POR REGIÓN DE DESTINO Y VÍA DE CANALIZACIÓN**

	Vía OМУDES		Otros Mecanismos		Total	
	euros	%	euros	%	euros	% sobre total regiones
AMESUR			6.388.886	18,91	6.388.886	16,99
ASIASUR	190.000	4,97	1.123.903	3,33	1.313.903	3,49
AFR NOR			2.512.680	7,44	2.512.680	6,68
AMECEN	759.265	19,85	15.344.372	45,42	16.103.637	42,82
AFRSUB	1.679.700	43,92	4.243.117	12,56	5.922.817	15,75
ASIA CEN			314.764	0,93	314.764	0,84
ASIAOR			477.862	1,41	477.862	1,27
OMEDIO	1.195.771	31,26	1.517.417	4,49	2.713.188	7,21
PVD NE			1.846.017	5,46	1.846.017	4,91
EUROPA			14.000	0,04	14.000	0,04
TOTAL	3.824.737	100,0	33.783.018	100,00	37.607.755	100,00

Fuente: DGPOLDE

Un total de 11 países aglutinaron el 81.9% del total de la Ayuda Humanitaria. siendo Cuba con 5,6 millones de euros el primer destinatario

TABLA 5.21. AH ESPAÑOLA DESCENTRALIZADA (CCAA) 2008 POR PAÍS DESTINATARIO

País	Monto (€)	%
Cuba	5.634.808	20,36
R. Dominicana	5.402.693	19,52
Nicaragua	3.660.291	13,23
Perú	2.668.980	9,65
T. Palestinos	2.501.127	9,04
P. Saharaui	2.404.680	8,69
Bolivia	1.486.954	5,37
Re D. Congo	1.300.300	4,70
Myanmar	1.004.900	3,63
Haití	815.318	2,95
Kenya	791.500	2,86
total	27.671.550	100,00

Fuente: DGPOLDE

El mayor destino de fondos de AH al continente americano conlleva necesariamente que el principal destino de esta ayuda lo constituyan Países de Renta Media Baja. A los Países Menos Avanzados (PMA) apenas se destina un 20%. Sin embargo, estos países son los que concentran la mayor parte de las crisis crónicas y por lo tanto lo más coherente sería focalizar la ayuda a este grupo de países.

TABLA 5.22. AH ESPAÑOLA DESCENTRALIZADA (CCAA) 2008 SEGÚN RENTA PAÍS DESTINO Y VÍA DE CANALIZACIÓN DE LA AYUDA						
País según renta	Vía OMUDES		Otros Mecanismos		Total	% sobre total regiones
	euros	%	euros	%	euros	%
PRMB	1.725.771	45,12	17.147.035	50,76	18.872.806	50,18
PMA	1.979.700	51,76	5.072.398	15,01	7.052.098	18,75
PRMA	119.265	3,12	5.928.184	17,55	6.047.449	16,08
PRB			1.149.704	3,40	1.149.704	3,06
NE			4.485.697	13,28	4.485.697	11,93
TOTAL	3.824.737	100,00	33.783.018	100,00	37.607.755	100,00

Fuente: DGPOLDE

La ayuda para AH de las CC.AA. canalizada vía OMUDES se realizó a través de los siguientes organismos: ACNUR (34.98%), UNRWA (31,26%), UNICEF (12.86%), PMA (12.81%) y PNUD (8.09%).

PRINCIPIOS Y BUENAS PRÁCTICAS EN LA ACCIÓN HUMANITARIA¹

Aprobados en Estocolmo el 17 de junio de 2003 por Alemania, Australia, Bélgica, Canadá, Comisión Europea, Dinamarca, Estados Unidos, Finlandia, Francia, Irlanda, Japón, Luxemburgo, Noruega, Holanda, Reino Unido, Suecia y Suiza

Objetivos y definición de la acción humanitaria

1. Los objetivos de la acción humanitaria son salvar vidas, aliviar el sufrimiento y preservar la dignidad humana durante y después de las crisis provocadas por el hombre y los desastres naturales, así como para prevenir y fortalecer la preparación para cuando estas situaciones se produzcan
2. La acción humanitaria debe guiarse por los principios humanitarios de *humanidad*, es decir, la importancia de salvar vidas humanas y aliviar el sufrimiento allí donde se produzca, *imparcialidad*, es decir, la realización de acciones únicamente sobre la base de las necesidades, sin discriminación entre o dentro de las poblaciones afectadas; *neutralidad*, lo que significa que la acción humanitaria no debe favorecer a ninguna de las partes en un conflicto armado o cualquier otro tipo de disputa, donde se lleve a cabo la acción e *independencia*, en el sentido de la autonomía de los objetivos humanitarios sobre los objetivos políticos, económicos, militares o de otro tipo que cualquier actor pueda tener con respecto a las zonas donde la acción humanitaria tiene lugar.
3. La acción humanitaria incluye la protección de los civiles y de los que ya no participan en las hostilidades, y el suministro de alimentos, agua y saneamiento, refugio, servicios de salud y otros artículos de asistencia, realizados en beneficio de las personas afectadas y para facilitar el retorno a la vida normalizada y sus medios de subsistencia.

Principios generales

4. Respetar y promover la aplicación del derecho internacional humanitario, el derecho de los refugiados y los derechos humanos.
5. Al tiempo que se reafirma la responsabilidad primaria del Estado hacia las víctimas de emergencias humanitarias dentro de sus propias fronteras, también hay que pugnar por asegurar una financiación flexible y oportuna en el tiempo, sobre la base de la obligación colectiva de esforzarse para satisfacer las necesidades humanitarias.
6. Asignar los fondos humanitarios en proporción a las necesidades y sobre la base de evaluación de las necesidades.
7. Solicitar a las organizaciones humanitarias implementadoras que garanticen, en la

¹ Traducción realizada por las organizaciones que elaboramos el informe.

mayor medida posible, la adecuada participación de los beneficiarios en el diseño, ejecución, seguimiento y evaluación de la respuesta humanitaria.

8. Fortalecer la capacidad de los países y las comunidades locales afectadas para prevenir, prepararse, mitigar y responder a las crisis humanitarias, con el objetivo de garantizar que los gobiernos y las comunidades locales estén mejor capacitados para cumplir con sus responsabilidades y coordinarse de manera efectiva con los socios humanitarios.
9. Proporcionar asistencia humanitaria de manera que se propicie la recuperación y desarrollo a largo plazo, tratando de garantizar el apoyo, cuando proceda, para el mantenimiento y el retorno a los medios de vida sostenible y la transición de la ayuda humanitaria a la recuperación y el desarrollo.
10. Apoyar y promover el papel central y singular de las Naciones Unidas en el liderazgo y coordinación de la acción humanitaria internacional, la función especial del Comité Internacional de la Cruz Roja, y el papel vital de las Naciones Unidas, la Cruz Roja Internacional y la Media Luna Roja y las organizaciones no gubernamentales en la implementación de la acción humanitaria.

Buenas prácticas en la financiación, gestión y rendición de cuentas de los donantes

(a) Financiación

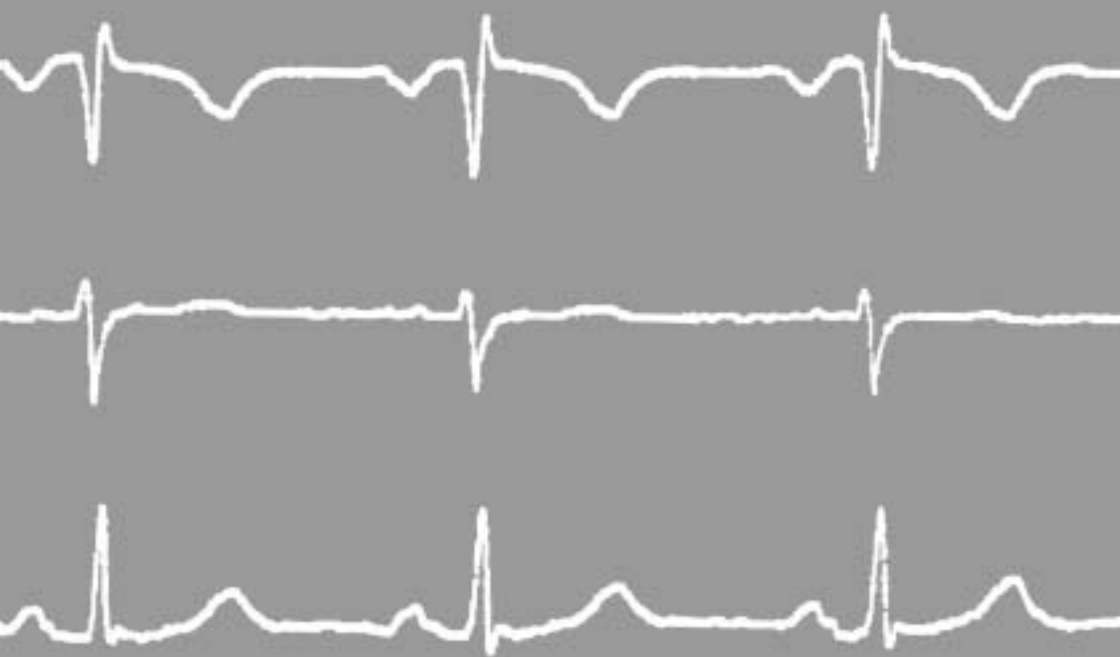
11. Esforzarse para garantizar que la financiación de la acción humanitaria en nuevas crisis no afecta negativamente a la satisfacción de necesidades en las crisis en curso.
12. Reconociendo la necesidad de dar una respuesta dinámica y flexible a las necesidades cambiantes en las crisis humanitarias, hay que esforzarse en garantizar la previsión y la flexibilidad en la financiación de las agencias de Naciones Unidas, los fondos y programas y otras esenciales organizaciones humanitarias
13. Al tiempo que se destaca la importancia de la transparencia, el establecimiento de prioridades estratégicas y la planificación financiera de las organizaciones ejecutoras, se tendrá que explorar la posibilidad de reducir o aumentar la flexibilidad de las asignaciones específicas, y de la introducción de mecanismos de financiación a más largo plazo.
14. Contribuir de manera responsable, y sobre la base del reparto de la carga, a los Llamamientos Interagencias Consolidados de las Naciones Unidas y a los llamamientos de la Cruz Roja Internacional y de la Media Luna Roja, y apoyar activamente la formulación de los Planes de Acción Humanitaria Comunes (CHAP) como el principal instrumento para la planificación estratégica, establecimiento de prioridades y de coordinación en emergencias complejas.

(b) Promoción de normas y mejora de la ejecución

15. Solicitar que las organizaciones humanitarias se adhiera plenamente a la aplicación de buenas prácticas y se comprometan a promover la rendición de cuentas, la eficiencia y eficacia en la ejecución de la acción humanitaria.
16. Promover el uso de principios y directrices del Comité Permanente Interagencias en las actividades humanitarias, los Principios Rectores de los Desplazamientos Internos y el Código de Conducta de 1994 para la Cruz Roja Internacional y la Media Luna Roja y las Organizaciones No Gubernamentales (ONG) en intervenciones de Emergencia ante desastres.
17. Mantener la disposición a ofrecer apoyo en la implementación de la acción humanitaria, incluido facilitar el acceso humanitario seguro.
18. Apoyar los mecanismos para la planificación de contingencia de las organizaciones humanitarias, incluyendo, en su caso, la asignación de fondos, para fortalecer la capacidad de respuesta.
19. Afirmar el rol primordial de las organizaciones civiles en la ejecución de la acción humanitaria, en particular en las zonas afectadas por conflictos armados. En situaciones en las que se utilizan la capacidad y los recursos militares para apoyar la ejecución de la acción humanitaria, garantizar que dicho uso se realiza conforme al derecho internacional humanitario y a los principios humanitarios, y reconoce el papel de liderazgo de las organizaciones humanitarias.
20. Apoyar la aplicación de las Directrices de 1994, sobre el Uso de Recursos de Defensa Militar y Civil de Ayuda de Emergencia en Desastre y las Directrices de 2003 sobre el Uso de Recursos de Defensa Militar y Civil para el Apoyo de Actividades Humanitarias de Naciones Unidas en Emergencias Complejas.

(c) el aprendizaje y la rendición de cuentas

21. Apoyar las iniciativas de aprendizaje y rendición de cuentas para la aplicación eficaz y eficiente de la acción humanitaria.
22. Promover las evaluaciones periódicas de las respuestas internacionales a las crisis humanitarias, incluidas las evaluaciones de desempeño de los donantes.
23. Garantizar un alto grado de precisión, en tiempo y transparencia en los informes de los donantes sobre los gastos de la asistencia humanitaria oficial, y fomentar el desarrollo de formatos estandarizados para dichos informes.



CAPÍTULO VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1. En aquellos contextos donde la red sanitaria pública es deficitaria y el sistema de protección social prácticamente inexistente, la crisis económica ha tenido un notable impacto negativo en la salud, tanto por la disminución del gasto público como por el deterioro de las condiciones de vida de la población más vulnerable.

En esta situación de crisis económica, donde se ha agudizado la inequitativa distribución de la riqueza, los recursos y el poder, es necesaria no sólo la responsabilidad entre países donantes y receptores, debiendo los primeros cumplir sus compromisos adquiridos, sino también que los gobiernos cumplan sus obligaciones respecto al derecho a la salud de su ciudadanía, manteniendo accesibles los servicios básicos de salud.

En un contexto de crisis económica es clave, a corto plazo, dirigir las actuaciones en salud hacia los más vulnerables, así como mantener vigente el área de prevención. A largo plazo, la crisis abre la oportunidad de efectuar reformas encaminadas a la cobertura universal desde una Estrategia de Atención Primaria de Salud (APS).

El informe publicado en 2009 por la Comisión de Determinantes Sociales de Salud supone un marco de trabajo futuro para los actores nacionales e internacionales en desarrollo y salud. Sus tres recomendaciones principales son mejorar las condiciones de vida, luchar contra la distribución no equitativa del poder, el dinero y los recursos, y medir la magnitud del problema, analizarlo y evaluar los efectos de las intervenciones.

Se impone el avance hacia la cobertura universal si se quiere alcanzar la equidad sanitaria y la eliminación de la exclusión. Las medidas específicas a aplicar para conseguir la extensión de los servicios dependerán de cada contexto y país.

2. Reforzar los sistemas públicos de salud para la prestación de servicios equitativos y de cobertura universal es el compromiso ineludible para la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

En estos tiempos de crisis económica, junto a la imposibilidad de hacer frente al pago de los costes sanitarios por parte de muchos usuarios y a la necesidad de llegar a los lugares y poblaciones sin acceso, se manifiesta la incapacidad de los sistemas de salud de asumir la demanda creciente de servicios sanitarios.

Para ello no solo se requiere de compromiso y voluntad firmes, sino también de capacidad rectora, normativa y reguladora de sistemas de abastecimiento, gestión y calidad, y una clara vocación de servicio a la ciudadanía, configurando sistemas inclusivos para los más desfavorecidos.

La economía de escala, la calidad y rendición de cuentas, la capacidad redistributiva de los sistemas públicos destinando recursos para quienes más los necesitan y la posibilidad de abordaje de las inequidades entre regiones, ciudades, entre zonas rurales y urbanas y entre hombres-mujeres, confieren evidentes ventajas a la provisión pública de servicios de salud.

3. El cambio climático no es solamente un factor con potencial para afectar a la salud, al bienestar y al desarrollo de las personas, sino que se ha convertido además en un freno para la consecución de los ODM a corto plazo.

Los fenómenos climáticos extremos, que entre 2000 y 2004 afectaron a 1 de cada 19 personas que vivían en países en desarrollo (frente a 1 cada 1.500 en los países de la OCDE), han originado pérdida de vidas humanas y desplazamiento de millones de personas.

Su impacto en la salud individual y colectiva se produce a través de la disminución del acceso a alimentos como consecuencia de pérdidas de cosechas por sequías, inundaciones y/o riadas, produciendo malnutrición y hambrunas; o por los cambios en la distribución geográfica de los vectores transmisores de enfermedades, con el aumento de posibilidades de emergencia de epidemias.

Ambas situaciones inciden de manera especial sobre las personas y comunidades que ya están previamente en situación de vulnerabilidad, evidenciando el gradiente social y económico de la salud, ya que a menor nivel socioeconómico, mayor vulnerabilidad y menor nivel de salud. Las políticas sociales y económicas determinan las oportunidades presentes y futuras de vivir en buena salud.

4. La respuesta de la comunidad internacional ante una amenaza de una potencial pandemia de gripe A H1N1 ha sido desproporcionada e injustificada en comparación con los insuficientes esfuerzos destinados a luchar contra las enfermedades que realmente asolan a los países más pobres.

No parece que en estos momentos se pueda justificar a nivel mundial una alarma socio-sanitaria tan importante. Además, se debería valorar el impacto que ha tenido para los sistemas de salud de los países empobrecidos la lucha contra esta enfermedad.

En lo que a países en desarrollo se refiere, podemos intuir que la lucha contra la gripe A H1N1 esté siendo financiada con partidas previamente destinadas a otros problemas de salud con una importancia mucho mayor para las poblaciones locales de estos países. Hay muchas otras prioridades que resolver antes de centrar todos los esfuerzos en acabar con una enfermedad que ha matado menos de un 1% de la mortalidad anual por malaria, enfermedad que, si se contara con los recursos suficientes, sería erradicable.

El peligro potencial que suponía la enfermedad justificaba que se fijara una estrategia común frente a ella en todo el mundo bajo el liderazgo de la OMS. Sin embargo, cada país ha decidido sus propios protocolos y éstos tienen más que ver con las capacidades de cada país que con el objetivo de conseguir una salud mundial. Estas estrategias no parecen haberse basado en cuál es la mejor opción, sino que tienen un componente político muy importante. Los problemas de salud son cada vez más globales y las respuestas también deberían serlo si quieren ser eficaces.

En este reciente caso de la gripe A H1N1, mientras buena parte de las poblaciones más vulnerables no tenían acceso a los medicamentos y vacunas, el beneficio de las empresas farmacéuticas que los producen se ha incrementado de forma considerable, no solo por la venta de sus productos sino también por la notable apreciación del valor de sus acciones en bolsa desde la primera semana de la crisis.

Es necesario clarificar qué ha sucedido, a través de una investigación independiente, y exigir una rendición de cuentas a la OMS, para que se aclare si la estrategia desarrollada por la OMS ha sido eficiente, por qué se han tomado determinadas decisiones que han costado muchos recursos a nivel mundial, y si se han detraído estos recursos de otras prioridades. Con esta rendición social de cuentas la OMS recuperaría la confianza que se ha visto erosionada por la gestión de esta pandemia.

5. En el caso de una verdadera pandemia peligrosa para toda la humanidad, la dificultad de acceso a las vacunas y tratamientos por parte de los países pobres puede poner en peligro cualquier estrategia mundial de lucha contra esa enfermedad. El 90% de la capacidad de producción de las vacunas se encuentra en los países más desarrollados y hay 2.700 millones de personas que viven en países sin ninguna capacidad de producción, que dependerían de la solidaridad internacional en caso de producirse una pandemia letal. Pero la capacidad de conseguir una vacuna antipandémica alcanza anualmente 3.000 millones de dosis, que no llega a cubrir ni a la mitad de la población mundial, por lo que una gran cantidad de personas morirían al no poder recibir vacunación.

En caso de una situación de emergencia, la salud debe estar por encima de los acuerdos internacionales sobre las patentes, que deberían liberarse, sobre todo en casos excepcionales, para los productos más necesarios.

Además, para evitar las desigualdades actuales, se debe aumentar la transferencia de tecnología adecuada a los países más empobrecidos para que puedan producir vacunas y tratamientos que puedan cubrir las necesidades de su población, evitando una dependencia excesiva de los países más ricos.

6. En la actualidad la Unión Europea aparece como uno de los principales actores de la cooperación al desarrollo en el sector salud, habiendo establecido objetivos, estrategias y compromisos al respecto. Sin embargo ni se ha dotado de instrumentos eficaces ni se ha nutrido de los niveles de financiación necesarios.

La cooperación al desarrollo de la Unión Europea está necesitada de algunos pactos para armonizar y dar mayor coherencia a las diversas acciones europeas de cooperación en salud, que se encuentran dispersas en diferentes documentos e iniciativas; es conveniente unificarlas y armonizarlas en un documento general que oriente la política de cooperación en salud de la UE y su puesta en práctica.

La iniciativa española, con motivo de la Presidencia de turno de la UE, de liderar un proceso que permita a la UE disponer de una Comunicación en Salud Global nos parece muy acertada, si bien dicha comunicación deberá tener como objetivo impulsar una agenda de cooperación en salud que permita, por un lado, avanzar en la transformación de los compromisos de la lucha contra la pobreza y la desigualdad procurando resultados claros de mejora de las condiciones de salud de las poblaciones más desfavorables y, por otro lado, dar seguimiento a los principios de coherencia que deberían guiar las políticas externa e interna de la UE en el ámbito de la Salud Global: equidad, solidaridad, apropiación democrática y coherencia.

Asimismo, esta comunicación deberá tratar de habilitar mecanismos que permitan cubrir la brecha de financiación en salud necesaria para alcanzar los ODM, instando a los gobiernos donantes a cumplir con sus compromisos con la AOD priorizando el fortalecimiento de los sistemas nacionales de salud, el sistema de cuidados de atención primaria y el aumento de las intervenciones en salud sexual y reproductiva.

7. En 2008, los aportes netos totales de ayuda oficial al desarrollo de los países miembros del CAD alcanzaron la cifra record de 119.759 millones de dólares, lo que supone un incremento porcentual de un 15,7% respecto al año anterior, siendo España uno de los 3 países que más aumenta su aportación. La cifra total representa el 0,30% de la renta nacional bruta (RNB) del conjunto de los

países que integran el CAD, porcentaje que aún está muy por debajo del compromiso del 0,7% adquirido por los Estados en 1981. En este contexto de aumento de la ayuda, destacamos el incremento del porcentaje de AOD destinada al sector salud, habiéndose alcanzado en 2008 el 10,67% del total de la AOD conjunta, lo que equivale al 0,03% de la RNB del conjunto de países del CAD, y muy lejos del 15% de AOD total que solicitamos para salud.

Después de tener preocupantes descensos del volumen de AOD en 2006 y 2007, en 2008 se produce un incremento que sitúa la ayuda conjunta del CAD en una cifra record. La ejecución de AOD en 2008 es el resultado de los presupuestos elaborados por los países donantes en 2007, en una situación en que la crisis económica no era todavía evidente. Los datos de 2009 y 2010 nos permitirán comprobar hasta qué punto estamos ante una tendencia o ante un dato puramente coyuntural.

El compromiso compartido por toda la comunidad de donantes en torno a los Objetivos de Desarrollo del Milenio, unido a la centralidad que la salud tiene en el conjunto de sus metas, pueden explicar el incremento del peso relativo del sector salud que en los últimos años se configura como un sector clave en la agenda de desarrollo. Sin embargo, este incremento es claramente insuficiente para cubrir las necesidades de salud, y es necesario incrementar la AOD en salud hasta alcanzar el 15% de la AOD total.

En este incremento de los recursos para salud destaca, por un lado, el importantísimo incremento de los fondos destinadas a salud sexual y reproductiva, que en 2008 suponen más del 62 % de la AOD en salud del CAD, y por otro, el incremento del destino a PMA y otros países de renta baja que, de forma conjunta, recibieron en 2008 casi un 44 % de la AOD en salud del CAD. Geográficamente, África fue el principal destino de la ayuda en salud del CAD, con un 45 %.

Sin embargo, no es lógico que en 2008 también se incrementen las aportaciones a los países de renta media alta, que alcanzan un 7,61 %, ni tampoco que haya un 28 % de la ayuda en salud que no tiene especificación geográfica. El conjunto de países del CAD deberían vigilar y mejorar estos últimos aspectos.

Frente a estos datos del promedio de países del CAD, España tiene un menor porcentaje de AOD destinada a salud, una menor orientación a PMA y otros países de renta baja (un tercio de la AOD en salud) y una mayor orientación al trabajo en América Latina (38,66 % de la AOD en salud, frente al 5,89 % del CAD)

8. La AOD destinada a salud en 2008 por la Cooperación Española alcanzó casi los 500 millones de euros, lo que supone un incremento en cifras absolutas de más del 60 % respecto a 2007. El peso relativo del sector salud dentro del total de la AOD española pasó de menos del 8 % en 2007 a más del 10 % en 2008

Estos incrementos son positivos, dado el peso que la Cooperación Española quiere darle al sector salud, como uno de los sectores centrales de su política de cooperación y lucha contra la pobreza. Sin embargo, y como ocurre con el conjunto de donantes, esta aportación no alcanza el 15% de AOD en salud

Será muy importante que este sector se consolide en nuestra cooperación, con una dotación económica razonable, progresiva y previsible, y con un peso relativo acorde a su importancia.

Con la elaboración de la segunda Estrategia de Sectorial de Salud en 2007, la aprobación de la Estrategia de Cooperación Multilateral en 2008 y la puesta en marcha del III Plan Director en 2009 podemos dar por terminados los procesos más importantes de planificación que inciden en el sector salud de la Cooperación Española, que deberá ahora dotarse de las herramientas adecuadas y del necesario refuerzo de capacidades institucionales que se requieren para, como señala el propio III Plan Director, transformar estos planes en acciones y en resultados de desarrollo.

9. En 2008 la AOD reembolsable de la cooperación española en salud se ha incrementado, alcanzando más de 30 millones de euros y situándose en el 11,4 % de la AOD bilateral destinada a este sector.

Este un dato que las organizaciones que suscribimos este informe valoramos negativamente. Durante años hemos llamado la atención sobre lo inadecuado de utilizar ayuda reembolsable en este sector, y por ello recibimos de forma positiva el descenso importante que se produjo en 2006, cuando la ayuda reembolsable quedó por debajo del 6 % de la bilateral. Sin embargo, en 2007 y 2008 los porcentajes han sido más altos, con el agravante de que muchas de las intervenciones financiadas por esta vía no parecen resultar coherentes con el planteamiento estratégico del Plan Director de la cooperación española. Consideramos que es una práctica que debería eliminarse.

Por otro lado constatamos que, agregando la ayuda multilateral y la multilateral, un 70% la AOD en salud correspondiente a 2008 se ha canalizado a través de Organismos Multilaterales de Desarrollo (OMUDES). De ahí que valoremos positivamente la existencia de una estrategia de cooperación Multilateral y exijamos mayores niveles de coherencia de la cooperación en salud bilateral y multilateral con las opciones estratégicas de la cooperación española en salud.

La Cooperación Española dispone de unos criterios cuya aplicación le permiten seleccionar los organismos multilaterales con los que trabajar en el ámbito de la salud. No obstante, estos criterios resultan poco precisos para establecer prioridades. De ahí que, a pesar de la apuesta del Plan Director por trabajar con organismos de NNUU, apuesta que respaldamos, aparezcan entre los organismos más financiados asociaciones público-privadas, como el Fondo Global de lucha contra el sida, malaria y tuberculosis.

10. Existen claras diferencias en la composición subsectorial de la AOD española en salud, dependiendo de si se analiza la ayuda bilateral o la multilateral.

En el subsector salud general, la AOD bilateral se concentra más en el componente de servicios médicos, mientras la AOD multilateral se orienta prioritariamente a política sanitaria y gestión administrativa. En el subsector salud básica, la AOD bilateral prima el componente de infraestructuras y la multilateral el de control de enfermedades infecciosas. En el subsector de salud sexual y reproductiva, la AOD bilateral se decanta mayoritariamente –al menos en los dos últimos años- a la atención en salud reproductiva, mientras la multilateral dedica la mayor parte de sus esfuerzos a la lucha contra ETS.

Estas diferencias sustanciales en la asignación de la AOD bilateral y multilateral en salud podrían deberse a una estrategia de utilizar unos instrumentos para unos componentes y otros para otros en función de las ventajas comparativas que cada uno puede aportar. Sin embargo, la impresión es que obedece a la aplicación de diferentes criterios en la asignación de uno y otro tipo de ayuda.

Es muy importante que la Cooperación Española vele por la coherencia tanto de la AOD bilateral como especialmente de la multilateral respecto a sus planteamientos estratégicos.

11. Desde el punto de vista de sus componentes sectoriales, la AOD española en salud es bastante coherente con las opciones estratégicas establecidas por el Plan Director.

Aunque los sistemas de información disponibles hacen difícil el análisis de la coherencia de la cooperación en salud respecto a las opciones estratégicas del Plan Director, hemos hecho en este informe un intento de aproximación. Sería conveniente que la Cooperación Española se dotara de herramientas adecuadas para hacer análisis de este tipo, orientados a la coherencia.

Se aprecia un peso relativo importante de los componentes subsectoriales de la AOD bilateral en salud que son coherentes con las opciones estratégicas del Plan Director (Atención Primaria de Salud-APS- y fortalecimiento de sistemas públicos de salud-FSPS-), suponiendo en todo el período de vigencia del II Plan Director más del 50 % de la AOD bilateral en salud.

La orientación de la AOD multilateral en los dos últimos años (2007 y 2008) tiende a reforzar la orientación pro APS y a debilitar la orientación pro FSPS. Esto se produce porque la AOD multilateral prioriza en mayor medida que la bilateral aquellos componentes que no refuerzan ninguna de las dos opciones. El intenso destino de fondos multilaterales al componente de lucha contra ETS supone que, en el cómputo de la AOD total en salud en 2008, este componente reciba más del 20 % del total, en detrimento principalmente de los componentes pro FSPS.

La aplicación de la AOD española en salud puede mejorar su coherencia respecto a las dos grandes opciones estratégicas formuladas por el Plan Director poniendo atención a varios aspectos:

- La Cooperación Española debería evaluar con profundidad en qué medida las aportaciones multilaterales –especialmente las que realiza al Fondo Global- puedan estar contribuyendo a un debilitamiento de sistemas públicos de salud, especialmente en el nivel de atención primaria.
- Igualmente, la Cooperación Española debería analizar en qué circunstancias y bajo qué condiciones los fondos –principalmente los bilaterales- dedicados a infraestructuras sanitarias básicas suponen un refuerzo de sus orientaciones estratégicas, y cuando provocan lo contrario, de manera que este componente, especialmente significativo en la AOD bilateral, sea orientado de la mejor forma posible.
- La Cooperación Española debería prestarle una mayor atención a algunos componentes que, siendo muy coherentes con las opciones estratégicas formuladas, están teniendo una escasa dedicación de recursos (educación sanitaria, formación de personal de salud, planificación familiar).

12. La cooperación descentralizada en 2008 alcanzó la cifra nunca antes alcanzada de 613.484.659 euros, lo que supone un incremento de casi el 20% con respecto a 2007. La salud también creció en cifras absolutas, pero disminuyó su peso relativo.

Las CCAA destinan una media de 0,27% de su presupuesto a ayuda oficial al desarrollo, realizando un esfuerzo de AOD per cápita de 10,07 euros por persona. Sectorialmente, asignan un 26,78% a servicios sociales básicos y, geográficamente, un 16,72% a Países Menos Avanzados (PMA).

En su conjunto, la ayuda sanitaria sigue creciendo de forma considerable, situándose en 54.531.397€ en 2008, de los que 3.162.608€ (5,82%) se canalizaron vía OMUDES. No obstante, en su conjunto, la salud pierde peso relativo pasando de un 12'13% en 2007 a un 11,70% en 2008

La aportación de las CCAA a la salud es muy heterogénea, 3 CCAA cubren casi el 50% del presupuesto de la cooperación sanitaria, 9 disminuyen sus aportaciones a salud y 8 las aumentan.

La cooperación descentralizada sigue teniendo el desafío de aumentar la predictibilidad y eficacia de su ayuda. Algunas administraciones de los niveles autonómico y local van dando pasos en el sentido de planificar mejor su ayuda y poner en marcha instrumentos plurianuales.

13. La acción humanitaria en 2008 fue destinada mayoritariamente a la región África y Caribe en un año marcado por huracanes en el Caribe y sequías en el Cuerno de África además de por crisis estructurales de conflictos y postconflictos como es el caso de Sudán o el Congo, que se empeoraron en ese año.

El Fondo Central de Respuesta a Emergencia de la NNUU se consolida tras 3 años en funcionamiento canalizando en 2008 el 22% de la financiación en emergencia, lo que supone más de 400.000 \$. La República Democrática del Congo y Etiopía fueron los países que recibieron mayor cantidad de ayuda.

España ha aumentado de forma notable su aportación al Fondo Central duplicando los fondos en 2008 y convirtiéndose en el 5º país donante con 45 millones de dólares.

La Unión Europea, a través de ECHO, incrementó en 2008 los fondos destinados a acción humanitaria en un 21,8%. La mayor parte de estos fondos han sido destinados a las zonas donde se acumulan más desastres naturales: África, Caribe y Pacífico. La mitad de estos fondos ha sido gestionado directamente por ONG.

14. España incrementó los fondos destinados a acción humanitaria en un 80%, lo que equivale a más de 400 millones de euros; sin embargo, a pesar de esta increíble progresión todavía faltan compromisos internacionales para la mejora de la gestión que no terminan de hacerse realidad.

La Acción humanitaria (AH) ascendió a 400 millones de euros, de los cuales el 75% se encauzó de forma bilateral a través del Ministerio de Exteriores. El monto procedente de las Comunidades Autónomas descendió en 13,6% mientras que las Entidades Locales aumentaron su aportación durante 2008. Destaca la aportación de Comunidad Autónoma de Andalucía que supone 1/3 del total de la AH de las CCAA.

El nuevo III Plan Director de la cooperación española refleja importantes avances en cuanto a las concepciones teóricas y principios de la AH, pero en términos generales de su contenido no se deduce una política de acción clara que materialice los compromisos internacionales adquiridos por el Estado español en Acción Humanitaria.

Es necesaria una planificación interanual más estratégica del reparto por sectores de la AH y en coherencia con los compromisos internacionales asumidos en el III Plan Director, incrementando, por ejemplo, la ayuda destinada a prevención de desastres. Por otro lado, la ayuda humanitaria destinada a personas refugiadas en España debe dejar de computar como Acción Humanitaria y, por lo tanto, como Ayuda Oficial al Desarrollo.

