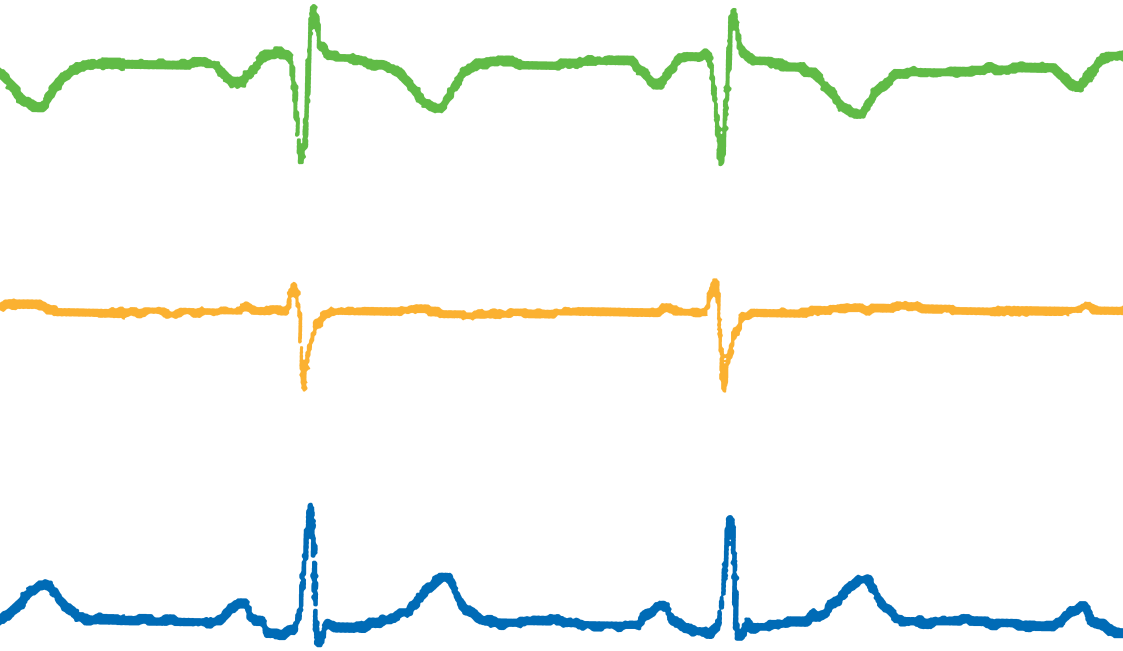
La salud en la cooperación al desarrollo y la acción humanitaria

Informe 2011



prosalus
salud y desarrollo

medicusmundi

MÉDICOS DEL MUNDO

Equipo técnico
Carlos Mediano
José María Medina
Consuelo López-Zuriaga

Equipo asesor
Antonio González
José María Medina
Félix Fuentenebro

Colaboradores:
Ricardo Angora
Mª Teresa de Febrer
Maricruz Martín

Edita
medicusmundi
Prosalus
Médicos del Mundo

Trabajo de edición
Mª Teresa de Febrer

Diseño y maquetación
estudio blg

Impresión
???

Para cualquier información:
Federación de Asociaciones de Medicus Mundi en España
Lanuza 9, local / 28028 Madrid (España)
Tel.: 91 319 58 49 / 902 10 10 65
federacion@medicusmundi.es
www.medicusmundi.es

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

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

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

La salud en la cooperación al desarrollo y la acción humanitaria

Informe 2011

medicusmundi
Prosalus
Médicos del Mundo

ÍNDICE GENERAL

INTRODUCCIÓN 17

CAPÍTULO I. Situación de la salud en el mundo 21
1. Introducción 21
2. La financiación de los sistemas de salud 21
3. Evolución de los ODM en salud 25
    3.1. VIH/sida 38
    3.2. Paludismo y otras infecciones graves 43
    3.3. Evolución de otros ODM 47
4. La salud en el mundo: Evolución en los 10 años del informe 48
    4.1. Descripción de la situación de la salud 48
    4.2. Los compromisos internacionales 52
    4.3. Elementos fundamentales de la salud 55
5. Eventos destacados en el año 2011 58
6. Agenda 60
7. Recursos humanos sanitarios 62
8. Determinantes sociales de la salud y salud en todas las políticas 67
    8.1. Innovación en salud pública: Monitorización de los determinantes de la salud y reducción de las desigualdades en salud 69
    8.2. Los determinantes de la salud en la cooperación española 70
    8.3. Los determinantes de la salud y los Objetivos de Desarrollo del Milenio 72
    8.4. La salud en todas las políticas 72

CAPÍTULO II. Perspectiva internacional 79
1. Introducción 79
2. Comité de Ayuda al Desarrollo (CAD) 79
    2.1. Evolución de la AOD en salud 83
    2.2. Composición sectorial de la AOD en salud 88
    2.3. Distribución geográfica 92
3. Unión Europea 96
    3.1. Composición sectorial de la ayuda en salud de la comisión europea 97
    3.2. Distribución geográfica 98

4. La reforma de la financiación de la Organización Mundial de la Salud ¿Hacia la privatización de la salud global? 100
4.1. Que es la Organización Mundial de la Salud (OMS) 100
4.2. Estructura de la OMS 101
4.3. Historia 102
4.4. Funciones 102
4.5. Presupuesto 105
4.6. España y la OMS 108
4.7. Reforma de la OMS 108

CAPÍTULO III. La salud en la cooperación española 117
1. Consideraciones generales 117
1.1 Consideraciones metodológicas sobre el cómputo de la AOD 117
1.2. Datos generales de la AOD en 2010 118
2. AOD en salud en 2010 121
2.1. Principales datos de la AOD en salud en 2010 121
2.2. Ayuda canalizada a través de organismos multilaterales 125
2.2.1. Introducción 125
2.2.2. AOD multilateral en salud 2010 126
2.2.3. AOD multibilateral en salud 2010 128
2.3. Ayuda bilateral 129
2.4. Distribución sectorial de la AOD en salud 137
2.5. Distribución geográfica de la AOD en salud 141

CAPÍTULO IV. La salud en la cooperación descentralizada 147
1. Introducción 147
2. Las cifras de la cooperación de las comunidades autónomas 150
3. La salud en la cooperación autonómica 151
3.1. Distribución de AOD autonómica en salud vía organismos multilaterales de desarrollo (OMUDES) 155
3.2. Composición sectorial de la ayuda autonómica en salud 155
3.3. Distribución geográfica de la ayuda en salud 158
4. Las entidades locales 164

CAPÍTULO V. Acción humanitaria 171
1. Ayuda humanitaria internacional 172
2. La ayuda humanitaria en la Unión Europea 179
3. La acción humanitaria en la cooperación española 183
    3.1. La acción humanitaria bilateral 184
    3.2. La acción humanitaria multilateral 186
    3.3. La acción humanitaria por sectores 188
    3.4. La acción humanitaria por agentes 189
    3.5. La ayuda humanitaria descentralizada 190

CAPITULO VI. Conclusiones y recomendaciones 199

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1.1. Tasa de mortalidad menores de 5 años cada 1.000 nacidos vivos. 1990-2009. Fuente: Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe 2011 28
Gráfico 1.2. Relación entre tasa de mortalidad infantil en los hogares más pobres y los más ricos. 2000 – 2008. Fuente: Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe 2011 30
Gráfico 1.3. Porcentaje de partos asistidos por personal de salud capacitado 1990-2009. Fuente: Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe 2011 33
Gráfico 1.4. Proporción de mujeres entre 15 – 49 años que reciben al menos 4 consultas prenatales. Fuente: Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe 2011 35
Gráfico 1.5. AOD en salud y % destinado a salud reproductiva y a planificación familiar. Fuente: Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe 2011 37

Gráfico 1.6. Cantidad de personas seropositivas, cantidad de nuevos infectados con el VIH y cantidad de fallecimientos por VIH/sida en todo el mundo. Fuente: Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe 2011 39
Gráfico 1.7. Porcentaje de mujeres y hombres de 15 a 24 años que saben que pueden reducir el riesgo de contagiarse con el VIH si usan preservativo en sus relaciones sexuales. Países seleccionados 2005 – 2009 (porcentaje). Fuente: Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe 2011 40
Gráfico 1.8. Porcentaje de población portadora del VIH que recibe tratamiento antirretroviral. Fuente: Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe 2011 41
Gráfico 1.9. Número de casos de tuberculosis por 100.000 habitantes 1990-2009. Fuente: Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe 2011 46
Gráfico 1.10. Comparativa número de muertes por diferentes causas. 2001 – 2010. Fuente: Elaboración propia a partir de datos OMS..... 51
Gráfico 2.1. Desembolsos brutos de AOD del conjunto de países del CAD destinados a los sectores 120 y 130 (en dólares corrientes). Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Creditor Reporting System 84
Gráfico 2.2. Evolución del porcentaje de la AOD destinada a salud sobre el total de AOD bilateral distribuible por el conjunto de donantes del CAD. Datos de AOD Bilateral en miles de dólares corrientes). Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Creditor Reporting System 85
Gráfico 2.3. Porcentaje de la AOD bilateral distribuible destinada a salud. Comparativa CAD España. Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Creditor Reporting System..... 86
Gráfico 2.4. Desembolsos brutos de AOD del conjunto de países del CAD destinados a los sectores 121, 122 y 130 en el año 2009 por canales (en dólares corrientes). Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Creditor Reporting System..... 88
Gráfico 2.5. Estructura de la OMS. Fuente. Elaboración Propia 101
Gráfico 2.6. Origen de las contribuciones voluntarias 2008 – 2009. Fuente: Elaboración propia a partir de datos OMS 106
Gráfico 2.7. Gastos estimados por grupos de actividad 2006 – 2007. Fuente: Elaboración propia a partir de datos OMS 107

Gráfico 3.1. Evolución de la AOD planificada y desembolsada 2002-2010. Fuente: elaboración propia a partir de los PACI y de los informes de seguimiento PACI 119
Gráfico 3.2. Evolución del porcentaje de RNB para AOD, planificado y desembolsado 2002-2010. Fuente: elaboración propia a partir de los PACI y de los informes de seguimiento PACI 120
Gráfico 3.3. Evolución de la AOD en salud y del porcentaje sobre el total de AOD, 2002-2010. Fuente: Elaboración propia a partir de los informes de seguimiento PACI. Los datos de 2011 son previsiones a partir del PACI 2011 122
Gráfico 3.4. AOD en salud por subsectores y canales, 2010. Fuente: elaboración propia a partir de datos seguimiento PACI 2010..... 124
Gráfico 3.5. Evolución de la AOD en salud por agentes. 2006-2010. Fuente: elaboración propia a partir de datos seguimiento PACI 125
Gráfico 3.6. Evolución de la AOD en salud por canales. 2005-2010. Fuente: elaboración propia a partir de datos seguimiento PACI 126
Gráfico 3.7. Evolución de la AOD bilateral en salud, 2006-2010. Fuente: Elaboración propia a partir de los informes de seguimiento PACI.. 130
Gráfico 3.8. Distribución de la AOD bilateral en salud por agentes financiadores, 2010. Fuente: Elaboración propia a partir de datos seguimiento PACI 2010 132
Gráfico 3.9. Distribución geográfica de la AOD bilateral en salud por agentes, 2010. Fuente: Elaboración propia a partir de datos seguimiento PACI 2010 134
Gráfico 3.10. Evolución de los desembolsos de FAD para salud y % sobre AOD bilateral. 2005-2010 Fuente: elaboración propia a partir de datos seguimiento PACI 2010 137
Gráfico 3.11. AOD en salud por subsectores y canales, 2006 - 2010. Fuente: elaboración propia a partir de datos seguimiento PACI 2010..... 138
Gráfico 4.1. Evolución de la AOD descentralizada en España. 1994-2010. Fuente: Elaboración propia a partir de datos de los seguimientos de los PACI 2094 - 2010 148
Gráfico 4.2. Evolución de AOD procedente de comunidades autónomas. En salud. (Incluye vía OMUDES). Fuente: Elaboración propia a partir de datos del seguimiento del PACI 2004-2010 152
Gráfico 4.3. Distribución sectorial de AOD en salud de las CC.AA. 2006-2010. Fuente: Elaboración propia a partir de datos de seguimiento de los PACI 2006 – 2010 156

Gráfico 4.4. Distribución regional de la AOD en salud de las CCAA 2009/2010 (%).Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del seguimiento de los PACI 2009-2010 159
Gráfico 4.5. Porcentaje de asignación de la ayuda autonómica en salud en función de la renta. Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del seguimiento de los PACI 2004-2010 161
Gráfico 5.1. Desglose del destino de los fondos de respuesta rápida en 2010. 276 millones de $. Fuente: Informe anual CERF 2010 175
Gráfico 5.2. Agencias a través de las cuales se canalizaron los fondos CERF. Informe CERF 2010 176
Gráfico 5.3. Los 10 principales destinatarios de la ayuda del CERF en 2010 Fuente: Informe anual CERF 2010..... 177
Gráfico 5.4. Contribuyentes y destinatarios de los fondos del CERF. Fuente: Informe anual CERF 2010 177
Gráfico 5.5. Distribución de la ayuda humanitaria del CERF por sectores. Fuente: Informe anual CERF 2010..... 178
Gráfico 5.6. Distribución de la ayuda humanitaria de la unión europea. Fuente: Informe anual de ECHO 2010 179
Gráfico 5.7. Evolución de la distribución porcentual de los fondos. Fuente: elaboración propia a partir del Informe anual de ECHO 2010 180
Gráfico 5.8. Principales países receptores de la ayuda humanitaria de ECHO en 2010. Fuente: Informe anual de ECHO 2010 182

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.1. Tasa anual media de disminución (%) de la mortalidad en menores de 5 años. 1990 – 1999 y 2000 – 2009. Fuente: Estadísticas sanitarias mundiales. OMS, 2011" 26

Tabla 1.2. Ejemplos de acciones de gobiernos conjuntas. Fuente: Declaración de Adelaida sobre la salud en todas las políticas, OMS, Gobierno de Australia. Meridional, Adelaida 2010 76

Tabla 2.1. AOD neta de los países del CAD 2008-2010 (en millones de dólares corrientes. Fuente: OCDE – CAD..... 81

Tabla 2.2. Desembolsos brutos de la AOD del conjunto de países del CAD por canales (en dólares corrientes). Fuente: Creditor Reporting System 82

Tabla 2.3. Desembolsos brutos de la AOD bilateral de los países del CAD (en millones de dólares corrientes). Fuente: Creditor Reporting System 83

Tabla 2.4. Desembolsos brutos de la AOD bilateral en salud de los países del CAD (en millones de dólares corrientes). Fuente: Creditor Reporting System 87

Tabla 2.5. Desembolsos brutos de la AOD total en salud de los países del CAD por sectores CRS (en millones de dólares corrientes). Fuente: Creditor Reporting System 90

Tabla 2.6. Desembolsos brutos de la AOD bilateral en salud de los países del CAD por sectores CRS (en millones de dólares corrientes). Fuente: Creditor Reporting System 91

Tabla 2.7. Desembolsos brutos de la AOD de los países del CAD en 2009 según grupo de países por nivel de renta (en millones de dólares corrientes). Fuente: Creditor Reporting System 92

Tabla 2.8. Distribución geográfica de la AOD total y en salud del CAD (en millones de dólares corrientes). Fuente: Creditor Reporting System 93

Tabla 2.9. Desembolsos brutos de la AOD de la comisión europea. (en millones de dólares corrientes). Fuente: Creditor Reporting System 96

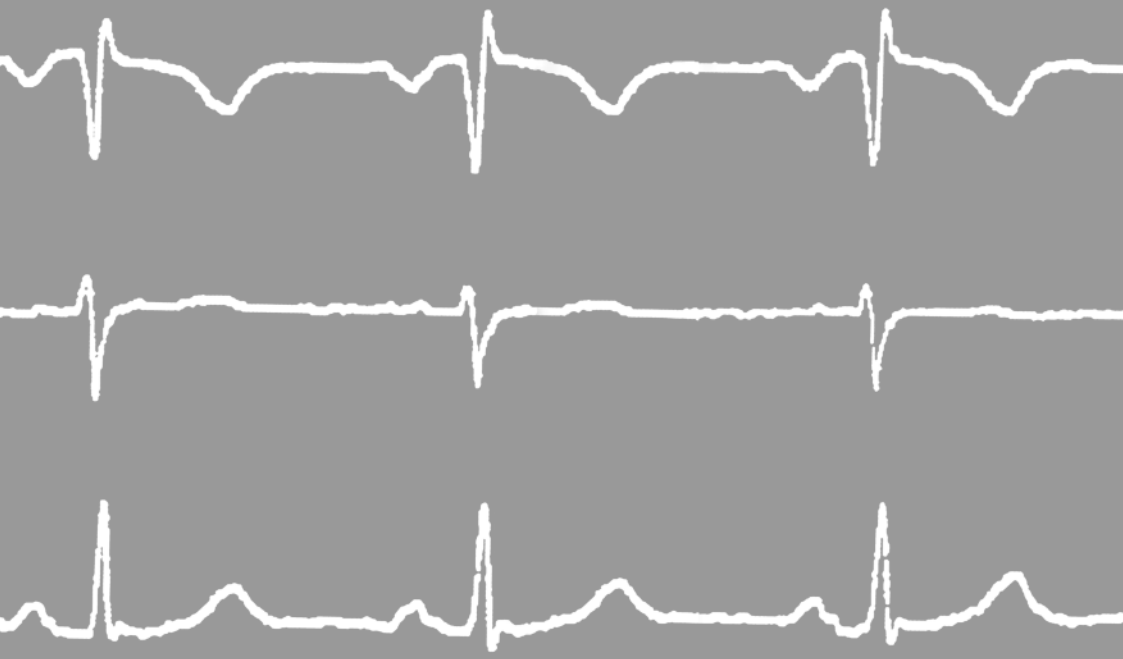
Tabla 2.10. Desembolsos brutos de la AOD en salud de la comisión europea por sectores CRS (en millones de dólares corrientes). Fuente: Creditor Reporting System 98

Tabla 2.11. Desembolsos brutos de la AOD en salud de la comisión europea según grupo de países por nivel de renta (en millones de dólares corrientes). Fuente: Creditor Reporting System 99
Tabla 2.12. Desembolsos brutos de la AOD de la comisión europea por regiones (en millones de dólares corrientes). Fuente: Creditor Reporting System 100
Tabla 2.13. Evolución de los resultados de la OMS en 2010. Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la OMS 104
Tabla 2.14. Descripción de los subsectores y componentes relacionados con la salud (según actualización del CAD de 2007). Fuente: elaboración propia a partir de datos OCDE 114
Tabla 3.1. Resumen de la AOD española en salud 2010. Fuente: elaboración propia a partir de los datos de seguimiento del PACI 2010 123
Tabla 3.2. Distribución de la AOD multilateral en salud según agente y receptor. 2010. Fuente: elaboración propia a partir de los datos de seguimiento del PACI 2010 127
Tabla 3.3. Distribución de AOD multibilateral en salud según agente. 2010. Fuente: elaboración propia a partir de los datos de seguimiento del PACI 2010 128
Tabla 3.4. Distribución de AOD multibilateral en salud según organismo receptor. 2010. Fuente: elaboración propia a partir de datos seguimiento PACI 129
Tabla 3.5. Vías de canalización de la AOD bilateral en salud, 2010. Fuente: elaboración propia a partir de los datos de seguimiento del PACI 2010 131
Tabla 3.6. AOD bilateral en salud por componentes CAD-CRS, 2010. Fuente: elaboración propia a partir de datos seguimiento PACI 2010 133
Tabla 3.7. AOD bilateral en salud según prioridades geográficas del III Plan Director, 2009 - 2012. Elaboración propia a partir de datos seguimiento PACI 2010 135
Tabla 3.8. Desembolsos de créditos FAD para el sector salud, 2010. Elaboración propia a partir de datos seguimiento PACI 2010.....136
Tabla 3.9. Desagregación de la AOD en salud por canales y componentes CRS, 2010. Elaboración propia a partir de datos seguimiento PACI 139

Tabla 3.10. Evolución de la AOD en salud por componentes CRS, 2006-2010. Elaboración propia a partir de datos seguimiento PACI 140
Tabla 3.11. Orientación geográfica de la AOD en salud, 2010. Fuente: elaboración propia a partir de datos seguimiento PACI 2010..... 141
Tabla 3.12. Orientación geográfica de la AOD en salud según categorías del Plan Director. Fuente: elaboración propia a partir de datos seguimiento PACI 2010 142
Tabla 3.13. Orientación geográfica de la AOD en salud según nivel de renta de los receptores, 2010. Fuente: elaboración propia a partir de datos seguimiento PACI 2010 143
Tabla 3.14. Países que recibieron mayor cantidad de AOD en salud, 2010. Fuente: elaboración propia a partir de datos seguimiento PACI 2010 143
Tabla 3.15. Orientación geográfica de la AOD bilateral en salud, 2010. Fuente: elaboración propia a partir de datos seguimiento PACI 2010 144
Tabla 3.16. Distribución geográfica de la AOD bilateral en salud según nivel de renta de los receptores. Fuente: elaboración propia a partir de los datos de seguimiento del PACI 2010 145
Tabla 4.1. Evolución de la cooperación descentralizada. Fuente: elaboración propia a partir de datos del seguimientos de los PACI 2007-2010 147
Tabla 4.2. Evolución porcentaje de cada CCAA en el total de AOD autonómica 2006 – 2010. Fuente: elaboración propia a partir de los datos de seguimiento PACI 2006-2010 149
Tabla 4.3. AOD neta por comunidades autónomas. Fuente: elaboración propia a partir de datos seguimiento PACI 2007-2010 150
Tabla 4.4. Distribución de la ayuda en salud de las CCAA 2010. Fuente: elaboración propia a partir de datos del seguimiento del PACI 2008-2010 153
Tabla 4.5. Vía de canalización de la AOD en salud autonómica. Fuente: elaboración propia a partir de los datos del seguimiento del PACI 2010 154
Tabla 4.6. Distribución de la AOD desembolsada por las CCAA 2007-2010. Fuente: elaboración propia a partir de los datos del seguimiento de los PACI 2007-2010 157
Tabla 4.7. Distribución de la AOD en salud de las CCAA por sectores 2010. Fuente: elaboración propia a partir de los datos del seguimiento del PACI 2010 160

Tabla 4.8. AOD en salud dirigida a PMA por las CCAA. 2010. AOD desembolsada. Fuente: elaboración propia a partir de los datos del seguimiento del PACI 2010 162
Tabla 4.9. 10 países mayores receptores por volumen de AOD autonómica en salud.2010. Fuente: elaboración propia a partir de los datos del seguimiento del PACI 2010 163
Tabla 4.10. Distribución de AOD financiada por CCAA según categorías de países receptores del Plan Director. 2010. Fuente: elaboración propia a partir de los datos del seguimiento del PACI 2010 163
Tabla 4.11. AOD bilateral de entidades locales por comunidad autónoma de pertenencia. Fuente: elaboración propia a partir de los datos del seguimiento del PACI 2010 165
Tabla 4.12. EELL con mayor AOD en salud 2010. Fuente: elaboración propia a partir de los datos del seguimiento del PACI 2010 166
Tabla 4.13. Distribución de AOD financiada por EELL según categorías de países receptores del Plan Director. 2010. Fuente: elaboración propia a partir de los datos del seguimiento del PACI 2010 166
Tabla 4.14. Distribución según nivel de renta. Fuente: elaboración propia a partir de los datos del seguimiento del PACI 2010..... 167
Tabla 4.15. Distribución regional de la AOD bilateral neta en salud de las EELL. 2010. Fuente: elaboración propia a partir de los datos del seguimiento del PACI 2010 168
Tabla 4.16. Composición subsectorial de la AOD total en salud de EELL.2010. Fuente: elaboración propia a partir de los datos del seguimiento del PACI 2010 169
Tabla 5.1. Financiación de los países miembros del CAD para acción humanitaria. Millones de dólares corrientes. Fuente: Creditor Reporting System 173
Tabla 5.2. Canalización de la financiación de la ayuda humanitaria internacional en 2010. Fuente: elaboración propia a partir de datos de NNUU 173
Tabla 5.3. Fondo central de respuesta a emergencias: evolución de fondos 2006-2010. Fuente: elaboración propia a partir de informe anual CERF 2010 174
Tabla 5.4. Destino geográfico de fondos gestionados por ECHO. 2010. Fuente: elaboración propia a partir de informe ECHO 2010 181
Tabla 5.5. Distribución por sectores de fondos gestionados por ECHO. Fuente: elaboración propia a partir de informe ECHO 2010 183

Tabla 5.6. AOD española destinada a acción humanitaria en 2010. Fuente: Dirección General de Planificación y Evaluación de Políticas de Cooperación (DGPOLDE) 183
Tabla 5.7. AOD bilateral en acción humanitaria 2010: distribución por líneas sectoriales. Fuente: elaboración propia a partir de datos DGPOLDE 185
Tabla 5.8. Canalización de la acción humanitaria española 2010 multibillateral. Fuente: elaboración propia a partir de datos DGPOLDE 185
Tabla 5.9. AOD española multilateral para acción humanitaria en 2010, por vías de canalización. Fuente: elaboración propia a partir de datos DGPOLDE 186
Tabla 5.10. AOD española destinada a acción humanitaria por regiones. 2010. Fuente: elaboración propia a partir de datos DGPOLDE 187
Tabla 5.11. AOD española destinada a acción humanitaria por nivel de renta de los países receptores. 2010. Fuente: elaboración propia a partir de datos DGPOLDE 188
Tabla 5.12. AOD española destinada a acción humanitaria por sectores CRS y canales. 2010. Fuente: elaboración propia a partir de datos DGPOLDE 188
Tabla 5.13. AOD de la AGE destinada a acción humanitaria por agentes y canales. 2010. Elaboración propia a partir de datos DGPOLDE 190
Tabla 5.14. AOD española destinada a acción humanitaria por agentes y canales. 2010. Elaboración propia a partir de datos DGPOLDE 191
Tabla 5.15. Evolución de AH descentralizada con respecto a la Administración General del Estado. Fuente: DGPOLDE 191
Tabla 5.16. AOD destinada a ayuda humanitaria por la cooperación descentralizada (CC.AA). Fuente: DGPOLDE 192
Tabla 5.17. Distribución sectorial de acción humanitaria descentralizada. 2010. Fuente: DGPOLDE 193
Tabla 5.18. Distribución de la acción humanitaria descentralizada (CCAA) por regiones. 2010. Fuente: DGPOLDE 193
Tabla 5.19. Acción humanitaria descentralizada (CCAA) 2010 según renta país destino. Fuente: DGPOLDE 194



INTRODUCCIÓN

El informe "La salud en la cooperación al desarrollo y la acción humanitaria" se publicó por primera vez en el año 2002. Durante 10 años hemos mantenido los objetivos principales, como saber qué está sucediendo en la salud mundial y qué hacen sus actores principales para influir en las políticas de cooperación sanitaria. De 2002 a 2011 hemos asistido a muchos cambios, algunos de los cuales recogemos en la presente edición del informe.

Nos encontramos en una etapa de incertidumbres importantes: se pone en entredicho el estado del bienestar que conocemos, han empezado los recortes en determinadas partidas y una de esas partidas puede ser la cooperación, que determinadas instituciones consideran prescindible. Sin embargo, en el informe mostramos los avances logrados y advertimos de las consecuencias, muchas de ellas irreversibles, que conlleva limitar la cooperación en salud en los presupuestos de las instituciones públicas. Más que nunca abogamos e instamos a los poderes públicos, a la voluntad política, para que mantengan la cooperación al desarrollo ya que significa trabajar por los derechos humanos fundamentales, como es el derecho a la salud. Y no estamos hablando únicamente de cantidad. Ante los recortes abogamos por una cooperación de mayor calidad, de mayor impacto, más eficiente y coherente.

En el capítulo primero describimos los avances de la salud mundial en los últimos años, debidos en gran medida a la cooperación internacional. Aunque el panorama mundial de salud no ha variado especialmente en 2010, la crisis económica global en los próximos años puede afectar los logros obtenidos y debilitar los sistemas de salud más frágiles. Por este motivo, analizamos los diferentes modos de financiación de los sistemas de salud, la limitación de los recursos humanos sanitarios y la importancia de los determinantes sociales de la salud en la definición de las políticas sanitarias.

En el capítulo segundo analizamos la cooperación sanitaria de los grandes donantes, especialmente de la Unión Europea, cuyos países, curiosamente, muestran interés

por la cooperación sanitaria, a diferencia de la Comisión Europea. Asimismo, destacamos el proceso de reforma de la OMS, que abre la puerta a que intereses comerciales se crucen en las decisiones que tiene que tomar la organización como garante de la salud mundial.

En el tercero y cuarto capítulos se analiza la cooperación española y la cooperación descentralizada (tanto autonómica como local), que en 2010 sufren las consecuencias de la crisis y reducen sus partidas presupuestarias, siendo un avance de lo que sucederá en 2011. Además, sigue habiendo posibilidades de mejora en la calidad y la gestión de la ayuda sanitaria, aspectos que en este momento deberían ser prioritarios.

El último capítulo lo dedicamos a la acción humanitaria, haciendo hincapié en la violencia de género que se produce en las emergencias y que, con frecuencia, se mantiene invisible.

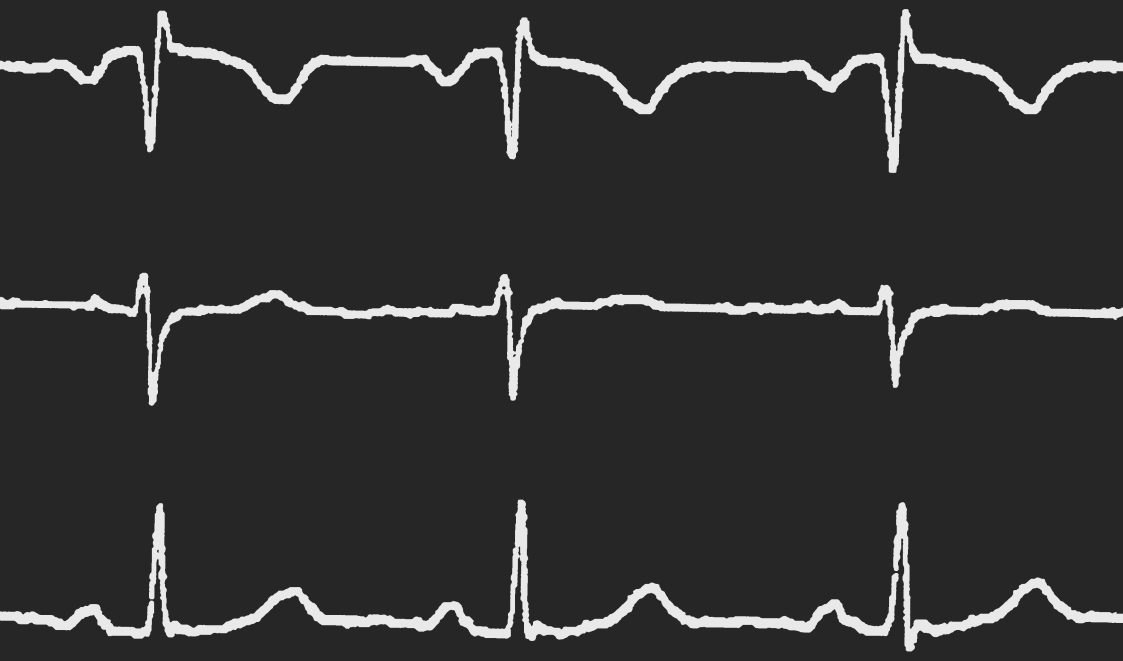
Como es habitual, el informe concluye con un apartado en el que recogemos las conclusiones y recomendaciones más relevantes referidas a los capítulos. Nuestro deseo es que las propuestas, análisis y conclusiones sirvan para ayudar a la mejora de la eficacia, efectividad e impacto de la cooperación sanitaria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

Agradecemos la colaboración de todas las personas que han contribuido a la publicación del informe, especialmente al personal de la Dirección General de Planificación y Evaluación de Políticas para el Desarrollo del Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación –en particular, a Miguel Casado, Jorge Seoane– y a Sergio Galán del Departamento de Cooperación Sectorial de la AECID. Igualmente, agradecemos la colaboración de Javier Ramírez, Óscar Lanza y Rocío Gutiérrez Rodríguez por sus puntos de vista expresados en los recuadros.

Por último, expresamos nuestro agradecimiento a Diario Médico por la concesión del premio "Mejores ideas de sanidad del año" que en el apartado de política profesional ha sido concedido al informe.

10 AÑOS

DEL INFORME DE SALUD Y COOPERACIÓN



11 TEMAS DESTACADOS

En el año 2002 Medicus Mundi, Médicos del Mundo y Prosalus[1] pusieron en marcha la serie de informes sobre la salud en la cooperación al desarrollo y la acción humanitaria, con el objetivo de contribuir a la mejora de la calidad de la cooperación española en el sector salud. Para ello, la estrategia elegida fue la realización de un informe anual de análisis crítico de la AOD española en este sector y, a partir del mismo, la formulación de recomendaciones.

A lo largo de los 10 años se han trasladado, a través de los sucesivos informes, un conjunto de recomendaciones de las tres organizaciones. Una revisión del apartado de conclusiones y recomendaciones de los diferentes informes nos permite identificar una serie de temas destacados y recurrentes a lo largo de los años y apreciar la evolución que se ha producido en los mismos.

Para cada uno de los temas destacados, vamos a recoger:

1. Identificación del tema
2. Informes en los que se han hecho recomendaciones explícitas
3. Punto de partida
4. Contenido de las recomendaciones realizadas
5. Evolución que se ha producido en 10 años

1. En las dos primeras ediciones del informe se contó también con la participación de Médicos sin Fronteras

1 Planificación estratégica de la cooperación española en el sector salud

INFORMES

2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2009.

PUNTO DE PARTIDA

En 2002 no existía propiamente una estrategia sectorial de cooperación en salud. Las referencias estratégicas para la cooperación en este sector venían dadas por:

- La Ley 23/1998 de Cooperación Internacional para el Desarrollo, de 7 de julio, cuyo artículo 7, al regular las prioridades sectoriales señalaba, entre otras cosas, que "*la política española de cooperación internacional para el desarrollo, en su objetivo de luchar contra la pobreza en todas sus manifestaciones, se orientará especialmente a las siguientes prioridades sectoriales: a) servicios sociales básicos, con especial incidencia en salud, saneamiento, educación, obtención de la seguridad alimentaria y formación de recursos humanos*".
- I Plan Director de la Cooperación Española, 2001-2004, que, dentro del apartado de necesidades sociales básicas, recogía salud básica, población y salud reproductiva y programas de planificación familiar y lucha contra enfermedades de transmisión sexual.

RECOMENDACIONES

A lo largo de los años, en los informes de salud y cooperación hemos reclamado:

- La necesidad de que exista una política sectorial de cooperación en salud coherente con las prioridades establecidas en la Ley de Cooperación y con los compromisos internacionales (2002).
- La necesidad de que la estrategia de cooperación en salud en cada país esté basada en las necesidades de salud de las poblaciones más vulnerables en lugar de orientarse por otro tipo de intereses, económicos o políticos (2003).
- La conveniencia de que en el proceso de elaboración del II Plan Director, la salud emerja como uno de los sectores prioritarios de actuación, estableciendo una estrategia con la participación de los diferentes actores que contenga objetivos precisos y que sea medible y coherente, y esté dotada del presupuesto adecuado (2004).
- La necesidad de revisar la estrategia de cooperación en salud a la luz del nuevo Plan Director (2005).

- La nueva estrategia de cooperación en salud debe construirse en torno a la consideración de la salud como derecho humano fundamental para el ejercicio del resto de derechos humanos y elemento clave para la erradicación de la pobreza, priorizando la estrategia de APS y el fortalecimiento de sistemas públicos de salud, y deberá entroncar con la agenda de eficacia –Declaración de París- (2006).
- Una vez desarrollado el marco estratégico de la cooperación en salud (segunda estrategia sectorial, estrategia multilateral y III Plan Director) se debe avanzar en las herramientas y en el refuerzo de capacidades para transformar estos planes en resultados de desarrollo (2009).

EVOLUCIÓN

Tras la recomendación hecha en el informe 2002 sobre la necesidad de que existiera una política sectorial de cooperación en salud, a mitad de 2003, después de un proceso en el que se realizaron consultas con los diferentes actores de la cooperación incluyendo a la sociedad civil (las propias organizaciones que suscribimos el informe fuimos invitadas a reuniones de trabajo), se aprobó la Estrategia de la Cooperación Española en Salud, que tenía por objetivo "*establecer un marco de actuación común para el conjunto de los actores de la cooperación española en dicho sector, de manera que sus intervenciones sean coherentes con las de los organismos internacionales y del resto de los donantes, incrementando así su impacto en la lucha contra la pobreza*".

Entre los principios establecidos en la estrategia destacamos la prioridad a la atención primaria de salud, la equidad en salud, la solidaridad y sostenibilidad de los sistemas de salud, el refuerzo de la participación ciudadana y control social, el enfoque multisectorial o la coordinación de actores.

En enero de 2005 se aprobó el II Plan Director de la Cooperación Española. La participación en su elaboración se facilitó por diferentes canales, entre ellos, la realización de talleres sectoriales con la participación de actores destacados en cada sector. En el caso concreto del taller sectorial de salud participaron universidades, ONG especializadas, representantes de las comunidades autónomas, consultores y expertos, además de responsables de la propia Agencia Española de Cooperación Internacional.

El plan incorporó la adopción del enfoque de derechos humanos, que se reflejó en todo el documento y que en el caso de la salud se tradujo en que esta se presentaba como "*un derecho fundamental del ser humano y una condición clave para una vida digna*".

Dentro las líneas estratégicas de actuación en salud de la cooperación española se podían destacar:

- La adopción de los principios de Alma-Ata de "equidad y acceso universal de los servicios básicos de salud mediante un enfoque multisectorial y participativo".
- La salud sexual y reproductiva se presenta también como una de las líneas estratégicas adoptando el enfoque de derechos sexuales y reproductivos.
- La adopción de la atención primaria de salud como estrategia que puede mejorar la salud de las poblaciones de los países más desfavorecidos implica obligatoriamente trabajar desde los condicionantes de salud y asumir de este modo el enfoque multisectorial.

Durante 2006 se trabajó en la revisión de la estrategia de salud, a la luz de las nuevas orientaciones establecidas por el II Plan Director, y en 2007 se presentó la nueva estrategia sectorial de salud, que mejora la primera, haciendo una exhaustiva justificación de la importancia del sector salud en la cooperación, describiendo cuál es la actual situación de salud en el mundo, qué evolución ha tenido la cooperación española en salud, y sobre todo estableciendo un marco normativo, institucional y teórico que permite determinar las líneas principales que deben regir al sector.

La segunda estrategia sectorial de salud muestra interés sobre diversos aspectos en los que venían incidiendo los informes de salud y cooperación: la importancia de la atención primaria de salud, la necesidad de trabajar también en los determinantes de salud y en el papel de fortalecimiento de los sistemas públicos de salud, especialmente de su función de rectoría como garantes de la salud de la población. Igualmente, la estrategia descalifica los créditos como herramienta para trabajar en el sector de la salud.

El III Plan Director de la Cooperación Española (2009-2012) fue aprobado por el Consejo de Ministros del día 13 de febrero de 2009 después de un proceso largo y participativo. Propone hacer un avance importante para ir pasando de una política de cooperación a una política de desarrollo que esté sólidamente alineada con los principales acuerdos internacionales, con los grandes consensos y especialmente con la agenda de eficacia de la ayuda.

La salud continúa siendo una prioridad sectorial destacada en el III PD. En el PD 2005-2008 se partía de la concepción de la salud como un "derecho fundamental del ser humano", y en el III Plan se va más allá afirmando que se trata de un bien público y una responsabilidad pública. Se mantiene la atención primaria de salud como marco teórico de referencia incorporando los determinantes de salud como parte de un enfoque multisectorial de la salud; dentro de este marco, la primera prioridad es la acción sobre los sistemas nacionales de salud. Sin embargo, los objetivos específicos para el sector salud se concentran en aspectos netamente sanitarios dando la sensación de cierta disociación entre el discurso político y las acciones para priorizar.

2 Evolución de la AOD española

INFORMES
2003, 2007, 2010

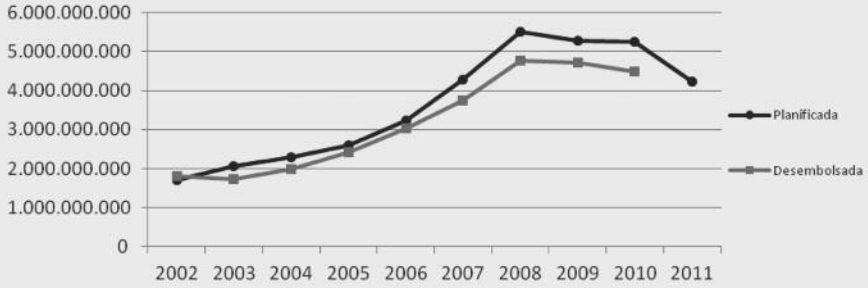
PUNTO DE PARTIDA
En 2002, la cooperación española realizó un desembolso neto de 1.817.105.812 euros, lo que situó la AOD española en el 0,26% de la renta nacional bruta.

De esta ayuda, el 18,29% de las contribuciones bilaterales distribuibles se destinó a los servicios sociales básicos.

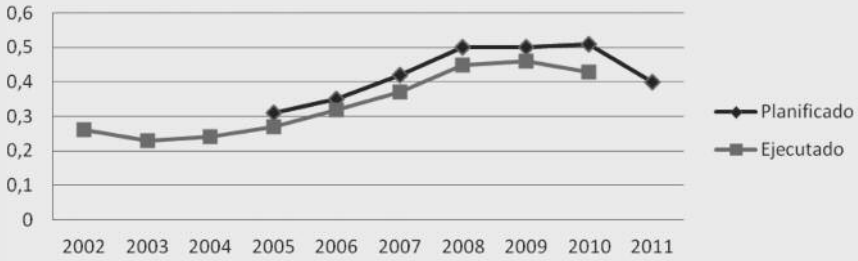
RECOMENDACIONES
- El Estado español debe poner en práctica todas las medidas necesarias para alcanzar el compromiso de destinar el 0,7% del PIB a cooperación internacional, con la meta intermedia –comprometida en la Cumbre de Monterrey de Financiación para el Desarrollo en 2002- de alcanzar el 0,39% en 2006. Asimismo, la cooperación española debe tener presente el compromiso de destinar el 20% de la AOD a necesidades básicas, entre ellas la salud (2003).
- Igual de importante que el crecimiento en cantidad es el aumento de la calidad, dotarse de herramientas de evaluación adecuadas, instrumentos que permitan la previsibilidad de la ayuda. Asimismo, los instrumentos de ayuda de los que se dote la cooperación española deben estar pensados para ser igualmente válidos en un contexto de no crecimiento en los términos y cantidades actuales tanto de la ayuda como de la economía estatal y mantener el apoyo que la sociedad española manifiesta respecto a la "*obligación*" o "*compromiso*" con la solidaridad y los más desfavorecidos (2007)
- Frente a la reducción de la AOD en 2009, y mientras se retoma la senda hacia el 0,7% que estaba comprometido para 2012 y ha sido pospuesto hasta 2015, el Gobierno debe esforzarse en mejorar la ejecución de la AOD, acercándose al 100% de lo planificado y garantizar que las reducciones no van a afectar a los servicios sociales básicos, especialmente al sector salud, ni a los PMA, como se comprometieron la totalidad de grupos políticos de la Comisión de Seguimiento del Pacto de Estado (2010) en la reunión de julio de 2010.

EVOLUCIÓN

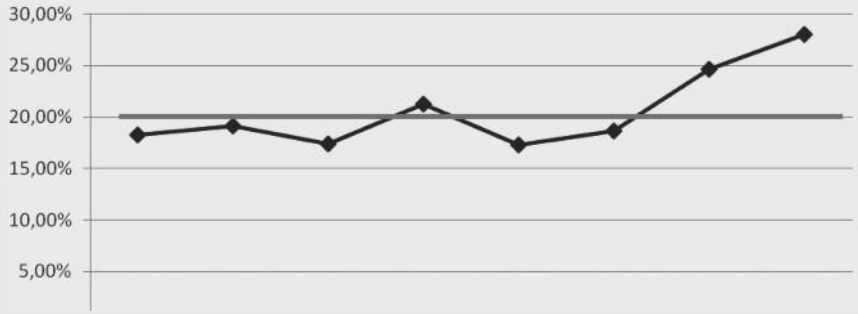
Evolución de la AOD española



% AOD / RNB



% AOD bilateral distribuible para NSB



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

3 Evolución de la AOD española en el sector salud

INFORMES

2002, 2004, 2005, 2006, 2008, 2009, 2010

PUNTO DE PARTIDA

En 2002, la cooperación española destinó al sector salud 111,9 millones de euros, lo que suponía el 5,65% de toda la AOD española.

RECOMENDACIONES

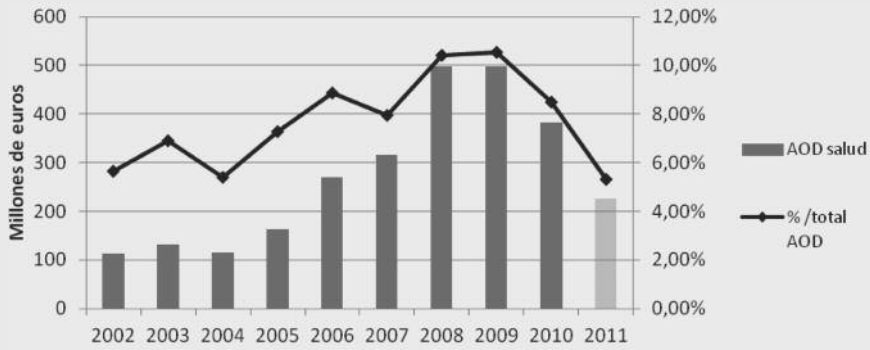
En los distintos informes, las organizaciones que los suscribimos hemos ido pidiendo un incremento de la AOD destinada a salud, tanto en sus cifras absolutas como en su peso relativo dentro del conjunto de la AOD.

En este sentido, a raíz de la aprobación del II Plan Director, señalábamos que, para alcanzar los objetivos de salud que marcaba el plan, la cooperación española debía incrementar el porcentaje que destina a salud hasta alcanzar como mínimo las cifras medias del conjunto de los donantes, que ha ido marcando una trayectoria creciente a lo largo de los diez años de informes, mientras la AOD española ha mostrado un comportamiento un tanto errático.

A raíz de la elaboración de la segunda estrategia sectorial de cooperación en salud señalamos que la cooperación española debía incrementar los recursos destinados al sector salud de modo proporcional a la importancia que se le da en sus marcos estratégicos. Y en esta misma línea, a raíz de la aprobación del III Plan Director, 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, reiteramos la petición y señalamos como referencia deseable que se dedicara a salud el 15% de toda la AOD de cara a que el sector se consolide en nuestra cooperación, con una dotación económica razonable, progresiva y previsible, con un peso relativo acorde a la importancia que se le quiere dar, lo que se manifestó claramente durante el semestre de presidencia española de la Unión Europea.

EVOLUCIÓN

Evolución de la AOD en salud en monto y como % de la AOD total



Fuente: elaboración propia a partir de los informes de seguimiento PACI. Los datos de 2011 son previsiones a partir del PACI 2011

4 Consideraciones sobre la AOD multilateral en el sector salud

INFORMES

2006, 2007, 2008, 2009, 2010

PUNTO DE PARTIDA

Hasta 2005, el componente multilateral de la AOD española en salud tuvo escaso peso relativo, oscilando entre el 10 y 30%, aproximadamente, según los años (los sistemas de cómputo y registro de AOD tampoco facilitaban el seguimiento sectorial pormenorizado de las contribuciones multilaterales). A partir de 2006 se produce un incremento progresivo y sustancial de la AOD en salud canalizada a través de organismos multilaterales de desarrollo.

RECOMENDACIONES

Frente al incremento repentino de la AOD multilateral, realizado cuando todavía no se contaba con una estrategia de cooperación multilateral (uno de los documentos de planificación que más se retrasó), apuntamos la necesidad de disponer de una adecuada planificación estratégica también en el ámbito multilateral, de manera que este

componente de la cooperación española en salud tenga mayor transparencia, continuidad y previsibilidad (2006).

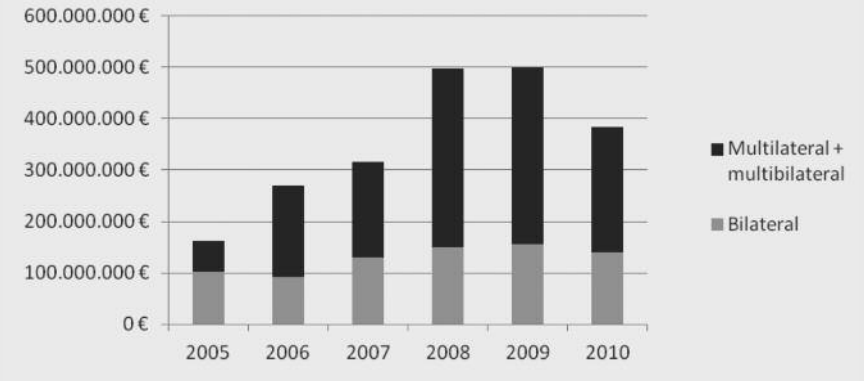
El crecimiento de la AOD multilateral no debería conllevar un retroceso de la ayuda bilateral, puesto que es el componente que se ha dotado de más instrumentos de planificación estratégica, geográfica y sectorial, por lo que debería estabilizarse y crecer proporcionalmente al crecimiento de la AOD (2007).

Además, es muy importante que España tenga una participación igualmente intensa en la toma de decisiones y en la orientación de los organismos y fondos multilaterales a los que aporta recursos para procurar que sus aportaciones no la lleven a ser incoherente con los lineamientos claves del Plan Director: atención primaria de salud y fortalecimiento de sistemas públicos (2007 y 2008).

La cooperación española en el sector salud debería revisar en profundidad, tal y como se recoge en el Plan Director, su colaboración con los organismos internacionales y en especial con el Fondo Global de Lucha contra el Sida, la Malaria y la Tuberculosis, que en el período 2006-2010 ha acaparado casi el 25% de toda la AOD en salud y que, sin embargo, en un análisis preliminar, parece presentar incoherencias sustanciales con las apuestas de la cooperación española por el fortalecimiento de los sistemas de salud y por la atención primaria de salud. (2009 y 2010).

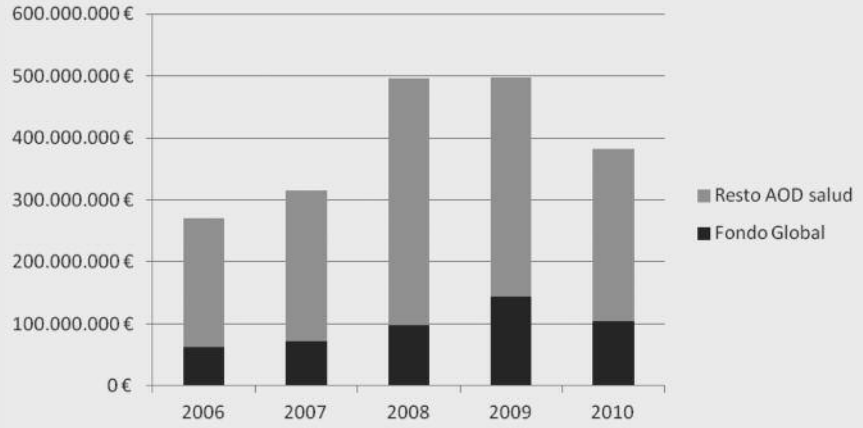
EVOLUCIÓN

Evolución AOD en salud por canales



Fuente: elaboración propia a partir de los informes de seguimiento PACI. Los datos de 2011 son previsiones a partir del PACI 2011

Evolución AOD en salud canalizada al Fondo Global



Fuente: elaboración propia a partir de los informes de seguimiento PACI. Los datos de 2011 son previsiones a partir del PACI 2011

5 Consideraciones sobre la AOD reembolsable en el sector salud

INFORMES

2002, 2003, 2005, 2006, 2008, 2009

PUNTO DE PARTIDA

Entre los años 1997 y 2000, la ayuda reembolsable supuso en promedio el 59% de la AOD bilateral destinada al sector salud. En 2001, primer año analizado en la serie de informes de salud y cooperación, el porcentaje fue del 53%. En ese año, el 73% de la AOD destinada al sector salud proveniente de la Administración General del Estado se hizo a través de créditos FAD.

RECOMENDACIONES

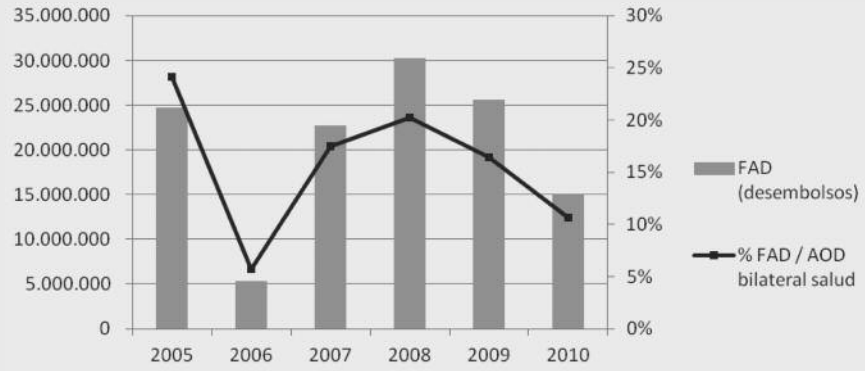
En los informes se ha ido señalando que es necesario terminar con el peso excesivo de los créditos FAD en la ayuda sanitaria española, especialmente en lo que a países de renta baja y PMA se refiere, sin que ello implique una disminución del volumen total de ayuda destinada al sector (2002 y 2003), sino incrementando el componente no

reembolsable en igual o mayor medida que se va reduciendo la ayuda reembolsable (2002, 2003,2005 y 2006).

La opinión de las organizaciones que suscriben los informes es que los instrumentos reembolsables no son los más adecuados para apoyar el sector salud, especialmente si, como señala el Plan Director, se quiere apostar por el fortalecimiento de sistemas públicos de salud. Al ser la salud un sector que no genera retorno económico directo, las operaciones de crédito pueden agravar la situación de endeudamiento e incluso pueden provocar políticas de recuperación de costes que vayan en contra del acceso a la salud de las poblaciones más vulnerables. Por tanto, el crédito debería tener un peso residual, si no inexistente, en la instrumentación de la ayuda en el sector salud (2008 y 2009).

EVOLUCIÓN

Peso relativo de créditos FAD en AOD bilateral en salud



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

6 Consideraciones sobre salud sexual y reproductiva

INFORMES

2002, 2003, 2004, 2005, 2009, 2010

PUNTO DE PARTIDA

En la segunda mitad de los 90, mientras el conjunto de países del CAD dedicó a la salud sexual y reproductiva el 32% de la AOD bilateral dirigida al sector salud, España tan solo destinó el 5%. Dentro del subsector de salud sexual y reproductiva, el componente de planificación familiar aparecía especialmente huérfano de ayuda española.

La primera estrategia sectorial de salud de la cooperación española habla de salud reproductiva y salud de la mujer.

RECOMENDACIONES

Se debe introducir la perspectiva de género en la cooperación española en salud, lo que incluye por un lado, incorporar cuanto antes los contenidos y el término de salud sexual y reproductiva y, por otro lado, incrementar los fondos destinados a la misma de manera proporcional a las necesidades existentes en este ámbito (2002 y 2003).

La composición sectorial de la AOD española en salud debería otorgar mayor importancia, similar a la que se da en nuestro entorno, a los programas de población y de salud sexual y reproductiva, de acuerdo con los criterios elaborados y aprobados en la conferencia de Naciones Unidas de El Cairo de 1994 (2004).

Una apuesta decidida por iniciativas y programas que tengan como objetivo la mejora de la accesibilidad a los servicios de salud sexual y reproductiva en el marco de la atención primaria de salud, junto con un incremento en la dotación económica a este sector, permitiría a la cooperación española acercarse a la media de los países del CAD (2005).

La cooperación española debería prestarle mayor atención a algunos componentes que, siendo muy coherentes con las opciones estratégicas formuladas, tienen una escasa dedicación de recursos, como es el caso de la planificación familiar (2009 y 2010).

EVOLUCIÓN

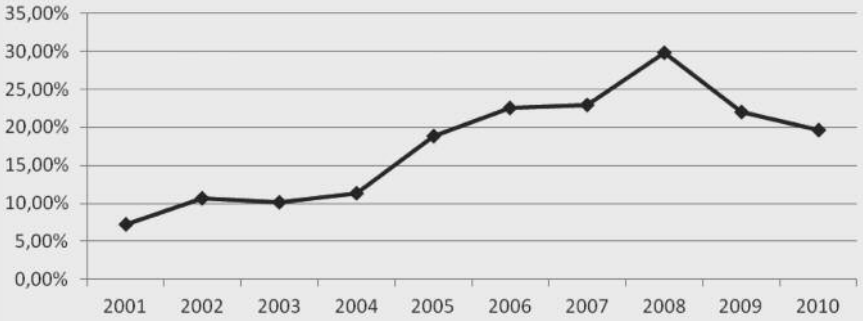
El II Plan Director de la Cooperación Española 2005-2008, retomando las orientaciones de la Conferencia de El Cairo (1994) habla de salud sexual y reproductiva e incorpora una explicación del sentido y contenido que debe darse a este subsector

de la salud. Incluye también el enfoque de respeto y defensa de los derechos sexuales y reproductivos.

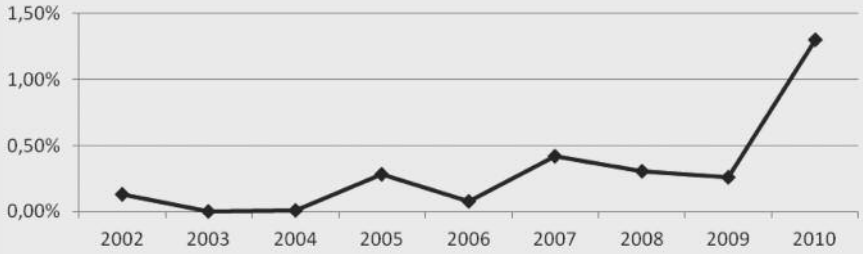
La segunda estrategia de cooperación en salud (2007) detalla las implicaciones del cruce entre la prioridad sectorial salud y la prioridad horizontal género, señalando, entre otras muchas cosas, la especial necesidad de aplicar el enfoque de género en el ámbito de la salud sexual y reproductiva y en la promoción de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, que aparece como una de las nueve líneas estratégicas de la cooperación española en salud.

El III Plan Director de la Cooperación Española 2009-2012 convalida lo establecido en la estrategia de salud y señala que España defenderá "*la promoción de los derechos sexuales y reproductivos, reconociendo la desigualdad de las mujeres en el acceso y utilización de los servicios de salud que muchas veces está ligada a la falta de autonomía en la toma de decisiones en relación con su salud, sexualidad y su función reproductiva*".

% SSR / AOD bilateral salud



% Planificación familiar / AOD bilateral salud



Fuente: Elaboración propia a partir de los informes de seguimiento PACI

7 Prioridad a la estrategia de atención primaria de salud (APS)

INFORMES

2002, 2004, 2005, 2009, 2010

PUNTO DE PARTIDA

La Ley de Cooperación (1998) habla de las prioridades sectoriales en el artículo 7, en el que dice que "*La política española de cooperación internacional para el desarrollo, en su objetivo de luchar contra la pobreza en todas sus manifestaciones, se orientará especialmente a las siguientes prioridades sectoriales: a) servicios sociales básicos, con especial incidencia en salud, saneamiento, educación, obtención de la seguridad alimentaria y formación de recursos humanos*".

A partir de esta primera referencia estratégica, el Plan Director 2001-2004, al hablar de la prioridad sectorial de necesidades sociales básicas, señalaba "*la salud básica, educación básica, población y salud reproductiva, nutrición, trabajos elementales de suministro de agua, saneamiento, vivienda, actuaciones de emergencia y programas integrados, de entre los que destacan los ámbitos de planificación familiar y lucha contra enfermedades de transmisión sexual, ayuda alimentaria y de emergencia, y formación de profesores y cuadros*".

La primera Estrategia Sectorial de Salud de la Cooperación Española (2003) no hace ninguna referencia explícita a la estrategia de APS. Manifiesta interés por los sistemas sanitarios, por las infraestructuras y equipamientos, por las intervenciones verticales y menciona, aunque con menos importancia, la promoción de estilos de vida saludable, pero no tanto desde un enfoque amplio de determinantes sociales de salud sino poniendo el énfasis en conductas de riesgo (alcoholismo, tabaquismo, drogadicción, embarazos prematuros…).

En 2001 los fondos destinados a los componentes de servicios médicos especializados y a construcción de infraestructuras sanitarias supusieron casi el 70% de la AOD bilateral en salud.

RECOMENDACIONES

Los porcentajes de ayuda destinada en 2001 a atención especializada y atención primaria deben invertirse por coherencia con las prioridades de la cooperación española y con los compromisos de la comunidad internacional (2002). En este sentido, el cumplimiento de la iniciativa 20/20 requiere un incremento en más del doble del porcentaje de AOD destinado a necesidades básicas de salud. La cooperación española debería primar las acciones enmarcadas en la atención primaria de salud que resuelve el 80% de los problemas de salud de la población, a través de los ejes de salud-prevención-curación y el resto de sus componentes y principios básicos (2004 y 2005).

La cooperación española debería prestarle mayor atención a algunos componentes que, siendo muy coherentes con la opción estratégica de la APS, tienen una escasa dedicación de recursos, como por ejemplo, la educación sanitaria o la planificación familiar (2009 y 2010).

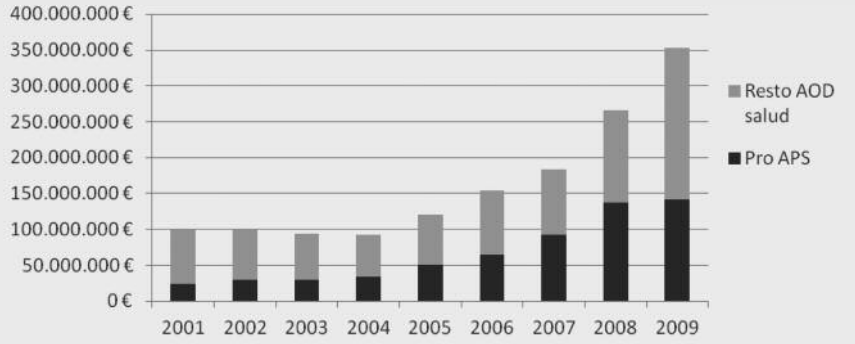
EVOLUCIÓN

Desde el punto de vista de la evolución de la planificación estratégica del sector salud, el II Plan Director incorporó en su fundamentación, claramente y con amplitud, el enfoque de APS, entroncando con la declaración del Alma-Ata, asumiendo sus principios y componentes. En la formulación de líneas estratégicas no se explicitó con tanta claridad.

La segunda estrategia sectorial apostó claramente por el enfoque de APS, identificándolo como la primera y principal de las pautas de intervención en el sector. Además, por un lado, en la línea estratégica de mejora de la calidad y acceso a servicios básicos de salud, identifica como actuación prioritaria el trabajo sobre los componentes de la APS y, por otro lado, en la línea estratégica de mejora de la salud y derechos sexuales y reproductivos señala como actuación prioritaria el fortalecimiento de los servicios de salud sexual y reproductiva dentro de la APS. Incluso en la lucha contra enfermedades olvidadas se señala como pauta la integración de la prevención y atención de estas enfermedades dentro del marco de la APS.

En cuanto al destino de fondos para fortalecer la estrategia de APS, en el informe 2009 hicimos un análisis en el que, con las limitaciones metodológicas que reconocíamos en su momento, intentamos ver qué componentes de la AOD en salud eran más coherentes con la estrategia de APS. Teniendo en cuenta el análisis, podemos ver, de forma aproximada, su evolución.

AOD bilateral dirigida a APS



Fuente: elaboración propia a partir de los informes de seguimiento PACI. Se incluye la AOD bilateral canalizada a través de OMUDES. Se pueden encontrar detalles de la metodología aplicada para hacer este gráfico en "La salud en la cooperación al desarrollo y la acción humanitaria. Informe 2009" págs. 171 a 178

8 Prioridad al fortalecimiento de sistemas públicos de salud

INFORMES

2002, 2004, 2009, 2010

PUNTO DE PARTIDA

El Plan Director 2001-2004, al tratar la salud dentro de la prioridad sectorial de necesidades sociales básicas, no entró en muchos detalles. En conjunto, en referencia a las necesidades sociales básicas, señalaba que uno de los objetivos de la cooperación española era el apoyo a las capacidades de los países receptores, tanto mediante el respaldo a los gobiernos e instituciones, como mediante el apoyo a la sociedad civil.

RECOMENDACIONES

La AOD en salud debe concentrarse en aspectos que contribuyan a potenciar y reforzar las capacidades de los receptores y favorecer la consecución del desarrollo humano sostenible (2002). La composición sectorial de la AOD española en salud necesita una reorientación para primar el apoyo al fortalecimiento de los sistemas públicos de salud. Debería aumentarse el porcentaje de recursos dedicado al apartado de políticas sanitarias y gestión administrativa hasta la media del conjunto de los países de la Unión Europea (20% de la ayuda bilateral bruta en salud) (2004).

La cooperación española debería estabilizar y hacer más predecible la ayuda en salud en cuanto a los subsectores que apoyar y en los canales para utilizar e incrementar los recursos dirigidos a los componentes más coherentes con el fortalecimiento de sistemas públicos de salud (2009, 2010).

Además de las recomendaciones, en diferentes ediciones del informe se han dedicado capítulos o apartados específicos a este tema. Así:

- En el informe 2004 se dedicó un capítulo a la privatización de los sistemas de salud.
- En el informe 2005 se dedicó un apartado a las reformas de los sistemas de salud.
- En el informe 2006 se dedicó un apartado al fortalecimiento de sistemas públicos de salud.
- En el informe 2007 se dedicó un apartado a los retos de los sistemas de salud.
- En el informe 2010 se hizo una actualización sobre el fortalecimiento de sistemas de salud.

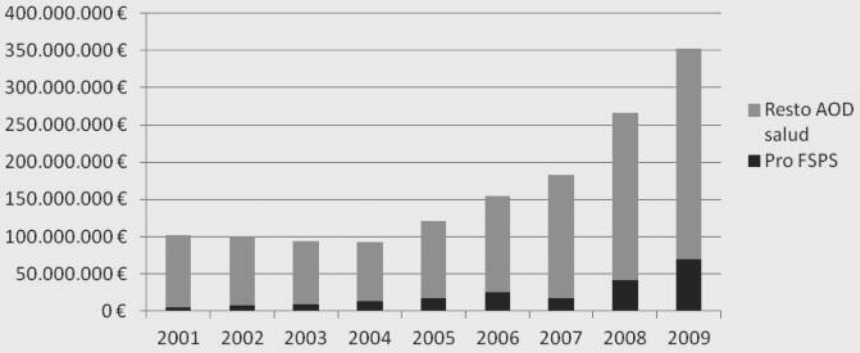
EVOLUCIÓN

La primera estrategia sectorial de salud recoge, entre los principios orientadores, la solidaridad y sostenibilidad del sistema de salud, y en las líneas horizontales de intervención el fortalecimiento institucional y reforma de los sistemas sanitarios, con especial énfasis en reforzar el papel rector que debe tener en cada lugar la autoridad sanitaria nacional.

El II Plan Director apuesta como eje principal y como primera línea estratégica por el fortalecimiento de los sistemas públicos de salud. En esta misma línea, la segunda estrategia sectorial de salud –refrendada también en este enfoque por el III Plan Director- identifica a los sistemas de salud como el "núcleo de la problemática y de las soluciones para la mejora de la salud" y, en consecuencia, identifica el fortalecimiento de los sistemas de salud como objetivo específico y como principal línea estratégica.

En cuanto al destino de fondos para el fortalecimiento de sistemas públicos de salud (FSPS), en el informe 2009 hicimos un análisis en el que, con las limitaciones metodológicas que reconocíamos en su momento, intentamos ver qué componentes de la AOD en salud eran más coherentes con la estrategia de FSPS. Teniendo en cuenta el análisis, podemos ver, de forma aproximada, su evolución.

AOD bilateral dirigida a FSPS



Fuente: elaboración propia a partir de los informes de seguimiento PACI. Se incluye la AOD bilateral canalizada a través de OMUDES. Se pueden encontrar detalles de la metodología aplicada para hacer este gráfico en "La salud en la cooperación al desarrollo y la acción humanitaria. Informe 2009" págs. 171 a 178

9 Coordinación de actores

INFORMES

2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010

PUNTO DE PARTIDA

Es conocida la característica pluralidad de actores de la cooperación española. En 2001, en lo que al sector salud se refiere, destacaba el papel del Ministerio de Economía (más de la mitad de la AOD) debido al peso de la ayuda reembolsable. En segundo lugar destacaba la cooperación autonómica y local, con el 27% del total. El Ministerio de Asuntos Exteriores, a través de la AECI, gestionaba el 18%, parte de forma directa y parte a través de ONGD. El Ministerio de Sanidad y Consumo, a pesar de ser el especialista en la materia, solo aportaba el 1% de los fondos.

En los últimos años de la década de los 90 casi el 20% de la AOD en salud se dirigía a países de renta media alta. El peso de los créditos FAD, el hecho de que su planificación no respondiera a criterios de desarrollo y la falta de coordinación con el Ministerio de Asuntos Exteriores pueden explicar esta situación.

RECOMENDACIONES

Debe establecerse un sistema efectivo de coordinación y comunicación entre todos los actores: Ministerio de Asuntos Exteriores, Ministerio de Sanidad y Consumo, Ministerio de Economía, Ministerio de Defensa, administraciones públicas autonómicas y locales y ONGD, de manera que la coherencia de las acciones repercuta en un aumento del impacto de la ayuda. (2002, 2003).

En el ámbito de la Administración General del Estado, es necesario revisar los mecanismos de coordinación y armonización de prioridades geográficas de los principales instrumentos que inciden en la cooperación en salud, como el Plan Director, el programa VITA y el Plan África (2006).

Debería aumentar el papel del Ministerio de Sanidad. Dado el importante contenido técnico de las intervenciones en salud, sería necesario aumentar la participación del Ministerio de Sanidad que, actualmente, constituye un escaso 1'6% del presupuesto total de cooperación en el sector salud (2002, 2003, 2004).

La cooperación española debe alcanzar algún tipo de especialización. En el caso de la cooperación en salud, el valor añadido de la cooperación española es precisamente el acceso a cobertura universal, el sistema público de salud y la red de atención

primaria. Llama especialmente la atención la escasa participación del Ministerio de Sanidad y Consumo. (2007).

Las administraciones autonómicas deberían desarrollar sus bases normativas (planes, estrategias) de cooperación al desarrollo y mejorar los mecanismos de gestión y evaluación de sus políticas. Además deben coordinarse entre sí y con los demás agentes implicados para mejorar las políticas y los procedimientos de la ayuda oficial al desarrollo si se quiere incrementar la eficacia y el impacto de la ayuda. Una de las asignaturas pendientes de la cooperación al desarrollo autonómica es la unificación de los criterios de contabilización de la AOD y de los mecanismos para gestionarla, especialmente la armonización de bases y procedimientos de subvenciones.

Es importante que cada administración defina públicamente sus políticas de cooperación estableciendo prioridades geográficas y sectoriales que permanezcan estables en el tiempo. Igualmente, consideramos imprescindible mayor transparencia presupuestaria para lo que es necesario que los fondos de cooperación al desarrollo procedan de una partida única y se recoja de forma explícita los porcentajes que corresponden a cada sistema de canalización: cooperación directa y a través de ONG.

EVOLUCIÓN

En primer lugar, en lo que tiene que ver con el papel de liderazgo y coordinación que le debe corresponder al MAEC, podemos decir que a lo largo de los años el ministerio ha ido ganando peso relativo en la ayuda bilateral en salud, en tanto que responsable de la política de cooperación, por contraste con los años en los que el alto peso relativo de los créditos FAD en salud daban el liderazgo a otro ministerio (en 2001, el Ministerio de Economía gestionó el 53% de la AOD en salud a través del FAD) o frente al peso que tuvo en 2004 y 2005 la cooperación descentralizada.

Evolución de la distribución de la AOD bilateral neta en salud por agentes (%)

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
MAEC	26,73%	28,46%	32,39%	51,68%	52,79%	65,64%	77,90%
MINTC	34,65%	24,00%	21,14%	4,58%	12,47%	8,08%	4,38%
MSC	1,35%	3,30%	2,04%	1,47%	2,40%	0,45%	0,05%
M Defensa	1,13%	1,05%	3,72%	0,11%	0,09%	0,07%	0,04%
Descentralizada	36,13%	42,99%	39,03%	39,72%	31,90%	24,30%	16,89%

Fuente: elaboración propia a partir de los informes de seguimiento PACI. Se incluye la AOD bilateral canalizada a través de OMUDES.

En cuanto a experiencias de coordinación, a principios de 2004 se presentó el programa VITA (aunque ya se hablaba de él en la primera estrategia sectorial de salud, de 2003) que tenía el propósito de obtener la máxima coordinación y complementariedad de las actuaciones que llevan a cabo los actores de la cooperación española para el desarrollo en el sector salud en África. Con el liderazgo de la AECI, participaron en el programa varios ministerios y la casi totalidad de las comunidades autónomas[2].

En el apartado 5 de la segunda estrategia sectorial de salud, dedicado al proceso de difusión y puesta en práctica, se señala que "*aparece cada vez más necesario y útil que la cooperación española disponga de una instancia de coordinación institucional a este fin; instancia que esta estrategia considera como un elemento clave para que la acción de dicha cooperación en salud sea eficaz, integre y capitalice (al mismo tiempo que promueva) las iniciativas y experiencias del conjunto de actores, tanto los actualmente implicados como otros alejados de foros de coordinación, como la industria farmacéutica y de la sociedad española en general, y participe adecuadamente, y con el papel que le corresponde, en la escena y la agenda internacional para la lucha contra la pobreza y la mejora del desarrollo. Por lo tanto, se propone la creación de una comisión de salud dentro del Consejo de Cooperación al Desarrollo*".

La comisión no llegó a crearse; sin embargo, con motivo del proceso preparatorio del semestre de la presidencia española de la UE, se creó en 2009, en la AECID, la mesa de armonización de salud de la cooperación española (MASCE) que viene funcionando como espacio informal de encuentro, información, intercambio e interlocución de diferentes actores de la cooperación española en el sector salud.

En los años 2008 y 2009[3], la cooperación autonómica en salud destinó alrededor del 85% de los fondos a países identificados como prioritarios en el Plan Director, porcentaje muy superior al de la Administración General del Estado.

2. Las últimas referencias al Programa VITA en los PACI y seguimiento PACI las encontramos en 2007.
3. Se pueden ver detalles al respecto en "La salud en la cooperación al desarrollo y la acción humanitaria" Informes 2009 y 2010, en el apartado correspondiente a la cooperación descentralizada.

10 Mejora en la planificación de la cooperación descentralizada

INFORMES

2003, 2004, 2005, 2007, 2008, 2010

PUNTO DE PARTIDA

La cooperación descentralizada en su conjunto, y específicamente en salud, representa un hecho diferenciador positivo de la cooperación española, con respecto a los países donantes de nuestro entorno. Sin embargo, esta cooperación, que cumplía con creces compromisos internacionales como destinar más del 20% en necesidades sociales básicas, no se había dotado de instrumentos de planificación y gestión suficientes para asegurar la calidad de sus acciones y la predictibilidad de la ayuda, que apoyara la sostenibilidad de las acciones emprendidas por los países receptores. Así, la mayor parte de la ayuda sanitaria se destinaba, en un principio, a países de renta media y en las comunidades autónomas no se tenía un marco normativo definido en cooperación. De hecho, Cataluña fue la primera comunidad autónoma que tuvo una estrategia en salud, en el año 2003.

RECOMENDACIONES

Las administraciones autonómicas deben apostar por desarrollar sus bases normativas (planes, estrategias) de cooperación al desarrollo y mejorar los mecanismos de gestión y evaluación de estas políticas.

La cooperación autonómica debe mejorar sus procesos de planificación en cooperación sanitaria e incorporar mejoras en su distribución geográfica y sectorial.

Cada administración debe definir públicamente sus políticas de cooperación estableciendo prioridades geográficas y sectoriales que permanezcan estables en el tiempo, así como la mejora de sus capacidades técnicas.

Todas las comunidades autónomas deben revisar sus prioridades geográficas, reforzando la inclusión de los PMA entre sus prioridades.

La cooperación descentralizada en salud debe avanzar en previsibilidad, a través de compromisos plurianuales, y revisar su orientación en lo que a subsectores CRS se refiere, apostando de una manera firme por acciones que fortalezcan la atención primaria de salud.

La AOD descentralizada no solo debe mantenerse sino incrementarse y la cooperación en salud debería alcanzar el 15% del total.

Para aumentar la eficacia e impacto de la ayuda autonómica en salud proponemos a las comunidades autónomas un decálogo de trabajo en cooperación sanitaria.

EVOLUCIÓN

En el ámbito normativo, cuando empezamos el análisis de la cooperación descentralizada en 2003, nueve comunidades autónomas tenían aprobadas leyes específicas de cooperación. Actualmente, todas las comunidades autónomas tienen una ley de cooperación autonómica. En 2003 había solamente cuatro comunidades autónomas que tenían un plan director y otras dos lo tenían previsto. En 2008, diez comunidades tenían plan director y tres contaban con un borrador, por lo que solo cuatro no tenían previsto a corto plazo un plan director. En ese mismo año, nueve comunidades autónomas tenían un plan anual de cooperación. Incluso algunas administraciones autonómicas y locales pusieron en marcha instrumentos plurianuales.

La política de cooperación al desarrollo en las CC AA

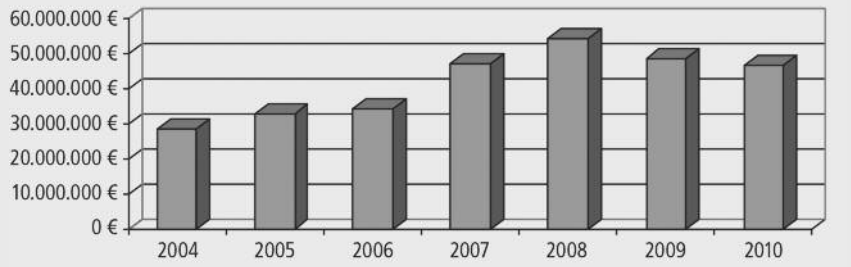
Comunidad autónoma	Ley cooperación	Plan director	Plan anual	Informes públicos
Andalucía	Sí	Sí	Sí	Sí
Aragón	Sí	Sí	Sí	Sí
Asturias	Sí	Borrador	No	Sí
Baleares	Sí	Borrador	No	Sí
País Vasco	Sí	Sí		Sí
Canarias	Borrador	No	No	No
Cantabria	Sí	No	No	No
Castilla-La Mancha	Sí	Borrador		Sí
Castilla y León	Sí	En proceso		No
Cataluña	Sí	Sí	Sí	Sí
Extremadura	Sí	Sí	Sí	No
Galicia	Sí	Sí	Sí	Sí
Madrid	Sí	Sí	Sí	Sí
Región de Murcia	Sí	No		No
Navarra	Sí	Sí	Sí	Sí
La Rioja	Sí	Sí	Sí	Sí
Comunidad Valenciana	Sí	Sí	Sí*	

Si hablamos de transparencia, hemos podido constatar que, en 2008, once comunidades tenían informes públicos, lo que permite conocer exactamente qué tipos de acciones y prioridades tienen las comunidades autónomas. Sin embargo, se puede plantear la pregunta de cómo esas once comunidades han tomado las decisiones para asignar las partidas.

En cuanto al gasto en AOD, aunque ninguna se comprometa en los próximos años a alcanzar el 0'7%, Cataluña aspiraba a llegar al 0'66% en 2010, Andalucía 0'62% en 2011 y Aragón 0'3% en 2012. En cuanto al gasto en salud de la cooperación des-

centralizada, hemos pasado de 27 millones en 2001 a 56 millones de euros en 2010, con un descenso en los dos últimos años.

Evolución de AOD en salud procedente de CCAA (incluye vía OMUDES)



Las entidades locales, aunque sus porcentajes destinados a salud son muy bajos, se han comprometido cada vez más con la cooperación. Sin embargo, estamos viendo en los dos últimos años que la cantidad destinada a cooperación se va reduciendo y que ayuntamientos grandes -como Madrid- en 2010 no han destinado ninguna partida a la cooperación sanitaria.

AOD bilateral de entidades locales por comunidad autónoma de pertenencia

EE LL / CC AA	AOD SALUD 2010	Nº EE LL
EELL Andalucía	816.011 €	16
EELL Aragón	562.765 €	6
EELL Asturias	479.625 €	5
EELL Baleares	456.817 €	4
EELL Canarias	185.995 €	5
EELL Cantabria	130.993 €	5
EELL Cataluña	1.118.658 €	29
EELL País Vasco	1.699.439 €	12
EELL Castilla - La Mancha	489.078 €	9
EELL Castilla y León	528.979 €	14
EELL Extremadura	127.500 €	3
EELL Galicia	62.941 €	2
EELL La Rioja	66.429 €	2
EELL Madrid	389.132 €	9
EELL Murcia	98.691 €	5
EELL Navarra	310.013 €	7
EELL C. Valenciana	518.320 €	13
TOTAL	**8.041.387 €**	**146**

11 Acción humanitaria

INFORMES

2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010

PUNTO DE PARTIDA

El porcentaje de AOD bilateral destinado a ayuda humanitaria en 2001 y 2002 estuvo por debajo del 4%.

La AECID contaba con la Unidad de Ayuda Humanitaria y de Emergencia.

Cuando se realizó el primer informe (2002, analizando la AOD de 2001) se apreció que entre las contribuciones multilaterales que figuraban como parte de la AOD se reflejaba una operación del Ministerio de Defensa con el título "Misión de la UE en la ex-Yugoslavia" que computaba al 100% como AOD.

RECOMENDACIONES

Debe fortalecerse la Unidad de Ayuda Humanitaria y de Emergencia de la AECID elevándola a rango de dirección general y dotándola de personal especializado (2003).

La ayuda humanitaria es uno de los ámbitos de la cooperación española que requiere una reforma profunda. Es urgente incrementar los recursos para ayuda humanitaria al tiempo que se refuerza la estructura institucional encargada de su gestión (2004).

Resulta necesario aumentar los fondos dedicados a acción humanitaria y alcanzar, al menos, el porcentaje del 7% de la AOD bilateral comprometido en el Plan Director 2005-2008 (2005, 2006, 2007).

Es necesario que exista una planificación previa que permita dar respuesta a crisis humanitarias crónicas y olvidadas y no solo a desastres naturales con alto interés mediático (2006).

Es necesario progresar en la implantación de mecanismos de evaluación de ayuda humanitaria, así como en el fortalecimiento de capacidades necesarias para llevarla a cabo con mayor calidad y eficiencia (2007).

Se precisan nuevos instrumentos ágiles y flexibles, adecuados a las características de la ayuda humanitaria que pueda proporcionar respuesta rápida (2008).

Es necesario incrementar 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 (2009).

Consideramos necesario que la cooperación española incremente las aportaciones a los CERF, para garantizar una respuesta colectiva rápida a las situaciones de emergencia sobrevenidas y a la prevención de riesgos por desastres naturales o conflictos armados (2010).

Se debe limitar la actuación del ejército así como cualquier tipo de objetivo político en las intervenciones de acción humanitaria. La ayuda humanitaria debe regirse por los principios de imparcialidad, neutralidad e independencia por lo que el Ministerio de Defensa no debería implicarse en la elaboración de protocolos de actuación sanitaria en situaciones de emergencia (2002).

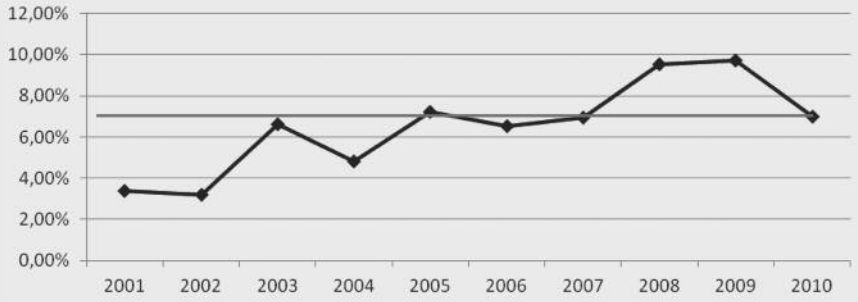
El Gobierno de España debe contar con una política clara que diferencie las acciones militares o cívico-militares de la acción humanitaria. Los gastos de las acciones emprendidas desde el Ministerio de Defensa no deberían ser computados como AOD (2003).

La participación de las Fuerzas Armadas en la ayuda humanitaria debería limitarse a garantizar el acceso de las víctimas a la ayuda y a prestar apoyo logístico en desastres de gran magnitud que superen la capacidad de las agencias humanitarias, siempre que no se pueda disponer de apoyo a través de organizaciones civiles (2005 y 2006).

EVOLUCIÓN

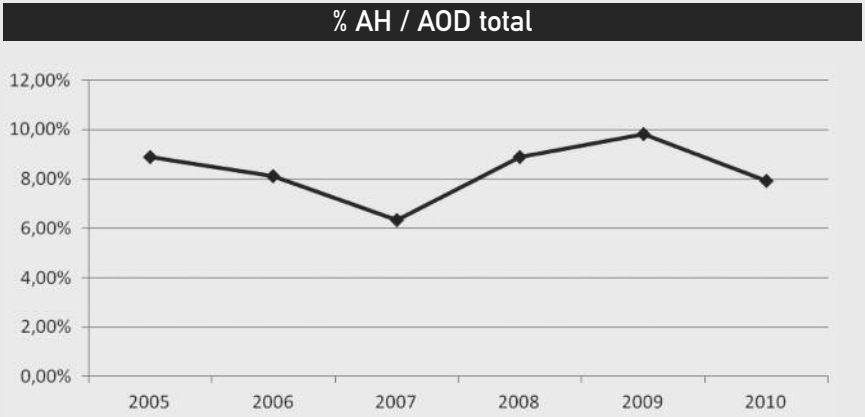
Hasta 2004 no había una especificación sectorial de la ayuda multilateral. Por ello, en el Plan Director 2005-2008, siguiendo la tendencia, se formula el compromiso de destinar el 7% de la AOD bilateral a ayuda humanitaria y de emergencia, lo que se alcanza al final del período de aplicación del plan.

% AH bilateral / AOD bilateral



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

Sin embargo, a partir de 2005 se hacen también clasificaciones sectoriales de la AOD multilateral. Una parte importante de la ayuda humanitaria se canaliza multilateralmente.

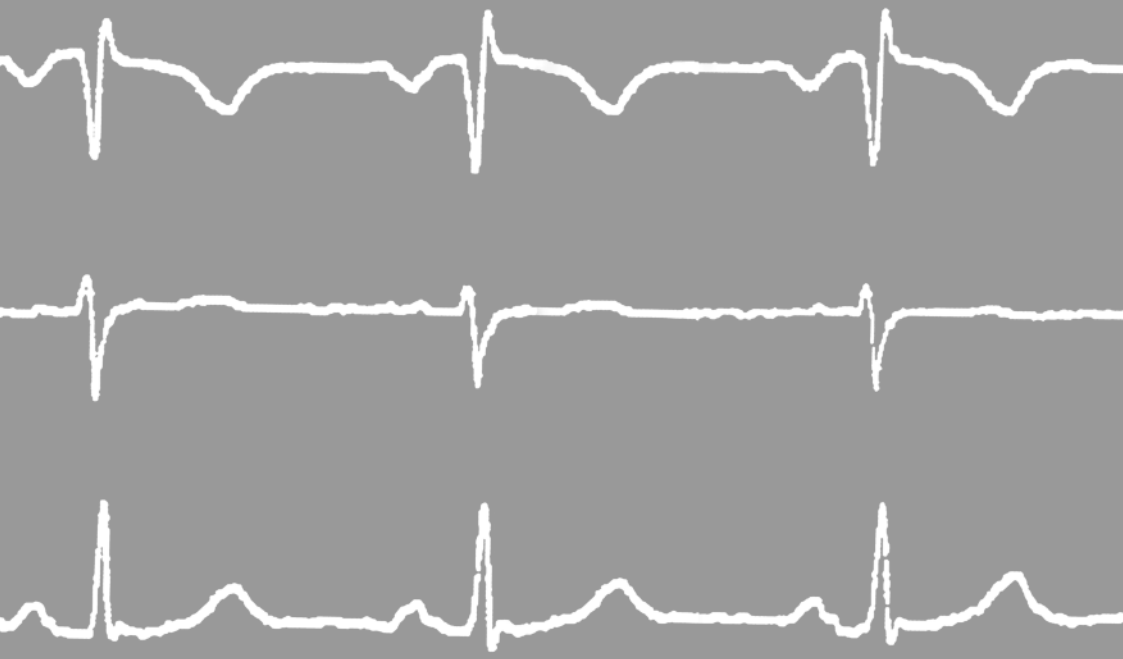


Fuente: elaboración propia a partir de los informes de seguimiento PACI.

A mitad de 2007 se aprobó la Estrategia de Acción Humanitaria de la Cooperación Española que, en general, recibió una calificación positiva por parte de las ONGD. Entre otros temas, la estrategia señala que se impulsará el establecimiento de una posición clara en materia de intervención militar. En esta línea resultan muy positivas las referencias que contiene la estrategia a la reafirmación del liderazgo de la SECI/AECID en toda acción exterior en la que se empleen tanto medios civiles como militares para la acción humanitaria, y el reconocimiento de la necesidad de delimitar el papel de las Fuerzas Armadas españolas en línea con las directrices de Oslo y otras iniciativas internacionales a las que España se ha adherido.

A raíz de la reforma de la AECID se creó la Oficina de Acción Humanitaria, con mayor capacidad técnica y logística, y con una dirección dependiente directamente de la dirección de la Agencia.

En 2010 la cooperación española se sitúa en el quinto puesto mundial como contribuyente a los fondos CERF de Naciones Unidas destinados a las intervenciones de emergencia, con una contribución de 39,5 millones de dólares.



CAPÍTULO I. SITUACIÓN DE LA SALUD EN EL MUNDO

1. INTRODUCCIÓN

Aunque desde una perspectiva histórica la salud mundial ha mejorado sensiblemente en las últimas décadas, se mantiene, e incluso en ocasiones se incrementa, la brecha entre la salud de las poblaciones más enriquecidas y las más vulnerables. El mundo se mueve entre avances puntuales contra ciertas enfermedades, muchas veces a través de programas verticales, y el aumento de la distancia del nivel de salud de las poblaciones con mayores y menores recursos económicos. Actualmente, todos los avances se ven amenazados por la crisis económica mundial, que puede debilitar más los frágiles sistemas de salud de los países en desarrollo y disminuir las aportaciones a la cooperación internacional en salud. La consecución de los Objetivos del Milenio (ODM) para 2015, entre los que se encuentran tres objetivos específicos de salud, sigue siendo la meta que debe conseguir la comunidad internacional a medio plazo, a pesar de la distancia que aún nos separa para lograrlos. En otro apartado se analiza la evolución de los ODM en salud. Podemos avanzar que el continente africano se mantiene con los peores indicadores de salud en el mundo.

2.- LA FINANCIACIÓN DE LOS SISTEMAS DE SALUD

La estrecha relación existente entre pobreza y mala salud está ampliamente documentada. No solo los más pobres tienen peor salud y las personas o comunidades con mala salud tienen muy difícil salir de la pobreza, sino que el acceso a los servicios de salud puede llevar a muchas personas a la pobreza por el coste que les puede suponer tratar o prevenir la enfermedad. Se estima que cada año unos 150 millones de personas de todo el mundo se enfrentan a gastos sanitarios catastróficos[1], debido

1. El gasto catastrófico es definido como el gasto directo de más del 40% de los ingresos familiares en la atención sanitaria, una vez cubiertas las necesidades básicas

a los pagos directos para curarse de enfermedades, y más de 100 millones de personas acaban por debajo del umbral de la pobreza por sus gastos sanitarios[2].

Una de las mayores amenazas que existe actualmente para alcanzar, e incluso mantener lo conseguido en los ODM en salud, es la crisis económica mundial que afecta desde hace unos años a la mayor parte de los países y ha supuesto la mayor recesión mundial desde la Gran Depresión. Tan solo en los 49 países de ingresos más bajos del mundo, el déficit general de financiación para los ODM relacionados con la salud alcanza los 26.000 millones en 2011 (19 dólares per cápita) y, si sigue la tendencia actual, alcanzará en 2015 los 42.000 millones de dólares (27 dólares per cápita)[3].

Esta crisis puede suponer graves recortes en los presupuestos sanitarios públicos en todos los países y en la ayuda internacional en salud, que en los últimos años había conseguido un incremento muy relevante debido sobre todo a la aparición de nuevos actores público-privados. Sin embargo, las asociaciones público-privadas han centrado sus esfuerzos en la lucha vertical contra enfermedades específicas y no han asumido la problemática de salud de forma global. De hecho, al tener que disminuir sus presupuestos, los programas verticales están sufriendo de forma particular las consecuencias de la crisis, al no haberse dotado previamente de mecanismos de sostenibilidad que aseguraran los logros alcanzados. A pesar de ello, el PIB de todos los países africanos se incrementó en 2010, lo que puede significar un repunte en sus economías. Sin embargo, también observamos que estamos aún en cifras similares a 2008, y hay que recordar que el aumento del PIB es un término general de crecimiento que no asegura que tal crecimiento alcance a las poblaciones más vulnerables.

Uno de los mayores determinantes que explican esta brecha en la salud es la falta de accesibilidad a los servicios sanitarios de gran parte de la población mundial. La falta de accesibilidad puede ser geográfica o sociocultural y, principalmente, económica, a pesar de los datos de crecimiento tan positivos que hemos conseguido en los últimos años en los presupuestos mundiales destinados a salud. En menos de 15 años la cifra destinada a salud en el mundo se duplicó. En 2008, antes de que se instaurase la actual crisis económica global, el gasto mundial en salud fue de 5.300 millones de dólares al año[4], cuando en 1995 era de 2.600 millones de dólares. Sin embargo, ni las cantidades están distribuidas de manera uniforme ni este crecimiento ha sido igual en todas las regiones y países. Los países de la OCDE solo representan el 18% de la población mundial, pero constituyen el 86% del gasto sanitario del mundo.

2. Xu K et al. Protecting households from catastrophic health spending. *Health Aff (Millwood)*, 2007,26:972-983. doi:10.1377/hlthaff.26.4.972 PMID:17630440

3. http://www.who.int/pmnch/activities/jointactionplan/201009_gswch_sp.pdf

4. National health accounts [online database]. Geneva, World Health Organization, 2010 (http://www.who.int/nha, accessed 23 June 2010).

El porcentaje del gasto mundial en salud como parte del PIB era del 8,5% en 2008[5], pero si analizamos los continentes observamos que África dedicaba el 6% del PIB a salud, mientras que Europa gastaba el 8,5% y América más del 12,5%, suponemos que sobre todo por el gasto en América del Norte. África tenía un porcentaje mucho mayor que Asia sudoriental (3,8%). Si hablamos de cifras absolutas, en Asia sudoriental el gasto per cápita en salud ha sido de 43 dólares y en África 88 dólares. Esto se puede explicar en parte por la dependencia africana de la ayuda externa sanitaria en los últimos años. En el año 2000 la cooperación externa sanitaria suponía el 6,6% de todo el gasto en salud en esta región, y en 2008 alcanzó el 9'5%. Mientras, en Asia sudoriental la cooperación sanitaria externa apenas alcanzó en 2008 el 1'8% del total de su gasto en salud.

Las grandes diferencias se observan cuando comparamos las cifras de los países en desarrollo y los llamados desarrollados. En América el gasto per cápita es 2.902 dólares (67 veces más que en Asia sudoriental), y en Europa 2.283 (26 veces más que en África). Según estas cifras, y si nos guiamos solamente por la cantidad de dinero destinado a salud, América debería tener mejores indicadores que Europa y, sin embargo, son muy parejos. Hay que tener en cuenta otras variables aparte del gasto que explican el nivel de salud, como por ejemplo, la gestión del dinero, quién desempeña la función de rectoría en salud y con qué valores, o quién asume el gasto en salud: si directamente es el prestatario o hay un sistema de protección social para los más vulnerables. En Tailandia, por ejemplo, y con un gasto per cápita de 136 dólares, el gasto sanitario de todas las personas está cubierto por ley, cosa que no ocurre en países mucho más ricos.

En el informe de la OMS de 2010[6] se afirma que para asegurar la cobertura universal se tiene que tener un sistema de financiación sanitario que funcione adecuadamente. En 2005 la Asamblea Mundial de la Salud adoptó por unanimidad una resolución para alcanzar dos objetivos en relación a los sistemas de financiación. El primero era que estos sistemas se deberían diseñar para proporcionar a toda la población el acceso a los servicios sanitarios necesarios y de calidad suficientes para que sean eficaces. El segundo objetivo consistía en garantizar que el uso de los servicios no provoque dificultades financieras a la población.

Sin embargo, la realidad nos muestra que, actualmente, muchos países siguen sin tener esos dos objetivos como prioritarios en sus agendas de salud. Dentro de todas las posibilidades existentes, el sistema más inequitativo y el que más problemas sani-

5. Estadísticas sanitarias mundiales 2011, Organización Mundial de la Salud
6. Informe sobre la salud en el mundo: la financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal. OMS 2010

tarios provoca es el pago directo en el momento en el que el paciente es atendido, pues los pacientes más empobrecidos no tienen recursos para acceder al servicio, por lo que no reciben la atención adecuada. Hay 1.300 millones de pobres que no pueden pagar los servicios de salud cuando están enfermos[7] y, como organizaciones sanitarias, hemos podido constatar en algunos países africanos que pacientes han muerto en las puertas de un centro sanitario por falta de recursos económicos para tener tratamiento.

La OMS propone en su informe que la financiación del sistema sanitario de todos los países tenga las siguientes características:

1.- Pagar por la salud mediante fórmulas que no impidan el acceso a los servicios

La universalidad sólo puede lograrse cuando los gobiernos cubran los gastos sanitarios de las personas que no puedan hacer frente a dichas contribuciones. En los países que se han acercado más a la consecución de la cobertura sanitaria universal, el prepago está estandarizado y se organiza a través de impuestos generales y/o contribuciones obligatorias al seguro médico. Casi todos los países tienen la capacidad de recaudar fondos adicionales para la salud, ya sea dando a la sanidad una mayor prioridad en el gasto público o bien aumentando otros ingresos adicionales (impuestos indirectos, por ejemplo). Si queremos que el sistema sea sostenible, las contribuciones de las personas e instituciones al sistema sanitario deben ser asequibles y justas, porque si no, la sociedad no podrá mantenerlo.

2.- Consolidar los fondos mancomunados de financiación y adoptar el sistema de prepago obligatorio

Es imposible conseguir la cobertura universal mediante planes de seguro cuando la afiliación a los mismos tiene carácter voluntario y mucho menos a través del pago directo. Los planes de seguro no cubren a aquellos que están dentro de la economía informal, que son muy numerosos en muchos países, y que suelen ser quienes tienen mayores problemas de salud.

3.- Utilizar los recursos de manera más eficiente y equitativa

Todos los países pueden mejorar su eficiencia, liberando así recursos necesarios que garanticen un progreso más rápido hacia la cobertura universal.

---

7. Preker A et al. Rich-poor differences in health care financing. In: Preker A, Carrin G, eds. *Health financing for poor people: resource mobilization and risk-sharing*. Washington, DC, The World Bank, 2004.

Es imprescindible apoyar a los países con sistemas sanitarios frágiles a que desarrollen sistemas de financiación adecuados. Si queremos de verdad un sistema equitativo, este cometido debe estar incluido en una estrategia global de apoyo a la función de rectoría que se base en el fortalecimiento del sistema público de salud y en la atención primaria de salud como ejes operativos del propio sistema.

3.- EVOLUCIÓN DE LOS ODM EN SALUD

La evolución del conjunto de los ODM desde la firma del compromiso en 2000 mantiene sus claroscuros. Mientras que las cifras globales invitan al optimismo, son las personas más vulnerables quienes se encuentran más lejos de alcanzar los objetivos, aunque se haya demostrado que pueden existir soluciones para ellas. Hay ejemplos de países empobrecidos que han podido mejorar de forma sustancial su situación si confluyen buenas políticas, buena gestión y cooperación internacional. Ruanda, por ejemplo, ha logrado el acceso universal (definido como la cobertura de al menos el 80% de la población necesitada) al tratamiento antirretroviral y a las intervenciones que previenen la transmisión del VIH de la madre al niño.

Los líderes mundiales han desarrollado un ambicioso plan de acción en 2010 para conseguir los objetivos en 2015, que debería centrar su atención a los más vulnerables: las personas más pobres, los excluidos por razón de edad, sexo, grupo étnico o discapacidad y los que habitan en zonas rurales. África subsahariana es la región mundial que más debería centrar nuestros esfuerzos para mejorar la salud, ya que tiene los peores indicadores globales de salud.

A pesar de que no hay datos novedosos en las estadísticas sanitarias de la OMS de 2011, ni en el informe sobre los Objetivos del Milenio 2011 de Naciones Unidas (las estadísticas pertenecen a 2008 y 2009), hemos creído conveniente seguir repasando los logros y carencias que existen para la consecución de los ODM.

OBJETIVO 4: REDUCIR EN DOS TERCIOS, ENTRE 1990 Y 2015, LA MORTALIDAD DE MENORES DE 5 AÑOS

Como podemos ver en la siguiente tabla, desde 1990 se sigue progresando en la disminución de la mortalidad infantil, disminución que se ha incrementado de forma significativa desde que se pusieron en marcha los compromisos de los ODM. Todas las regiones mundiales tienen progresos, aunque debemos destacar diferentes velocidades en la lucha contra la mortalidad y en África subsahariana, donde hay mayor mortalidad, las tasas disminuyen de una forma más lenta. Globalmente, hay datos muy esperanzadores. Se ha conseguido que las cifras de mortalidad de 1990 (89 de cada 1.000 nacidos vivos) disminuyan en una tercera parte en 2009 (60 de cada 1.000

nacidos vivos)[8]. Esto supone que, actualmente, se producen al día 12.000 muertes infantiles menos que en 1990.

TABLA 1.1. TASA ANUAL MEDIA DE DISMINUCIÓN (%) DE LA MORTALIDAD MENORES 5 AÑOS 1990-1999 Y 2000-2009

Región de la OMS	1990-1999	2000-2009
Región de África	1,0	2,5
Región de las Américas	4,2	4,3
Región de Asia Sudoriental	2,7	4,0
Región de Europa	3,7	5,6
Región del Mediterráneo Oriental	1,8	2,1
Región del Pacífico Occidental	2,4	5,4
Mundial	**1,3**	**2,7**

Fuente: Estadísticas sanitarias Mundiales. OMS, 2011

En un estudio realizado en la revista PLoS (Public Library of Science) por la OMS, el Instituto de Medicina Tropical de Londres y Save the Children[9] se evidencia este avance, disminuyendo de 4,6 millones las muertes entre recién nacidos en 1990 a 3,3 millones en 2009, cifra que sigue siendo muy elevada, dado que la mayoría de estas muertes son evitables con un servicio de salud adecuado.

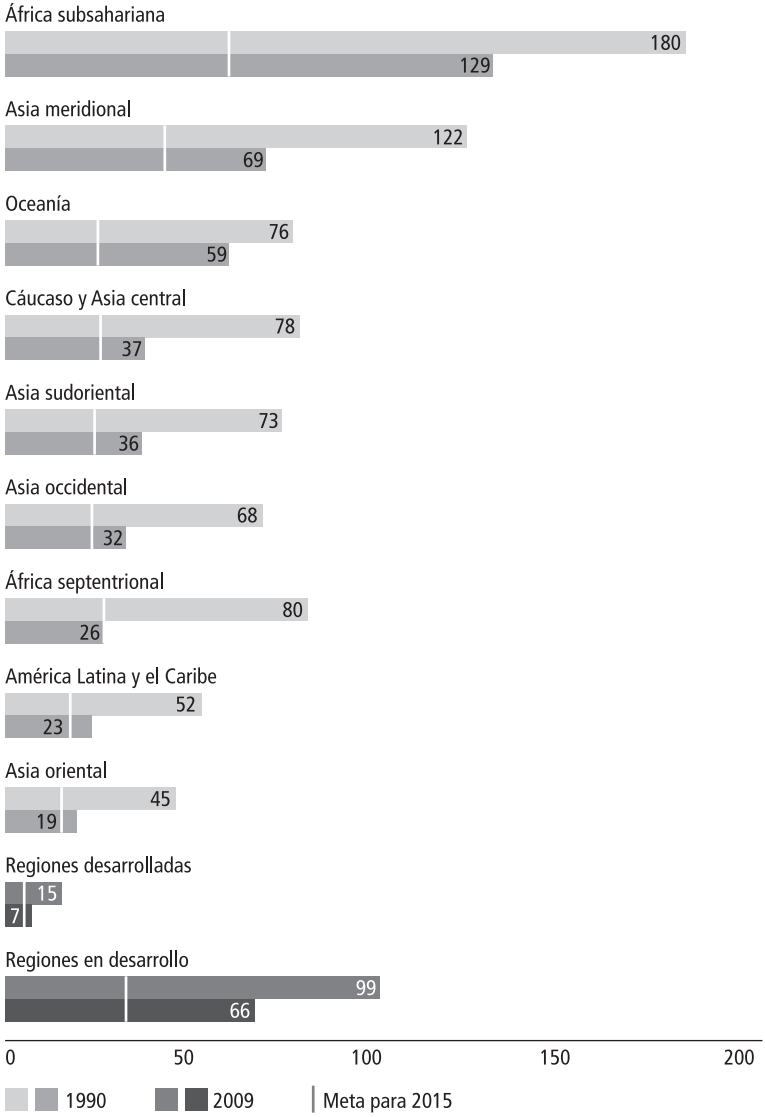
Hay ejemplos que demuestran la importancia de la unión entre una adecuada política sanitaria basada en medidas preventivas y la cooperación internacional. La cuarta parte de la disminución de la mortalidad infantil entre el año 2000 y 2008 fue debida, exclusivamente, a la disminución del sarampión, una enfermedad que era una lacra a finales del siglo XX con 750.000 muertes[10], pero que actualmente ha reducido el 78% la mortalidad gracias a los programas y campañas de vacunación. En 2009 se consiguió que, al menos, una vez sean vacunados el 82% de todos los niños y niñas de entre 12 y 23 meses. Entre el año 2000 y 2008 se han vacunado de sarampión a unos 700 millones de niños y niñas[11]. Estas vacunas son baratas, menos de 1 dólar por niño o niña vacunado, lo que ha ayudado en gran medida a su extensión. Sin

8. Objetivos de Desarrollo del Milenio: Informe 2011, Naciones Unidas
9. http://www.plosmedicine.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.1001080
10. http://misaludybienestar.blogspot.com/2009/12/disminuyen-drasticamente-muertes-por.html
11. http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs286/es/index.html

embargo, el 15% de las personas vacunadas no adquieren inmunidad con una dosis. África subsahariana, con menos del 70%, sigue teniendo bajas coberturas de vacunación contra esta enfermedad. Por este motivo, 164.000 niños y niñas mueren anualmente de sarampión en el mundo y Naciones Unidas advierte que los logros conseguidos peligran: hay actualmente un rebrote de esta enfermedad debido a la disminución de fondos para los programas de lucha contra el sarampión.

Regionalmente, donde mayores avances se han conseguido en la lucha contra la mortalidad infantil ha sido en África septentrional y en Asia oriental disminuyendo un 68% y un 58% respectivamente, aunque no es suficiente mejora para que podamos decir que la región de África subsahariana se puede equiparar al resto. De hecho, África subsahariana sigue aumentando su brecha en relación al resto de regiones. Uno de cada ocho menores de 5 años muere en esta región antes de cumplir esa edad, 129 muertes por cada 1.000 nacidos vivos. La segunda región es Asia sudoriental, con 69 muertes por cada 1.000 nacidos vivos, casi la mitad que en África. En los países denominados desarrollados la mortalidad infantil es 18 veces menos que en África subsahariana. Y sin embargo África también nos puede mostrar datos que nos animan a la esperanza: cinco de los seis países con una reducción en su mortalidad infantil de más de 100 muertes por cada 1.000 nacidos vivos desde 1990 se encuentran en ese continente.

GRÁFICO 1.1. TASAS DE MORTALIDAD DE MENORES DE 5 AÑOS ENTRE 1990 Y 2009 (MUERTOS CADA 1.000 NACIDOS VIVOS)

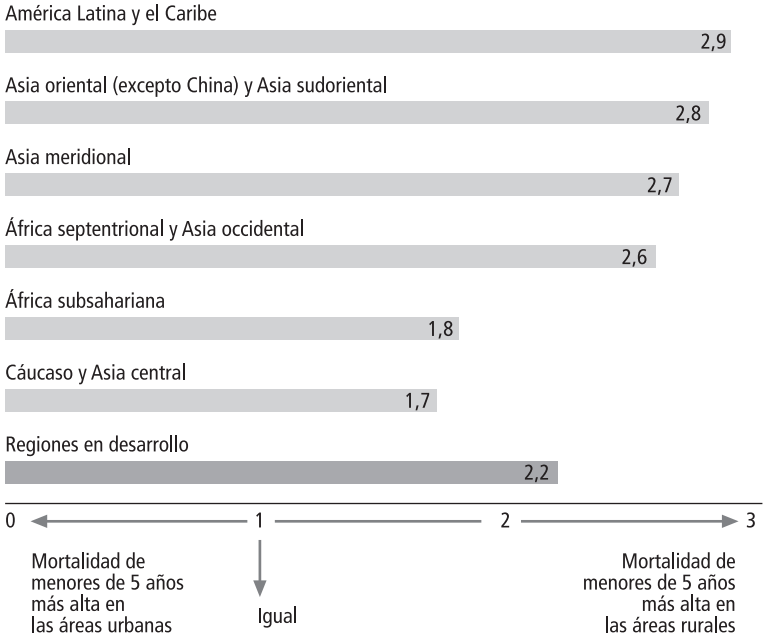


Fuente: Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe 2011

Las causas de tan elevada mortalidad son ampliamente conocidas y, sin embargo, no se han planteado soluciones definitivas. La mitad de la mortalidad infantil en África subsahariana se debe a tres enfermedades: las neumonías y las diarreas, a las que se suma la malaria. Del total de las muertes de menores de 5 años, el 41% se producen en las cuatro primeras semanas de vida y, de éstas, prácticamente todas (99%) son en países en desarrollo. En Asia meridional más de la mitad de las muertes se producen en los primeros 28 días de vida, por lo que tienen una relación muy estrecha con el parto y el cuidado postnatal. En ambas regiones, una tercera parte de las muertes se produce por desnutrición.

La inequidad referida a los porcentajes de mortalidad infantil no es solamente regional. En muchas regiones, la diferencia entre la mortalidad infantil en zonas rurales y urbanas es muy grande. Resulta significativa la diferencia en América Latina donde, a pesar de tener una mortalidad infantil relativamente baja (23 por cada 1.000 nacidos vivos), hay una diferencia del 70% entre la mortalidad urbana y rural. La pobreza y la dificultad de acceso a los servicios de salud de las zonas rurales explican estas diferencias y confirman que en América Latina existen zonas en las que hay personas muy vulnerables que merecen la atención de la cooperación sanitaria internacional. Hay otros factores no sanitarios que explican en parte la inequidad en los indicadores de mortalidad infantil. La pobreza, como vemos en el siguiente gráfico, es un elemento crucial, si no el más importante, para explicar la inequidad en el acceso a los servicios de salud. El riesgo de morir antes de los 5 años en un hogar pobre es más del doble que en uno rico. Otra variable que debemos destacar es la educación. En el Informe sobre los Objetivos del Milenio 2011, Naciones Unidas destaca la importancia de la educación de las madres en la supervivencia de los niños y niñas hasta 5 años. El "efecto protector" de la educación aumenta exponencialmente cuando la educación de la mujer alcanza el grado de secundaria o superior en los países en desarrollo, teniendo estas menos de la mitad de las tasas de mortalidad infantil en sus hijos e hijas que aquellas mujeres sin estudios.

GRÁFICO 1.2. RELACIÓN ENTRE TASA DE MORTALIDAD INFANTIL EN LOS HOGARES MÁS POBRES Y LOS MÁS RICOS 2000/2008



Fuente: Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe 2011

Estos datos permiten reafirmarnos en la idea de que si queremos una disminución real y sostenible de la mortalidad infantil, tendremos que abordar de forma integral y multidisciplinar los problemas de salud, siendo la nutrición, el agua, la educación y pobreza factores que se deben tener en cuenta a la hora de desarrollar las políticas de salud. Además, y pese a los avances conseguidos, es absolutamente necesario que el continente africano sea prioritario para la cooperación internacional, sin olvidar que en cada región existen especificidades que también deben contemplarse si queremos lograr la disminución de la mortalidad infantil sin aumentar las inequidades existentes.

La mortalidad materna es otro indicador que ha tenido grandes avances desde 1990, pero está muy lejos de alcanzar su objetivo. En 1990 la mortalidad era de 440 madres por cada 100.000 nacidos vivos, y según los datos de 2009 esta cifra desciende a 290 por cada 100.000 nacidos vivos. Sin embargo, es más del doble de las 110 madres por cada 100.000 nacidos vivos que se propuso como meta.

La mortalidad materna se sigue concentrando en África subsahariana y Asia meridional, con el 87% del total de las muertes. Mientras que en Asia meridional la mejora en la tasa de mortalidad materna alcanza el 56%, en África solo llega a un 26%, a todas luces insuficiente para lograr las metas previstas en 2015.

Conviene tener en cuenta que, al igual que la mortalidad infantil, la mayoría de las muertes maternas son evitables con un sistema de salud adecuado, aunque hay factores que la condicionan. El número de hijos, la educación, la edad y la discriminación de género aumentan la mortalidad materna.

EL PERÚ ESTA CRECIENDO, PERO LAS BRECHAS SOCIALES Y DE GÉNERO TAMBIÉN

Rocío Gutiérrez Rodríguez
Movimiento Manuela Ramos, Perú

Ha sido evidente en la última década para quienes visitan o se acercan a la realidad peruana los signos del crecimiento económico y del equilibrio financiero alcanzado. Sin embargo a pesar de la mejora económica las desigualdades se han incrementado, fundamentalmente en las zonas rurales, y dentro de estas, en la selva rural y la situación de salud refleja las grandes brechas sociales y económicas[1], como parte del escaso gasto público en salud respecto a nuestro PBI (apenas el 1.17%).

Los avances a nivel de democratización y modernización del país dejan aún como desafío que estos procesos se expresen en mayores y mejores oportunidades para las mujeres, adolescentes, niñas y mujeres de la tercera edad. Sin embargo la persistencia de las brechas de género en todos los ámbitos no afecta por igual a todas las mujeres: son las mujeres pobres, indígenas, cuyo idioma materno no es el español, que viven en las zonas rurales, las más excluidas entre los excluidos[2].

La igualdad de género en la situación de salud se refiere a la eliminación de diferencias evitables entre hombres y mujeres en cuanto a sus oportunidades de obtener y mantener su salud y por lo tanto desde esta perspectiva significa considerar como determinantes sociales de la salud al menos los siguientes:

- Las causas evitables de enfermedad y muerte que son diferentes en mujeres y hombres.
- La pobreza afecta desproporcionadamente a la salud y supervivencia de las mujeres.

- Las mujeres tienen una mayor necesidad de servicios de salud que los hombres, debido principalmente a su rol biológico en lo reproductivo[3].

Es decir consiste en evaluar las relaciones de desigualdad entre hombres y mujeres en torno a la distribución de los recursos, las responsabilidades y el poder para ejercer el derecho humano a la salud.

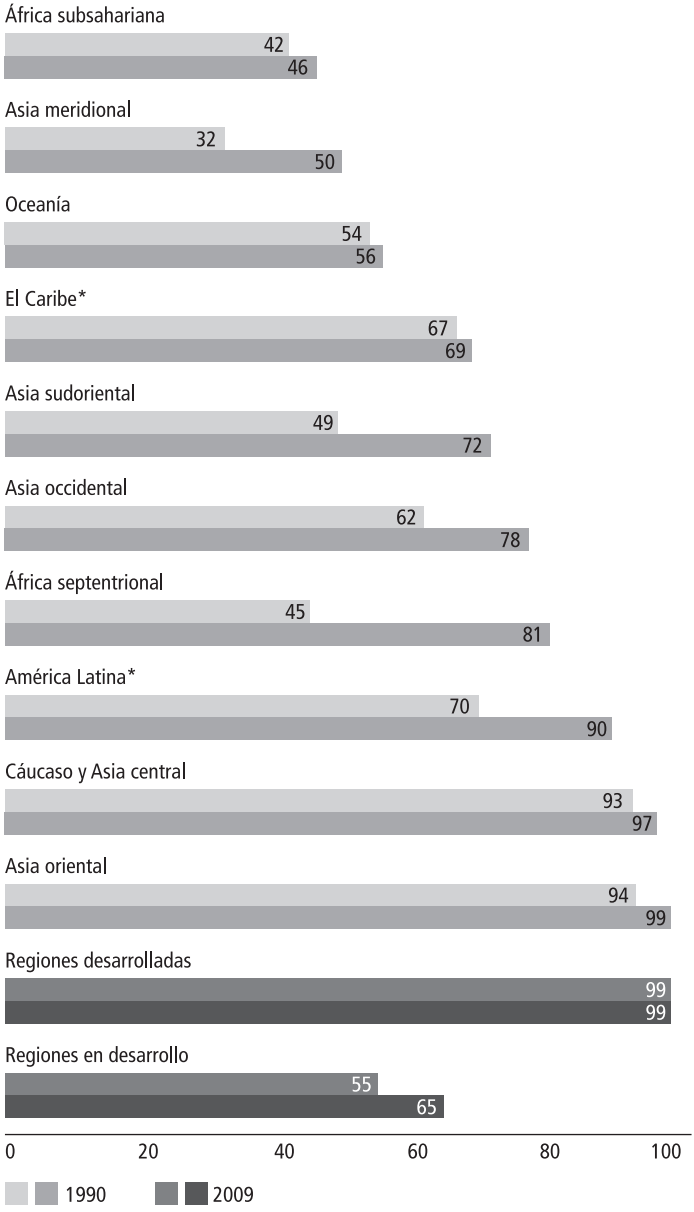
En el Perú podríamos identificar al menos dos aspectos que se constituyen en barreras que impactan de manera decisiva en la salud y bienestar de las mujeres: por un lado están los factores de exclusión y pobreza que se suman al género y por otro las que tienen que ver con los factores ideológico-religiosos que restringen derechos y acceso a servicios, particularmente a los servicios de salud sexual y reproductiva.

Los primeros se han visto expresados en la prevalencia de alta mortalidad materna entre las mujeres de zonas más alejadas, de lenguas originarias y las más pobres, así como una persistente cifra de maternidad adolescente ligada al nivel educativo, la ruralidad y la pobreza. Los segundos factores se han plasmado en las restricciones impuestas a las mujeres para acceder al aborto terapéutico, legal en el país desde 1924 y la despenalización de otras causales de aborto, responsable del 20% de la mortalidad materna, así como la prohibición de la distribución gratuita por parte del Estado de la anticoncepción oral de emergencia, con su impacto en el ejercicio de derechos de las mujeres mas pobres del país.

---

1. Monitoreo sanitario desde la sociedad civil, Observatorio de la Salud CIES, 2011
2. ¿Qué cambió para las mujeres en el Perú? Informe de seguimiento a los compromisos adquiridos en la Plataforma de acción de Beijing- Perú Beijing +15 MESAGEN, 2011.
3. En: http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v11n5-6/10734.pdf, visitada el 21 de octubre 2011

GRÁFICO 1.3. PORCENTAJE DE PARTOS ASISTIDOS POR PERSONAL SANITARIO 1990 Y 2009



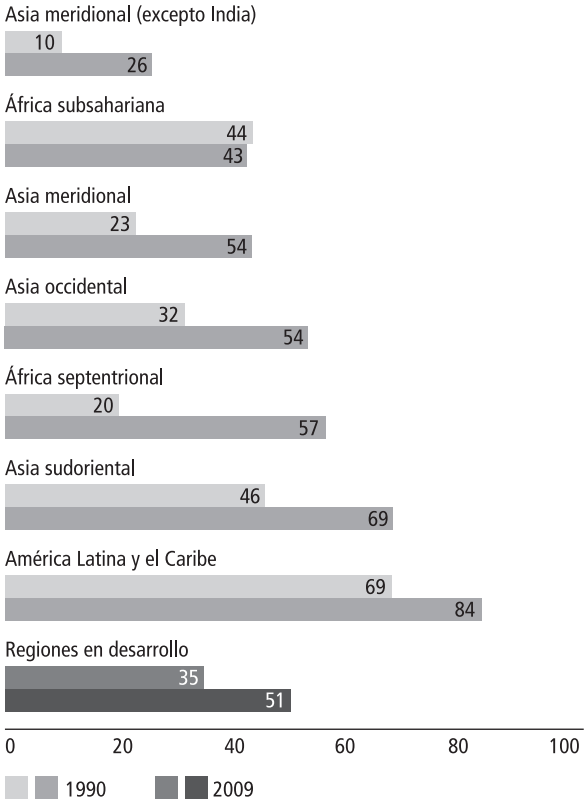
* Incluye sólo partos ocurridos en instituciones sanitarias.

Fuente: Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe 2011

La salud reproductiva tiene tres fases: la prenatal, el parto y la postnatal. La prenatal es muy importatea a la hora de prevenir riesgos para la madre y el feto. Se recibe educación sanitaria sobre embarazo, parto y postparto (lactancia), e incluso se puede prevenir ciertas enfermedades, como la malaria a través del tratamiento intermitente antipalúdico, o la transmisión del VIH al recién nacido. Cada vez más mujeres tienen acceso a las consultas prenatales. En 2009, el 81% de las embarazadas recibieron al menos una consulta prenatal, por el 64% en 1990. Sin embargo, el número de consultas adecuadas para controlar el embarazo y parto no tiene un consenso universal y dependería de si es un embarazo de riesgo o no y sobre todo del protocolo del sistema de salud local. Parece demostrado que los embarazos de bajo riesgo no necesitan ocho controles antes del parto, que con cuatro son suficientes[12], pues no hay diferencias ni en bajo peso ni en anemias ni en estancia hospitalaria postparto entre quienes tienen entre 8 y 11 consultas y quienes tienen entre 3 y 6[13]. La disminución de consultas puede suponer un gran ahorro en los sistemas de salud que lleven más de 4 controles; sin embargo, en los países más vulnerables hay pocas mujeres que reciban esos 4 controles prenatales mínimos necesarios. A pesar de los avances, en el conjunto de los países en desarrollo apenas alcanzan el 50% de las mujeres, siendo Asia meridional (con más muertes maternas) donde menos mujeres reciben esa atención, 26% en 2009.

12. Villar J, Carroli G, Khan-Neelofur D, Piaggio G, Gülmezoglu M. Patrones de control prenatal de rutina para embarazos de bajo riesgo. *Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas* 2007, Número 4, artículo n.º: CD000934. DOI: 10.1002/14651858.CD000934.
13. http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1020-49892001000500012&script=sci_arttext

GRÁFICO 1.4. PROPORCIÓN DE MUJERES ENTRE 15-49 AÑOS QUE RECIBEN AL MENOS 4 CONSULTAS PRENATALES



Fuente: Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe 2011

Existe también falta de acceso a servicios de planificación familiar que afecta claramente a la salud materna. No es de extrañar que en las regiones con mayor índice de mortalidad materna apenas el 20% de las mujeres entre 15 y 49 años hayan usado algún anticonceptivo. Esta falta de acceso a servicios de planificación familiar no es un problema sanitario, sino que también es un problema de género. Más de 120 millones de mujeres de entre 15 a 49 años en el mundo (el 7% del total de mujeres de esa edad[14]) tienen insatisfechas sus necesidades en materia de planificación familiar.

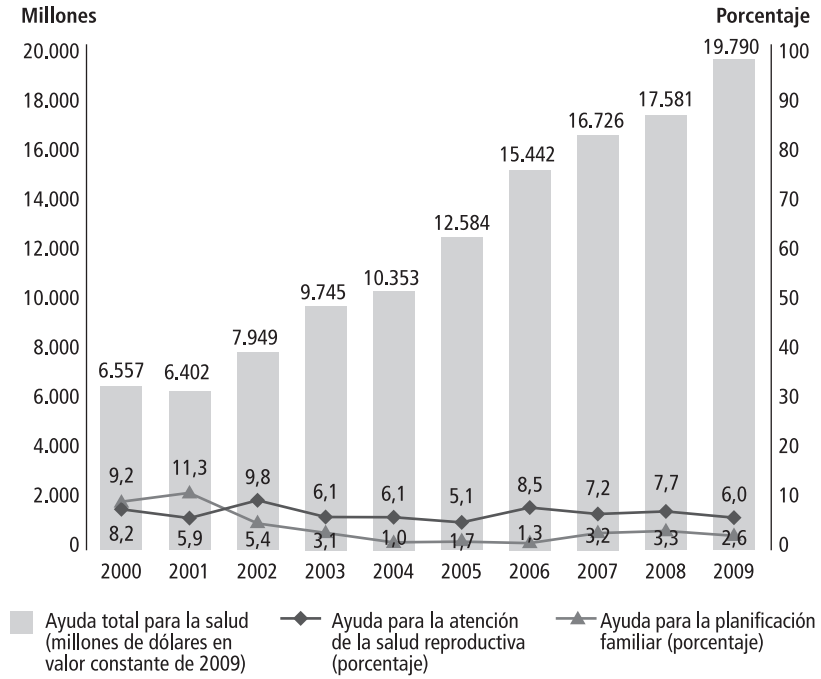
14. http://www.prb.org/pdf05/WomenOfWorld05_SP.pdf

Las adolescentes utilizan menos los anticonceptivos que las mujeres adultas, aunque tengan igual porcentaje de demandas insatisfechas. La formación, la información y la capacidad de decisión de las adolescentes son muchas veces menor que del resto de mujeres, lo que provoca que haya un aumento en el número de embarazos de adolescentes con los riesgos que conllevan. Las adolescentes tienen mayor riesgo de sufrir hipertensión, desproporción céfalo-pelviana en el parto, anemia y aborto[15]. Aunque, actualmente, las mujeres tienen menos hijos, el número de embarazos de adolescentes está creciendo. La fecundidad adolescente (número de alumbramientos por cada 1.000 mujeres de 15 a 19 años) es muy alta en África subsahariana, 122 partos por cada 1.000 adolescentes, apenas ha disminuido desde 1990, cuando la cifra era de 124 por cada 1.000. América Latina le sigue con 82 partos por cada 1.000.

Paradójicamente, el número de mujeres en los países en desarrollo ha aumentado el 50% desde 1990 y la cooperación internacional en planificación familiar disminuye tanto en porcentaje como en cifras absolutas. En el año 2000 el porcentaje de la ayuda en salud que se destinaba a planificación familiar era del 9,2%, mientras que en 2009 era de 2,6%, lo que supone pasar de 603 millones en dólares constantes de 2009 a 519 millones. Estos datos podrían explicarse por la creciente influencia de ciertas ideologías y creencias en las políticas de salud, que están en contra de cualquier tipo de planificación familiar, incluso confundiéndola con el aborto, lo que provoca drásticas reducciones en la ayuda a la planificación familiar; sin embargo, no se explica la reducción porcentual en atención en salud reproductiva, que es atención al embarazo y parto. En 2000 el porcentaje destinado a salud reproductiva alcanzaba el 8'2% del total de la ayuda en salud, mientras que en 2009 fue del 6% y, a pesar de que en cifras absolutas aumenta de forma considerable, casi duplicando las cifras de 2000, no aumenta proporcionalmente al crecimiento que tiene en estos años la AOD sanitaria, ni a su relevancia dentro de la carga mundial de enfermedad. Estos datos nos confirman que la comunidad internacional se ha volcado en la lucha contra ciertas enfermedades, pero no ha tenido el mismo interés en acabar con los problemas de salud de la mujer.

15. http://info.k4health.org/pr/prs/sj41/sj41chap2_3.shtml

GRÁFICO 1.5. AOD EN SALUD TOTAL Y PORCENTAJE DESTINADO A SALUD REPRODUCTIVA Y PLANIFICACIÓN FAMILIAR



Fuente: Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe 2011

Si las cifras nos están demostrando que el ODM 5 es uno de los de más difícil consecución, ¿por qué no mejora la situación? Es evidente que este ODM depende mucho del desarrollo del sistema local de salud, y donde los sistemas son frágiles es muy difícil que se pueda producir una mejora de la salud materna. La mejora de la salud materna es un problema que trasciende el ámbito sanitario. Debemos tener en cuenta que las políticas y estrategias destinadas a mejorar la salud materna están supeditadas a diversos intereses no exclusivos de la salud porque los problemas de salud de la mujer no se dan exclusivamente por ser madre, están íntimamente ligados a la inequidad de género. Si queremos mejorar la salud de la mujer es más adecuado trabajar en salud sexual y reproductiva, lo que obliga a trabajar bajo el enfoque de derechos más que a tener una visión exclusivamente sanitaria.

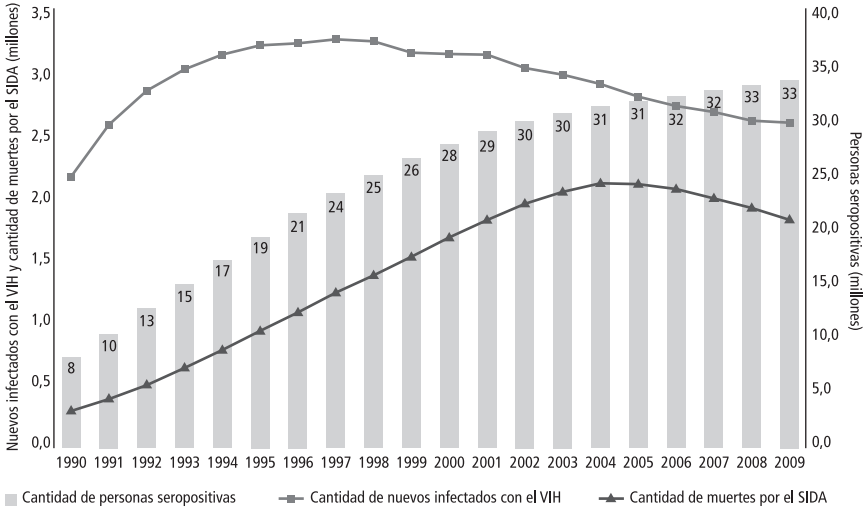
3.1. VIH/SIDA

Hay dos metas relacionadas con el VIH/sida en los ODM: haber detenido y comenzado a reducir la propagación del VIH/sida para 2015 y lograr el acceso universal de tratamiento del VIH/sida para el año 2010. Es importante destacar que son metas muy diferentes. La meta de reducir la propagación del VIH/sida no plantea el grado de reducción que sería el mínimo necesario y, por lo tanto, es difícilmente cuantificable. La segunda meta no solo es cuantitativa sino que adelanta en cinco años su consecución, aunque se puede adelantar que va a ser imposible cumplirla.

Es cierto que la tasa de incidencia (nuevos casos) de esta enfermedad ha disminuido casi el 25% en todo el mundo, pero sigue sin ser suficiente como para decir que estamos controlando la enfermedad. A pesar de que la tasa de incidencia en África subsahariana bajó del 0,57% en 2001 al 0,40% en 2009 (o sea 4 de cada 1.000 adultos de entre 15 y 49 años son nuevos infectados por VIH), sigue siendo la región más afectada por esta enfermedad. El número de nuevas personas infectadas por el VIH en 2009 alcanzó los 2,6 millones, de los cuales casi el 70%, 1,8 millones, eran africanas y no se trata solo de personas adultas. En África viven actualmente más de 2,3 millones de niños y niñas menores de 15 años con VIH, el 92% del conjunto de niños y niñas infectadas en el mundo y, lo que es más grave, se mantiene esta tendencia en el tiempo. En 2009 se producían en África 330.000 nuevas infecciones de los 370.000 de menores de 15 años que se infectaron ese año en el mundo. Se sabe que con terapias antirretrovirales combinadas, la posibilidad de transmisión entre madre e hijo disminuye más del 90%, pero la accesibilidad a estos tratamientos es muy escasa en África. Cada día se infectan 7.000 personas, de las que 1.000 son menores de 15 años. Al afectar principalmente a población joven de entre 15 y 49 años, esta enfermedad tiene otras consecuencias sociales en la infancia. Existe un altísimo número de huérfanos debidos al sida. En 2009, 16,6 millones de niños (14,8 millones en África) se quedaron huérfanos de padre, madre o de ambos.

El número de personas que viven con VIH/sida se mantiene estable: 33,3 millones en 2009, lo cual es debido a que, aunque hay menos nuevos casos, la mortalidad por esta enfermedad está disminuyendo (el 19% entre 2004 y 2009) y, por lo tanto, los enfermos viven más tiempo. Gracias a los esfuerzos de la comunidad internacional, en el citado periodo, las personas que accedieron a tratamiento se multiplicaron por 13.

GRÁFICO 1.6. CANTIDAD DE PERSONAS SEROPOSITIVAS, CANTIDAD DE NUEVOS INFECTADOS CON EL VIH Y CANTIDAD DE MUERTES POR SIDA EN TODO EL MUNDO*, 1990-2009 (MILLONES)

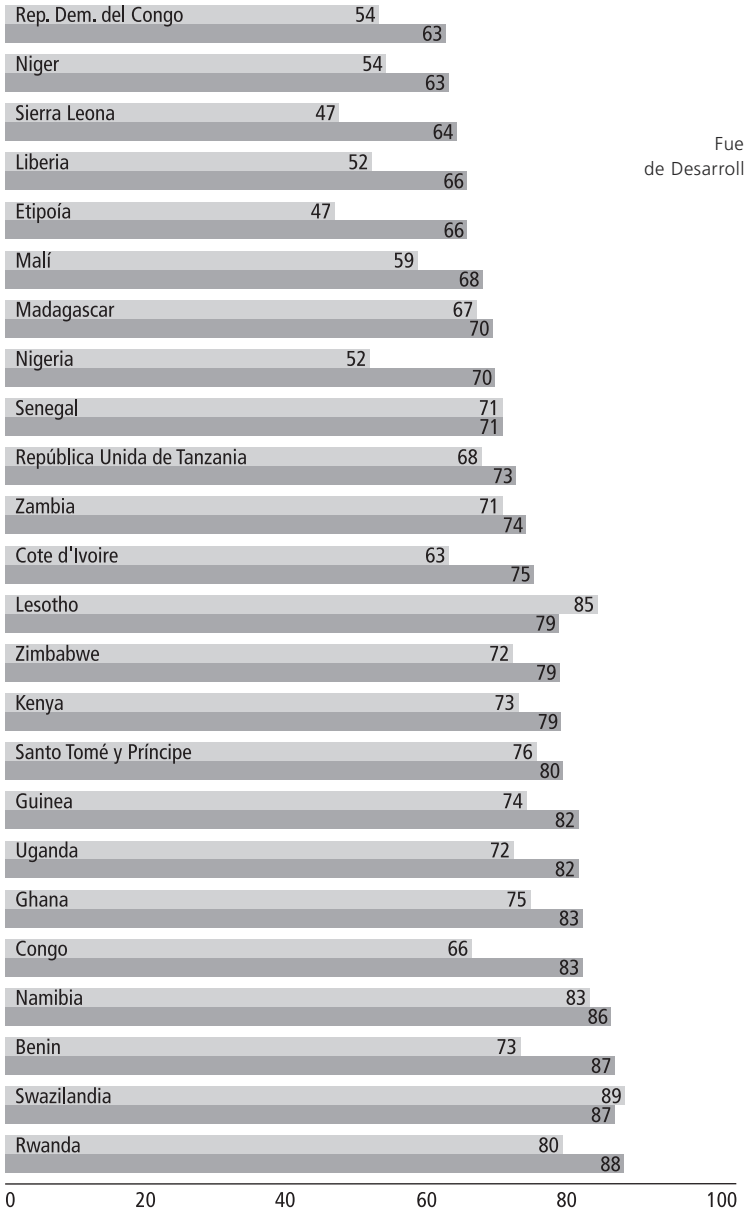


Fuente: Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe 2011

Aunque África es el continente más afectado por esta enfermedad, no podemos olvidar que el sida afecta a otras regiones. 10,8 millones de personas que viven con VIH/sida no son de África subsahariana, por ejemplo en la región del Cáucaso y Asia central el número de nuevos casos no decrece, sino que aumenta.

A pesar de que es una enfermedad muy extendida, sorprende la falta de conocimiento que sobre los mecanismos de transmisión y de protección se tienen todo el mundo. No es lógico que en algunos países africanos el 50% de su población no conozca que el preservativo puede ayudar a prevenir esta enfermedad, mientras que en otros se alcance casi el 90%. Aunque los sistemas de salud de los países más desinformados deberían priorizar campañas de formación e información para revertir este problema, el conocimiento no es la única barrera que explica por qué no se usa el preservativo. Por ejemplo, en la República Democrática del Congo, donde poco más de la mitad de las mujeres y el 63% de los hombres conocen que pueden disminuir el riesgo con su uso, solamente usan el preservativo en relaciones de riesgo el 17% de las mujeres y el 27% de los hombres. En Nigeria, donde aproximadamente las mismas mujeres tienen conocimiento de su uso, se multiplica por dos las que lo utilizan hasta alcanzar el 36%. La pobreza, el género, las áreas rurales y los condicionantes sociales y religiosos son factores que determinan un menor conocimiento y uso del preservativo.

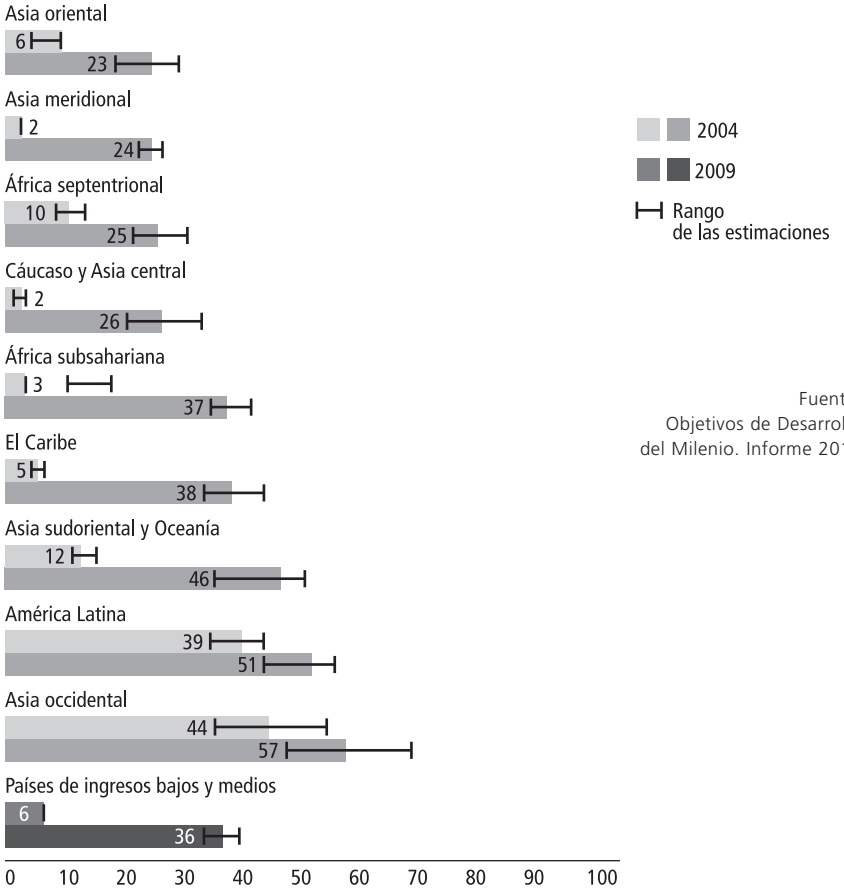
GRÁFICO 1.7. PROPORCIÓN DE MUJERES Y HOMBRES DE 15 A 24 AÑOS QUE SABEN QUE PUEDEN REDUCIR EL RIESGO DE CONTAGIARSE CON EL VIH SI USAN PRESERVATIVOS EN SUS RELACIONES SEXUALES; PAÍSES SELECCIONADOS, 2005/2009 (PORCENTAJE)



Fuente: Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe 2011

En cuanto al acceso al tratamiento, en el siguiente gráfico podemos observar cómo, a pesar del gran avance conseguido, el acceso universal para 2010 es imposible de conseguir, más aún con la crisis económica mundial actual. Debemos recordar que el VIH/sida es una enfermedad que con el tratamiento adecuado se convierte en una enfermedad crónica, pero que estos enfermos deben tener acceso a tratamiento toda su vida, por lo que cuando haya estrategias de lucha, no se pueden olvidar establecer mecanismos de sostenibilidad. En 2009, solo el 36% de los infectados por el virus tiene tratamiento pero, como ya hemos comentado, este impulso se ha debido a programas verticales que actualmente ven peligrar su continuidad.

GRÁFICO 1.8. PORCENTAJE DE LA POBLACIÓN PORTADORA DEL VIH QUE RECIBE TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL, 2004 Y 2009



Fuente: Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe 2011

30 AÑOS DEL DESCUBRIMIENTO DEL VIRUS DEL SIDA

Prosalus, Médicos del Mundo, medicusmundi

El primer caso de VIH/sida, la última pandemia global, se diagnosticó hace ya 30 años[1], en este tiempo se han diagnosticado 60 millones de casos de la enfermedad que ha causado más de 22 millones de muertes y ha supuesto graves consecuencias sociales y económicas en muchos países.

El 5 de junio de 1981 el Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos publicó el primer caso de VIH/sida y lo describió como una "neumonía letal" que se propagaba entre los homosexuales. A finales de 1981 ya se habían detectado 121 casos y comenzaban a diagnosticarse en Europa. En España el primer caso se conoció en octubre de 1981, en Barcelona. No fue hasta 1983, cuando los doctores Montaigner y Barré-Sinoussi del Instituto Pasteur en París describieron un retrovirus, que se empezó a conocer la causa de la enfermedad. En 1986 el retrovirus se denominó virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), nombre con el que se le conoce hasta la fecha. Por esos años se supo que el virus podía estar hasta 10 años en el paciente infectado sin dar síntomas, por lo que los enfermos podían haber estado infectados durante años sin saberlo. Este hecho ayudó a su rápida propagación en el mundo en los primeros años y ha seguido extendiéndose: de cerca de 8 millones en 1990, hasta 33 millones en la actualidad. Además del desconocimiento científico, ha habido más causas que explican su rápida propagación, como la forma en que se ha respondido a la enfermedad.

Al principio se propagó más entre la comunidad homosexual y entre los consumidores de drogas intravenosas al compartir jeringuillas. Por este motivo, parte de la sociedad occidental asumió la enfermedad como una plaga de consideraciones "bíblicas" que castigaba exclusivamente a homosexuales y drogadictos y, por lo tanto, el resto era inmune a esta enfermedad, cosa que el tiempo ha demostrado totalmente falso y ha favorecido su expansión.

Uno de los mayores problemas para poder luchar contra el VIH/sida también ha sido la reticencia de gran parte de la población al uso del preservativo en sus relaciones sexuales, cuando es la medida protectora más eficaz. Diversas religiones estaban en contra de su uso debido a que creían que fomentaba la promiscuidad e incluso dudaban de su eficacia demostrada para evitar la transmisión de la enfermedad en las relaciones sexuales. Otros condicionantes socioculturales también han favorecido la propagación del VIH/sida. En el continente africano, el más afectado, se consideraba poco masculino el uso del preservativo, ya que la fertilidad es algo muy considerado socialmente, e incluso en algunos lugares se tenía la creencia de que el preservativo favorecía la esterilidad. El desconocimiento sobre la enfermedad ha sido predominante en la población general. La ministra de salud de Sudáfrica en 2006 provocaba la confusión entre la población –la de mayor proporción de infectados del mundo– al asegurar que los tratamientos antirretrovirales occidentales eran dañinos para la salud y promulgaba la utilización del ajo y la remolacha para luchar contra el VIH/sida, cuando la comunidad científica internacional aseguraba que no había pruebas de que estos alimentos protegieran de la infección[2]. Esta política se basaba en la creencia extendida entre algunos pseudocientíficos que el VIH no se transmite por las relaciones sexuales. Solamente el **20% de las jóvenes de las regiones en desarrollo tienen un conocimiento amplio y correcto sobre el VIH**; con estos condicionantes no es de extrañar que el 41% de los nuevos casos sigan siendo en 2009 jóvenes de entre 15 y 24 años.

Además del desencuentro entre la ciencia y las creencias, quizás los dos factores más importantes en cuanto a la propagación de la enfermedad han sido el estigma y las inequidades de género.

El desconocimiento que había sobre todo en cuanto a los mecanismos de transmisión y el miedo a contagiarse (incluso al principio algunos sanitarios se negaban a tratar a estos enfermos), así como las implicaciones sociales que se le achacaban –estar enfermo para la sociedad significaba ser homosexual, drogadicto, o promiscuo–, provocó que a los enfermos se les estigmatizara y se les alejara de la sociedad. Como efecto secundario, personas que sospechaban que estaban infectadas no se hacían la prueba para no corroborar la realidad y no ser apartados de su entorno social. El estigma se mantiene actualmente, a pesar de las campañas de sensibilización para normalizar la situación de las personas infectadas.

Las inequidades de género han provocado que una enfermedad que en sus principios fue casi exclusivamente masculina revierta la tendencia con los años y ahora tenga un ligero predominio femenino, siendo mujeres más del 51% de las personas adultas que viven con VIH. La mujer, sobre todo en países en desarrollo, sufre una triple vulnerabilidad ante la enfermedad: la vulnerabilidad biológica, al tener mayor facilidad para infectarse en una relación sexual con un hombre con VIH, que viceversa; la vulnerabilidad económica, al no poder en muchos casos contar con recursos económicos propios incluso aunque trabaje, ya que lo gestiona su pareja, lo que impide acceso a los tratamientos, medidas preventivas y de apoyo; por último, la vulnerabilidad social, que le impide en muchas sociedades tomar decisiones que afectan a su salud como el uso o no de preservativo, o poder ir por su cuenta a los servicios médicos.

Bibliografía:
1. AIDS at 30: Nations at the crossroads, ONUSIDA
2. http://www.elpais.com/articulo/reportajes/ajo/limon/curan/sida/elpdomrpj/20060917elpdmgrep_4/Tes

3.2 PALUDISMO Y OTRAS INFECCIONES GRAVES

La otra meta del objetivo plantea detener y comenzar a reducir para 2015 la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves, aunque básicamente se centra en la tuberculosis.

El paludismo o malaria es una enfermedad infecciosa que con medidas preventivas y diagnósticas eficaces y un tratamiento accesible a la población se puede controlar, incluso erradicar. Donde se ha centrado más la cooperación internacional en los últimos años ha sido en multiplicar las mosquiteras impregnadas en insecticida como medida para evitar las picaduras, en el acceso a terapias combinadas de artemisina, y en el campo de la investigación, en posibles vacunas contra la enfermedad, medidas que han hecho disminuir la mortalidad y la morbilidad causada por la enfermedad. Entre 2000 y 2009, las muertes por paludismo cayeron en todo el mundo aproximadamente el 20% (de casi 985.000 a 781.000), y los casos bajaron de 233 millones a 225 en ese mismo periodo. En total, 11 países y un área de la región de África mostraron una reducción superior al 50% en el número de casos confirmados de malaria o en el de ingresos y defunciones por esta enfermedad entre 2000 y 2009. La malaria, al igual que el VIH/sida, puede ver recortados sus logros si no se mantiene

el impulso actual. De hecho, en 2009, en Ruanda, Santo Tomé y Príncipe y Zambia el número de casos se ha incrementado, cuando en años anteriores se había producido una reducción.

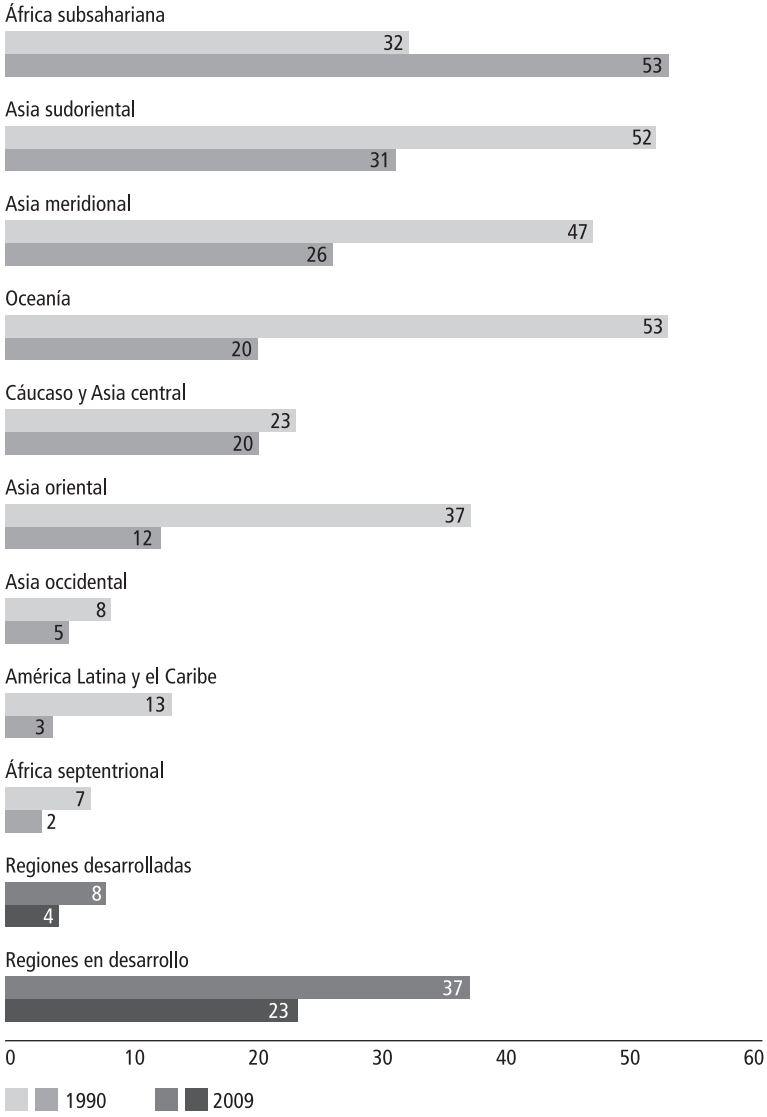
Entre 2008 y 2010 se distribuyeron en África subsahariana 290 millones de mosquiteras, que cubrían el 76% de los 765 millones de personas que en 2010 corrían riesgo de contagio. No solo se ha aumentado su distribución, sino también su uso, especialmente en zonas rurales, una de las causas que los niños africanos de las áreas rurales y de las urbanas tengan la misma posibilidad de dormir protegidos por mosquiteros impregnados de insecticida. Con respecto a otras acciones preventivas como es la posible vacuna, las diferentes investigaciones siguen su curso, a la espera de contar con una vacuna eficaz y eficiente a medio plazo.

El tratamiento actual más eficaz es una terapia combinada de artemisina y otros medicamentos. Sin embargo, para realizar un tratamiento adecuado es vital tener un buen diagnóstico, no podemos quedarnos con el diagnóstico basado en la exploración física, que puede ser tan inespecífico como ver a un paciente con fiebre alta y sudoración. El diagnóstico más eficaz, extendido y simple se basa en la gota gruesa, un método que no requiere tecnología compleja: un microscopio y tinciones específicas. La prevalencia de la malaria es tan grande en muchos países que no cuentan, sobre todo en las zonas rurales, con medios diagnósticos que toda fiebre en los menores de 5 años se diagnostica como paludismo, obviando otras posibilidades muy frecuentes, como las infecciones respiratorias agudas. En Uganda, por ejemplo, hemos podido constatar directamente que se acepta utilizar exclusivamente el diagnóstico clínico para definir la enfermedad de un niño o niña como malaria, lo que puede llevar a errores diagnósticos. El 38% de los niños y niñas con fiebre en África fueron tratados con antipalúdicos, y conviene tener en cuenta que la clínica de la malaria suele ser muy inespecífica (fiebre elevada, náuseas, sudoración alta…). De hecho, la mayor parte de las veces la fiebre de los menores de 5 años no es debido a esta enfermedad. Es necesario que los medios diagnósticos, que no son demasiado complejos se extiendan y se utilicen con más asiduidad en las zonas rurales, pues reducirá de forma importante el gasto en tratamientos inútiles, así como la morbilidad y mortalidad en infantil.

En cuanto a la tuberculosis, la tasa de incidencia está mejorando desde el año 2004, aunque de forma muy leve. En 2004, la tasa de incidencia era de 142 casos cada 100.000 nacidos vivos y en 2009 descendió a 137. El número absoluto de casos sigue siendo demasiado alto. En 2009 se estimó que hubo 14 millones de nuevos casos, el 12% afectados por VIH. Asia es el continente con mayor número de nuevos casos (55%); por países China e India tienen el 35% de todos los nuevos casos. Siguen Sudáfrica, Nigeria e Indonesia. El diagnóstico también es un problema: solamente el 63% de los casos estimados fueron diagnosticados en 2009.

La mortalidad por la enfermedad está descendiendo, cayendo más de un tercio desde 1990. Mueren 26 personas por cada 100.000, 1.700.000 personas al año, cuando existen tratamientos adecuados contra la enfermedad. La estrategia "Stop TB" ha conseguido dispensar medicamentos a millones de enfermos, por lo que hay expectativas de que, si los esfuerzos no disminuyen, se pueda conseguir la meta de disminuir a la mitad la mortalidad por tuberculosis en 2015, como vemos en la siguiente gráfica. A pesar de estos logros, queda mucho por hacer. En una tercera parte de los casos no se usa la estrategia adecuada, la mortalidad asociada a los enfermos de VIH es muy alta (el 32% de las muertes totales por tuberculosis) y el 90% de los pacientes que sufren tuberculosis multirresistente no se diagnostica ni se trata según las normas internacionales.

GRÁFICO 1.9. CANTIDAD DE MUERTES POR TUBERCULOSIS POR 100.000 PERSONAS (EXCLUIDAS PERSONAS CON EL VIH), 1990 Y 2009



Fuente: Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe 2011

3.3. Evolución de otros ODM

La disminución de la pobreza sigue siendo la meta general de la cooperación internacional. Estamos en camino de superar la meta de reducir la pobreza mundial hasta el 23%, a pesar de las distintas crisis de los últimos años, alimentaria, energética y económica. Con la tendencia actual, incluso se puede alcanzar un nivel de pobreza del 15%. Este dato es muy engañoso porque refleja sobre todo el crecimiento asiático, especialmente de China, donde se espera que la pobreza descienda al 5%. En África, sin embargo, las previsiones más optimistas esperan que la pobreza extrema alcance al 36% de su población. Según la Organización Internacional del Trabajo, uno de cada cinco trabajadores y sus familias en el mundo viven en pobreza extrema.

La reducción de la pobreza mundial no tiene las consecuencias positivas previstas. Se supone que con menos pobreza se genera más empleo y, sin embargo, los datos que aparecen en el informe sobre los ODM 2011 nos muestran que el empleo se estanca. Otro elemento que debiera disminuir al reducirse la pobreza es la proporción de personas en países en desarrollo que sufren hambre y se mantiene estable en el 16%, debido, en parte, al incremento de los precios de los alimentos, pero no podemos olvidar que se deben revisar las políticas existentes en el acceso a los alimentos por parte de los países más empobrecidos. Asia meridional es, con el 43%, la región mundial con mayor proporción de menores de 5 años cuyo peso está por debajo de lo normal, seguida de África subsahariana con el 22%. Existen multitud de factores que afectan al peso, no solo el acceso a alimentos. La falta de saneamiento, las prácticas alimenticias inadecuadas o la falta de nutrición materna son algunas de las más importantes. Otro elemento que debemos tener en cuenta son los desplazamientos masivos por conflictos o persecución. A finales de 2010 había 43 millones de personas desplazadas en el mundo, las cuales tienen mayor dificultad de acceso a sanidad, nutrición o educación.

En cuanto a la promoción de la equidad de género y el empoderamiento de la mujer, elementos imprescindibles en la mejora de la salud sexual y reproductiva, a pesar de las mejoras, aún hay mucho por hacer. Se ha mejorado el acceso de las niñas a la educación primaria y secundaria, aunque no se ha alcanzado la paridad de género en el mundo. Tampoco se ha conseguido la paridad en el empleo ni en la representación parlamentaria (solamente el 19,3%), aunque es la más alta de toda la historia.

En cuanto al agua y al saneamiento, en África septentrional y en Asia occidental se han sobrepasado los límites sostenibles de los recursos hídricos (75%), lo que puede suponer, en un futuro no muy lejano, escasez física de agua para parte de su población. Si nos centramos en el acceso a agua potable, parece que se va a conseguir la meta de reducir a la mitad las personas sin acceso a ella, pero aún seguirán siendo una de cada 10 personas en el mundo, principalmente las más pobres y las de zonas rurales, que son

quienes tienen mayores problemas de acceso. La meta de saneamiento adecuado parece que no se va a conseguir. Hay 2.600 millones de personas sin acceso a saneamiento, a pesar de que la falta de saneamiento aumenta el riesgo de transmisión de enfermedades infecciosas. En cuanto al acceso a una vivienda adecuada, aunque los porcentajes han mejorado, las cifras absolutas de personas que viven en chabolas ha aumentado.

El ODM 8 pretende fomentar una alianza para el desarrollo. La AOD alcanzó 128.700 millones de euros en 2010, el 0'32% de los ingresos nacionales del conjunto de los países desarrollados, más del doble que en el año 2000. Sin embargo, para alcanzar los acuerdos de Gleneagles (2005), los donantes deberían haber aumentado en 18.000 millones de dólares su aportación a cooperación. Además, también incumplieron otro compromiso: aumentar en 25.000 millones de dólares la ayuda para África, quedándose este incremento en menos de la mitad (11.000 millones). En los últimos años, la AOD ha aumentado a un ritmo del 8%, pero las previsiones futuras prevén un incremento anual de solamente el 2%, por lo que va a ser muy difícil cumplir los compromisos adquiridos.

4.- LA SALUD EN EL MUNDO: EVOLUCIÓN EN LOS 10 AÑOS DEL INFORME

Hace ya 10 años que cuatro ONG sanitarias decidieron elaborar un informe sobre la cooperación internacional en el sector de la salud, cuyo primer capítulo pretendía describir la situación mundial de la salud, para darle la relevancia que tiene, pues si bien todo el mundo está de acuerdo en que la salud es un elemento fundamental en el desarrollo de los pueblos, en muchos ámbitos de decisión de políticas de cooperación se desconoce la situación general del sector.

Las conclusiones y recomendaciones que hemos ido presentando a lo largo de los 10 años se han centrado especialmente en tres aspectos:

1. La descripción de la situación de salud: se mantienen las inequidades en salud en todo el mundo.
2. Los compromisos internacionales existentes para luchar contra la enfermedad y a favor de la salud.
3. Importancia de la cooperación en salud y qué elementos son determinantes y deben aparecer en las políticas internacionales de salud.

4.1.- DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN DE SALUD

En 2002 alertábamos que la brecha en la salud entre las poblaciones del Norte y Sur era cada vez mayor, aspecto que diez años después aún se mantiene. Los índices de

mortalidad infantil en los países del Sur eran aproximadamente diez veces mayores que en el Norte y los de mortalidad materna unas treinta veces mayor. Estadísticamente, comprobamos que se ha evolucionado positivamente en cuanto a tasas de mortalidad y morbilidad a lo largo de este decenio. La mortalidad infantil, que en el informe de 2002 se cifraba en 11 millones de muertes, ha disminuido hasta los 8 millones. La mortalidad materna pasó de más 500.000 mujeres en 2001 a unas 350.000 en 2010[18].

Desgraciadamente, y a pesar de los grandes avances habidos en las tasas de mortalidad, la brecha entre regiones apenas ha cambiado: la tasa de mortalidad infantil de los países en desarrollo es de 66 muertos menores de 5 años cada 1.000 nacidos vivos, mientras que los países en desarrollo tienen una tasa de 7/1.000 nacidos vivos. La mortalidad materna, como ya hemos visto, se sigue centrando en África subsahariana y Asia sudoriental con el 87% de las muertes.

Hace 10 años, la prioridad mundial en salud se refería a las enfermedades infecciosas, y, como hemos dicho en el apartado anterior, la lucha de la comunidad internacional ha conseguido grandes resultados. Las tasas de mortalidad por malaria han disminuido aproximadamente el 20%. Hace 10 años se producían 2,3 millones de muertes a causa de la tuberculosis al año, cifra que se ha reducido en más del 25%. El VIH/sida, que ha pasado en estos años a ser la primera causa de mortalidad por enfermedad infecciosa, también ha reducido sus cifras a casi la mitad, de 3 millones de muertes que aparecían en el primer informe en 2002 a 1,8 millones de personas en el último. Debemos tener presente que en 2007 las cifras de la morbilidad y mortalidad provocadas por el VIH/sida fueron estimadas a la baja por la OMS, porque parecía que eran menos altas de lo que los informes anteriores decían, por lo que la mejora real es bastante menor[19], aunque sigue siendo significativa.

Durante estos diez años ha habido otras enfermedades infecciosas que la comunidad internacional también ha afrontado, a pesar de no entrar en las metas específicas de los ODM. La enfermedad de Chagas (tripanosomiasis americana), por ejemplo, es una enfermedad que en 2007 se planificó su eliminación para 2010[20]. Afectaba en 2002 a unos 17 millones de personas en 21 países, causando en torno a 45.000 muertes, mientras que los últimos datos aparecidos en 2010 nos muestran una reducción en el número de enfermos (10 millones) y en el de muertes (10.000 muertes en 2008)[21]. Sin embargo, estas cifras nos muestran que el objetivo de su eliminación está aún muy lejos de cumplirse.

18. http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/index.html
19. Estadísticas sanitarias mundiales 2008, OMS
20. http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2007/pr36/es/index.html
21. http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs340/es/index.html

La neumonía y las enfermedades diarreicas se han mantenido en este periodo como las dos causas más frecuentes de mortalidad infantil, suponiendo entre ambas más del 30% de la mortalidad infantil total mundial (Estadísticas sanitarias mundiales 2011, Organización Mundial de la Salud). Estas enfermedades, sin embargo, no han tenido ni la consideración ni los recursos de la cooperación internacional como han tenido otras como el vih/sida o la malaria. Otras enfermedades infecciosas siguen afectando de forma importante a la población mundial, especialmente en las regiones más desfavorecidas y su incidencia no ha sufrido cambios sustanciales en estos diez años. Se siguen manteniendo epidemias de cólera que según las estadísticas Mundiales 2011 de la OMS afectan casi exclusivamente al continente africano, con más de 200.000 casos (en 2001 los casos de cólera notificados fueron de 184.311, una cifra ligeramente inferior), aunque la propia OMS considera que solamente se notifican entre el 5-10% de los casos[22]. La OMS afirma que el número de enfermos anuales está entre 3 y 5 millones y entre 100.000 y 120.000 las defunciones por cólera[23].

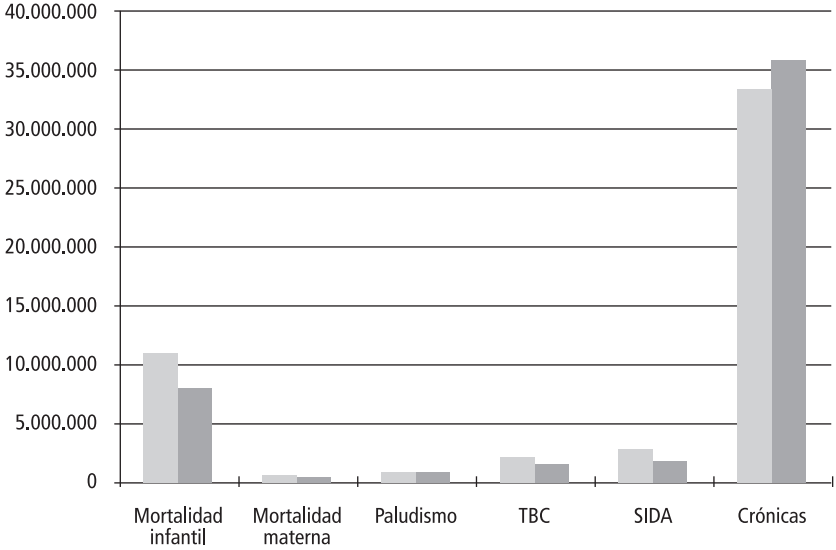
Durante este periodo también se han producido distintos brotes epidémicos de enfermedades infecciosas que han afectado distintas partes del planeta. Entre ellas debemos destacar las epidemias de SARS (síndrome respiratorio agudo severo o neumonía atípica), la gripe aviar y el virus de la gripe H1N1, cuyos efectos han sido mucho menos graves de lo que se esperaba (las muertes debidas a esta enfermedad fueron menos del 1% de la mortalidad debida a la malaria). Sin embargo, estas enfermedades han movilizado muchos recursos, aunque no han servido para que la comunidad internacional mejore la gestión de las pandemias y asuma que, si en el futuro existe una verdadera pandemia letal, solo hay capacidad para cubrir las vacunaciones de cerca de la mitad de las personas que pueblan el planeta y el 90% de la capacidad de producción está en los países en desarrollo. Es imperativo que haya una transferencia de tecnología y recursos a las regiones más empobrecidas, para que puedan responder por sí mismas a presentes y futuras pandemias.

Las enfermedades crónicas (sobre todo las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, las enfermedades obstructivas respiratorias y la diabetes) han ido incrementando su importancia en el panorama internacional de la salud. Mientras en 2001 eran 33,5 millones los fallecidos por estas causas[24], en 2008 eran de 36 millones de muertos[25], el 63% de los fallecimientos totales. A pesar de ello, solamente reciben el 2,3% de la

20. http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2007/pr36/es/index.html
21. http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs340/es/index.html
22. http://www.who.int/topics/cholera/surveillance/es/index.html
23. http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs107/es/index.html
24. Informe sobre la salud en el mundo 2000: Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. OMS, 2000
25. http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2008/pr14/es/index.html

ayuda internacional en salud para combatirlas. Las enfermedades cardiovasculares generan casi la mitad de los fallecimientos: 17 millones de muertes al año (la cardiopatía isquémica es la enfermedad que más muertes provoca en el mundo[26]), seguida por el cáncer (7,6 millones), las enfermedades respiratorias (4,2 millones) y la diabetes (1,3 millones), lo que supone que estas cuatro enfermedades provocan el 80% de todas las muertes por enfermedades no transmisibles. Las enfermedades crónicas conllevan ciertos "estigmas" que las hacen ver como un mal menor e inevitable: enfermedad de países ricos y de personas ya ancianas, pero las cifras desmienten tales afirmaciones. Estas enfermedades se producen sobre todo en los países en vías de desarrollo (el 80% de la mortalidad debido a estas causas se da en países en desarrollo[27]), y el 30% de las muertes por enfermedades crónicas no transmisibles en países de ingresos bajos y medios se produce en menores de 60 años.

GRÁFICO 1.10. COMPARATIVA NÚMERO DE MUERTES 2001-2010



Fuente: elaboración propia a partir de datos de OMS

26. http://www.who.int/features/qa/18/es/index.html
27. http://www.docsalud.com/articulo/1936/alertan-que-el-60-de-las-muertes-son-por-enfermedades-no-transmisibles

4.2. LOS COMPROMISOS INTERNACIONALES

Cuando en 2002 realizamos el primer informe sobre la situación de la cooperación española en salud, la agenda de la comunidad internacional estaba muy centrada en dar los primeros pasos para conseguir los Objetivos del Milenio. También tenían plena vigencia los compromisos de años anteriores como los de la cumbre de desarrollo social de Copenhague de 1995 (el compromiso 20/20), la Conferencia Mundial sobre la Mujer de Beijing en el mismo año (y posteriormente en 2005, Beijing +10) o la Cumbre Mundial de la Alimentación, en Roma (1996) en la que se definió el concepto de seguridad alimentaria[28].

Los ODM han sido y son la referencia más importante que existe en cooperación en todo el mundo y los tres ODM de salud lo son en la cooperación sanitaria. Su evolución ha sido parte integrante de nuestro análisis de la cooperación sanitaria en los informes anuales que se han ido elaborando estos diez años. Sin embargo ya en 2002, preveíamos que, a pesar del avance que supuso tener el consenso de la comunidad internacional en una serie de objetivos mínimos, los compromisos de los ODM eran mejorables. Los ODM dejan sin cubrir muchas necesidades de salud, porque no la abordan de forma integral y no se explica qué estrategias son las más adecuadas para conseguir los compromisos. La inexistencia de una definición universal de lo que se entiende por servicios sociales básicos, la falta de diálogo fluido y constante con las comunidades de base y la necesidad de una postura coherente en cuestiones como el acceso a medicamentos esenciales son deficiencias que se achacan a los ODM. Incluso con tales deficiencias, siempre hemos apoyado la consecución de los ODM, si bien en los informes de 2005, 2006 y 2010 ya alertábamos que no se van a cumplir en 2015 si la comunidad internacional no incrementaba su compromiso real con los ODM. Los países donantes deben aplicar las recomendaciones del informe elaborado en 2001 por la Comisión de Macroeconomía y Salud de la OMS y el Banco Mundial, según el cual es necesario que los países donantes destinen, al menos, el 0,1% de su PIB a ayuda oficial al desarrollo en salud. Por otro lado, los países socios deben, a su vez, aplicar y generalizar el compromiso adquirido en la Declaración de Abuja para los países africanos por el que se debería destinar, al menos, el 15% de los presupuestos generales del Estado a salud.

Otro gran compromiso que ha afectado la evolución de los indicadores de salud ha sido el Fondo Global de Lucha contra el Sida, la Malaria y la Tuberculosis, que consolidó la aparición de las asociaciones público-privadas para la mejora de los problemas

28. La salud en la cooperación al desarrollo española, Informe 2002, Prosalus, Médicos del Mundo, Medicusmundi y Médicos Sin Fronteras

de salud. En 2001 Naciones Unidas celebró una sesión especial sobre el sida, en la cual la Asamblea General aprobó una declaración para intentar detener el avance del sida. Entre las medidas que se tomaron destaca la creación del Fondo Global, instrumento financiero que ha aglutinado la mayor parte de los presupuestos de lucha contra las tres enfermedades en los siguientes años. Actualmente, su gestión es criticada y se producen recortes en sus presupuestos. ya que donantes importantes como Alemania, Suecia, España o la misma Unión Europea congelaron en mayo de 2011 los fondos que aportan por mala gestión y posibles fraudes en algunos países[29]. Desde el Fondo Global se afirma haber conseguido que 2,3 millones de personas reciban tratamiento antirretroviral, haber detectado y tratado 8,2 millones de nuevos casos de tuberculosis y distribuido 190 millones de mosquiteras, estimando que sus programas han salvado 7,7 millones de vidas[30]. La lucha contra las tres enfermedades ha sido el principal destino del incremento de los recursos que se han destinado en cooperación internacional desde 2001. Por ejemplo, los recursos destinados al VIH/sida en 2001 eran solamente el 10% de lo que se destinó en 2009[31]. Sin embargo, el mismo Fondo asume que los países donantes no cumplen los compromisos.

El Fondo Global ha sido y es la cabeza visible de otras muchas iniciativas público privadas en salud que han surgido los últimos años y han conseguido incorporar nuevos agentes a la cooperación sanitaria, siendo responsables del gran incremento de presupuesto para la cooperación en salud. Casi todas las iniciativas iban dirigidas a luchar contra una enfermedad concreta (muchas contra la misma enfermedad y sin coordinación), no manejaban mecanismos de sostenibilidad, ni incorporaban los sistemas de salud locales en la definición de sus estrategias.

Al incrementarse el monto de la ayuda hasta cifras jamás alcanzadas, surgieron otros debates, referidos a cómo rentabilizar al máximo las inversiones en cooperación. La dispersión de la ayuda y la descoordinación entre actores eran factores negativos que impedían alcanzar los resultados previstos. Otros compromisos internacionales que debemos destacar son aquellos que tiene que ver con la eficacia de la ayuda. La Declaración de París en 2005 y el Programa de Acción de Accra en 2008 supusieron un cambio en la dinámica de trabajo de la cooperación y, por lo tanto, de la cooperación sanitaria. Por primera vez los países donantes se obligaban a coordinarse entre ellos, a alinearse con las políticas locales de salud apoyando el desarrollo nacional, respetando el liderazgo de las autoridades locales, a asumir la mutua res-

29. http://www.europapress.es/salud/noticia-espana-congela-todas-aportaciones-fondo-global-lucha-contra-sida-tuberculosis-casos-fraude-20110523102851.html

30. http://www.theglobalfund.org/es/about/diseases/

31. http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2011/20110331_SG_report_es.pdf

ponsabilidad en la cooperación y a orientar la gestión por resultados. Para ello en la Declaración de París se promulgan acciones para mejorar la previsibilidad y la transparencia de la ayuda, mejorar las capacidades institucionales locales y generar estrategias orientadas por resultados, así como integrar las iniciativas globales en la agenda de los países receptores. Para poder medirlo se generaron unos indicadores y metas que se debían cumplir en 2010; en 2011 la OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico) realiza una encuesta para saber si se han alcanzado los objetivos que se propusieron[32]. En Accra se analizaron los avances conseguidos y se destacó que eran insuficientes. En el ámbito de la salud, en algunos países, se dan ejemplos de coordinación entre el ministerio de salud y las agencias de donantes como los SWAP (Sector Wide Approach), donde se define conjuntamente la estrategia de la cooperación sanitaria en el país, asumiendo el papel de rectoría que debe tener el ministerio de salud local.

Uno de los problemas importantes que destacamos en los informes, relativo a los procesos de mejora de la eficacia de la ayuda, es que sigue sin clarificarse el papel de la sociedad civil en el nuevo modelo de cooperación, subsistiendo los problemas derivados de una política vertical: falta de conocimiento de las diferentes realidades que pueden afectar a la implementación de políticas y un diagnóstico parcial de la situación. Otro problema grave es que países donantes emergentes como China –país con mayores relaciones comerciales con África[33] en 2009–, o la India, no firmaron la declaración[34] y no están obligados a cumplirla. En consecuencia, nos podemos encontrar con disfunciones en los sistemas de cooperación al no cumplir los principios de transparencia o no orientar la gestión por resultados de desarrollo sino por intereses geopolíticos.

Después de diez años de análisis de la realidad internacional en el ámbito de la cooperación en salud, destacamos que, si bien la comunidad internacional ha incrementado de forma considerable sus compromisos para con la salud, ninguno de ellos se ha cumplido totalmente. Ni los países donantes destinan el 0'7% del PIB a cooperación, ni los países africanos destinan el 15% de sus presupuestos a salud. Tampoco parece que se cumplan totalmente los compromisos derivados de la Declaración de París ni los ODM en su conjunto. Existe una gran brecha entre la firma de los tratados internacionales en los que políticamente es incorrecto no aparecer y destinar recursos para ponerlos en práctica. A pesar de los avances, debemos recordar que ninguno de los compromisos internacionales van a cubrir todas las necesidades de salud de la población: no se tienen en cuenta las enfermedades crónicas, ni tampoco la salud men-

32. http://www.oecd.org/dataoecd/2/0/45497517.pdf
33. http://www.elpais.com/articulo/primer/plano/BRIC/miran/Africa/elpepueconeg/20100314elpneglse_5/Tes
34. http://www.oecd.org/dataoecd/53/56/34580968.pdf

tal. Parece que la comunidad internacional asume que estos compromisos firmados son más un deseo inalcanzable que un compromiso real, por lo que aceptan como éxito cualquier mejora que se dé en el sector. Además, a ningún país o institución internacional se exige rendir cuentas sobre el incumplimiento de los documentos firmados.

Debemos recordar que la salud es un derecho universal y el incumplimiento de los compromisos que afectan al sector ponen en riesgo vidas humanas, incrementan el sufrimiento y tiene consecuencias muchas veces irreversibles. La comunidad internacional debería hacer un mayor esfuerzo por cumplir con los pactos firmados y con el derecho a la salud de personas y comunidades.

4.3. ELEMENTOS FUNDAMENTALES DE LA SALUD

Tener buena salud es una condición necesaria para el desarrollo, sin embargo no hay una definición única de cómo podemos definir buena salud. En 2003 señalábamos en el informe que la salud es un derecho humano fundamental recogido en el artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, que no debe verse condicionado por intereses políticos, económicos o sociales. Asimismo, planteábamos el debate de considerar la salud (no solo las enfermedades transmisibles como hizo el Banco Mundial) como un bien público global y, por lo tanto, concierne a la comunidad internacional en su conjunto. Esta concepción de la salud obligaría a anteponer los intereses de la población sobre otros como los que puedan tener empresas farmacéuticas en cuanto al acceso universal a medicamentos.

Desde el primer informe hemos reiterado que los sistemas de salud en muchos países son muy frágiles y no pueden garantizar servicios mínimos de salud para la población. Tales países se enfrentan a multitud de problemas y riesgos para la salud y les faltan los medios necesarios –materiales, humanos, técnicos y de gestión– para afrontarlos. Si queremos mejorar la salud, no es suficiente trabajar solo en el ámbito sanitario. Los principales problemas de salud que deben afrontar los países del Sur tienen su origen, en primera instancia, en la injusticia social que les obliga a vivir en condiciones socioeconómicas que ponen en serio peligro la salud. Además, existen multitud de factores fuera del ámbito sanitario que afectan de forma directa a la salud: economía, política, género, agua, nutrición… Por tal motivo, en este y en varios informes analizamos los factores determinantes de la salud.

Como hemos comentado anteriormente, las mejoras conseguidas se han basado en estrategias verticales de lucha contra enfermedades individuales, sin tener presente el conjunto de la problemática de salud. Desde un primer momento hemos abogado porque la atención primaria de salud y el fortalecimiento de los sistemas de salud sean las estrategias fundamentales en las que se tiene que basar la cooperación sanitaria.

Los Estados tienen la obligación de garantizar el derecho de las personas a la atención básica en salud. La atención primaria de salud (APS) es una estrategia global y dinámica que cubre la mayor parte de los problemas de salud de la población. Sus principios de equidad, acceso universal, participación, carácter intersectorial y fomento de la salud afectan a todas las instituciones que trabajan en salud, así como a todos los niveles de atención del sistema sanitario. Se basa en la Declaración de Alma Ata firmada en 1978, y sigue teniendo plena vigencia. En el informe 2009, coincidiendo con el 30º aniversario de la mencionada declaración y con el 60º de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, afirmamos que la atención primaria de salud seguía siendo la estrategia prioritaria en salud, el marco estratégico más adecuado para afrontar y dar solución a los principales problemas mundiales de salud.

La APS acerca a la ciudadanía las decisiones sobre la salud y, por lo tanto, tiene presente los factores socioculturales que pueden afectar al acceso a los servicios de salud, incrementando la apropiación de las estrategias sanitarias por parte de la comunidad. No obstante, a pesar del apoyo decidido de la OMS, existe una importante confusión en cómo implementar adecuadamente la estrategia por parte de la mayoría de los actores que trabajan en el sector de la salud. Nosotros abogamos porque las instituciones internacionales, nacionales y locales que desarrollan políticas de salud prioricen la APS como estrategia de salud. Para ello, es necesario conocer en profundidad el concepto, los principios y componentes de la misma. Además, hay que investigar los métodos y herramientas para que los principios y componentes se concreten en los distintos niveles de atención.

Otro elemento que hemos destacado durante los diez años de informe ha sido el fortalecimiento del sistema de salud. Es necesario, tal y como establecen los planteamientos de la OMS, que cualquier sistema de salud trabaje para aumentar el nivel medio de salud de la población, facilitando el acceso de todas las personas a los servicios de salud desde planteamientos de equidad, teniendo en cuenta, por tanto, la capacidad económica de los diferentes sectores de la población. La cooperación en salud debe apostar por el fortalecimiento de los sistemas públicos en todos los niveles (de gestión, administrativo, técnico, económico o recursos humanos). Tiene que optar por instrumentos y componentes que ayuden a reforzar la capacidad de los propios sistemas para ejercer la función de rectoría del sector salud, a fin de desarrollar la capacidad de coordinación para que la prestación de servicios de salud se oriente al acceso universal desde criterios de equidad social y ayude a establecer las relaciones con aquellos sectores que tienen una clara y directa incidencia en el sector salud.

En los distintos informes realizados hemos podido comprobar que algunas acciones de cooperación sanitaria debilitaban los sistemas locales de salud en vez de

reforzarlos. La contratación de personal cualificado del sistema público para cubrir iniciativas verticales, la transferencia de recursos económicos desde programas de atención primaria hacia iniciativas verticales para cubrir los requisitos del donante, o la falta de coherencia con las políticas locales, unidas a la fragmentación de la ayuda, son elementos que han perjudicado los sistemas de salud de los países empobrecidos. Mediante la Declaración de París se están haciendo algunos esfuerzos por modificar esta realidad, hasta hoy insuficientes. El fortalecimiento de los sistemas de salud debe ser un elemento clave en la cooperación en salud en todos los países, especialmente en los de bajos ingresos, donde las necesidades de salud son mayores y el fortalecimiento de los sistemas de salud es fundamental para cumplir los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Según la OMS, un sistema de salud comprende todas las organizaciones, instituciones, recursos y personas cuya finalidad primordial es mejorar la salud. El objetivo debe ser buscar la asistencia universal de los servicios de salud de forma equitativa para toda la ciudadanía.

Aunque hay diferentes sistemas de salud, el modelo que ha demostrado el mejor cumplimiento del objetivo de asistencia universal y equitativa es aquel que se basa en el sistema nacional público financiado con impuestos. Los sistemas de salud comprenden seis elementos básicos: provisión de servicios, dotación de personal sanitario, sistema de información, suministro de material médico, financiación y gobernanza. Cada uno de estos elementos debe ser contemplado cuando hablamos de fortalecer los sistemas de salud. Especial atención hemos dedicado a los recursos humanos, aspecto que detallamos en el informe del año 2010 y en el apartado 7 de este capítulo.

Cabe destacar los efectos que la crisis económica puede tener en la cooperación en salud. En el informe 2009 advertíamos que en los contextos en los que 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 la actual crisis económica, habiéndose agudizado la inequitativa distribución de la riqueza, los recursos y el poder, no solo es necesario que los países donantes cumplan los compromisos adquiridos y que los receptores sean responsables de la gestión de los fondos recibidos, sino también que los gobiernos cumplan sus obligaciones respecto al derecho a la salud de la ciudadanía, manteniendo accesibles los servicios básicos de salud a toda la población.

5.- EVENTOS DESTACADOS EN EL AÑO 2011

II Foro mundial sobre recursos humanos sanitarios. Global Health Workforce Alliance. Del 25 al 29 de enero en Bangkok (Tailandia)

En el II Foro Global sobre Recursos Humanos se renovaron y revisaron los compromisos internacionales en recursos humanos. Se reiteraron los principios de la declaración de Kampala de 2008[35] y los de la Agenda de Acción Global[36] y se señalaron los siguientes retos:

- Proveer trabajadores de salud. Se debe mejorar, especialmente en África, la formación de personal sanitario y los países con escasos recursos humanos sanitarios deben explorar las posibilidades de las políticas públicas, entre ellas la colaboración entre diferentes países.
- Tener información fiable y actualizada. Es necesario mejorar la capacidad de los países de recolectar y utilizar información desagregada del personal por área geográfica y género.
- Liderazgo. Es necesario aumentar la capacidad de gestionar y planificar los recursos humanos y que haya políticas coherentes en todos los sectores.
- Colaboración mutua y rendición de cuentas. Deben establecerse mecanismos de coordinación nacionales sobre personal sanitario y rendir cuentas entre los diferentes actores.
- Distribución y retención de personal. Debe haber políticas adecuadas para la distribución y el fomento de la retención de personal en las zonas más desfavorecidas.
- Funcionamiento y calidad. Se debe mejorar el funcionamiento y la calidad del personal a través de apropiados estándares nacionales de trabajadores sanitarios, competitividad basada en el currículo, formación interna…
- Regulación efectiva. Debe haber una regulación adaptada al contexto del sistema de salud nacional.

En el mencionado foro se puso de relieve que es necesario invertir recursos para conseguir resultados y que la cooperación externa debe complementar los presupuestos locales.

Asamblea Mundial de Salud. Mayo 2011. Ginebra (Suiza)

En la Asamblea Mundial de la Salud de 2011 los temas centrales fueron el cólera, las enfermedades crónicas, los sistemas de salud, los ODM, la salud infantil y materna y el paludismo. Cabe destacamos lo relativo a la reforma de la financiación de la OMS que analizaremos en el capítulo II.

35. http://www.who.int/workforcealliance/Kampala_declaration_final.pdf
36. http://www.who.int/workforcealliance/forum/1_agenda4GAction_final.pdf

En la Asamblea se presentó el "Decenio de las vacunas, 2011-2020: una operación integral para impulsar la inmunización"[37]. Esta iniciativa pretende conseguir vacunas seguras y accesibles para todas las personas. La OMS, UNICEF, la Fundación Bill y Melinda Gates, entre otras instituciones, han empezado una colaboración de 12 meses para redactar conjuntamente un plan mundial de acción en materia de vacunas que deberá someterse a la consideración de la 65ª Asamblea Mundial de la Salud en 2012.

En el informe sobre los progresos realizados se señalan los conseguidos contra algunas enfermedades como lo polio y la oncocercosis. Cabe destacar el papel preponderante que se le asigna a otros asuntos como el cambio climático, uso racional de medicamentos o la gestión de residuos. Asimismo, se da especial relevancia a la salud de la mujer analizando los progresos sobre salud materna, mutilación genital femenina y la implementación de una estrategia para incorporar el análisis y las acciones de género en las actividades de la OMS[38].

Cumbre G-8. 26-27 de mayo. Deauville (Francia)

Los representantes políticos del G-8 declararon que la democracia es la mejor vía para acceder a la paz, la estabilidad, la prosperidad, el crecimiento y el desarrollo. Se reafirmaron las alianzas con África basadas en la responsabilidad mutua y se comprometieron a alcanzar un crecimiento fuerte, duradero y equilibrado.

En el informe titulado "Compromisos del G-8 sobre salud y seguridad alimentaria: balance y resultados" se hace un repaso de los compromisos pendientes de cumplimiento en ambos sectores, dinerarios o no, compromisos que todavía no se han cumplido en su totalidad ni en el sector de la salud ni de la seguridad alimentaria.

Asimismo, los representantes del G-8 abogan por:

- Mantener el Fondo Mundial de Lucha con el Sida, la Malaria y la Tuberculosis.
- Mantener la iniciativa Muskoka (2010) para mejorar la salud materna y reducir la mortalidad neonatal e infantil.
- Dar un nuevo impulso a la iniciativa de erradicar la polio.

En la mencionada reunión se tenía que evaluar lo acordado en la Cumbre de Gleneagles, celebrada en julio de 2005 –se pretendía doblar la ayuda al desarrollo para el continente africano antes de 2010–; sin embargo, debido a la actual coyuntura económica mundial este asunto no se trató en la reunión.

37. http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_14-sp.pdf
38. http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_26-sp.pdf

Evento de Alto Nivel sobre Salud Global. 10-11 de junio. Bruselas (Bélgica)
Los objetivos de la conferencia eran presentar la comunicación de Salud Global de la Comisión Europea y abrir el debate sobre los principales retos, objetivos, herramientas políticas y socios, alianzas y actores globales para identificar la manera más eficaz en que la UE puede asociarse con estos actores para mejorar la salud a nivel global.

Reunión anual del Banco Mundial y FMI. 24 - 26 de septiembre. Washington (Estados Unidos)
En el comunicado que siguió a la citada reunión, ambos organismos señalaron diversos temas que afectan a todo el planeta: las turbulencias de los mercados financieros, la volatilidad de los precios de las materias primas y las graves repercusiones en la seguridad alimentaria en todo el mundo en general y para la población pobre en particular. Asimismo, se comprometieron a hacer todo lo que estuviese a su alcance para apoyar un crecimiento fuerte, sostenible, equilibrado e inclusivo y reafirmaron la necesidad de alcanzar los ODM para 2015.

Abogaron por la colaboración entre el grupo BM, países miembros, el G20, la OIT y el FMI para la creación de empleo destinado a hombres y mujeres.

Manifestaron su preocupación por la situación de hambruna existente en el Cuerno de África y afirmaron que una emergencia de tal magnitud precisa de la acción internacional rápida, coordinada y efectiva para salvar de la muerte al mayor número de personas posible. Afirmaron que es necesario que la agricultura y la alimentación sean la máxima prioridad para el desarrollo.

Se hicieron eco de la reciente publicación del informe del grupo BM sobre igualdad de género y desarrollo y el claro mensaje que la equidad entre hombres y mujeres es un ingrediente esencial en la reducción de la pobreza, al tiempo que se urge al grupo BM a que introduzcan la igualdad de género en sus políticas, respetando normas y valores nacionales.

6.- AGENDA

OCTUBRE 2011- SEPTIEMBRE 2012

Octubre 2011
La OMS organiza entre el 19 y el 21 de octubre la Conferencia Mundial sobre los determinantes sociales de la Salud, en Río de Janeiro. Se pretende que los Estados apoyen la declaración de Río, fortalezcan su compromiso de reducir las inequidades sanitarias y se dé un impulso a las medidas adoptadas de forma coordinada en cinco esferas:

1. Gobernanza para afrontar las causas fundamentales de las inequidades sanitarias y adopción de medidas relativas a los determinantes sociales de la salud.
2. Función del sector de la salud, incluidos los programas de salud pública en la reducción de las inequidades sanitarias.
3. Promoción de la participación. Liderazgo comunitario en favor de la adopción de medidas relativas a los determinantes sociales.
4. Actuaciones a escala mundial sobre los determinantes sociales y adecuación mutua de las prioridades y las partes interesadas.
5. Vigilancia de los progresos realizados. Medición y análisis para fundamentar las políticas relativas a los determinantes sociales.

Noviembre 2011

CONFERENCIA EN BRUSELAS: "COMBATTING MALNUTRITION THROUGH SUSTAINABLE INTERVENTIONS – A KEY DRIVER OF EU-ASEAN RELATIONS."

Conferencia internacional sobre los esfuerzos que se realizan para responder a la "crisis silenciosa" de la malnutrición. Se presentarán los resultados de una encuesta realizada a diversos actores.

Diciembre 2011

IV FORO DE ALTO NIVEL SOBRE LA EFICACIA DE LA AYUDA. BUSAN, COREA, 29 DE NOV-1 DE DIC 2011.

Los principales objetivos son:

1. Hacer un balance honesto y basado en evidencias de los logros alcanzados respecto a los compromisos y las metas que se fijaron en los foros anteriores.
2. Continuar con la puesta en práctica de los principios de eficacia de la ayuda y definir qué aspectos deben ser revisados o reforzados, teniendo como perspectiva el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio para 2015.
3. Determinar el papel que debe jugar la cooperación internacional para el desarrollo y la inclusión de nuevos actores e instrumentos.

Mayo 2012

ASAMBLEA DE LA OMS.

Se analizarán, entre otros asuntos, los avances en la reforma de la financiación de la OMS.

Junio 2012

CONFERENCIA DE NACIONES UNIDAS RÍO +20 DE DESARROLLO SOSTENIBLE, EN BRASIL.

Se centrará en tres temas:

1. Fortalecimiento de los compromisos políticos a favor del desarrollo sostenible.
2. Balance de los avances y las dificultades vinculados a su implementación.
3. Respuestas a los nuevos desafíos sociales.

La mencionada cumbre girará sobre dos ejes: la economía ecológica con vistas a la sostenibilidad y la erradicación de la pobreza y la creación de un marco institucional para el desarrollo sostenible.

Septiembre 2012

REUNIÓN ANUAL DEL BANCO MUNDIAL Y FONDO MONETARIO INTERNACIONAL

Cada año reúne a directores de bancos centrales, ministros de hacienda y desarrollo, ejecutivos del sector privado y académico para discutir sobre temas diversos, como las perspectivas económicas mundiales, la erradicación de la pobreza, el desarrollo económico o la eficacia de la ayuda.

Noviembre 2012

FORO MUNDIAL DE LA SALUD, PROMOVIDO POR LA OMS

Tendrá como objetivo estudiar posibles mecanismos que permitan a los principales actores de la salud colaborar eficazmente –en todo el mundo y en cada país– a fin de aumentar la eficacia, la coherencia y la rendición de cuentas, así como reducir los problemas de fragmentación y duplicación de esfuerzos.

7.- RECURSOS HUMANOS SANITARIOS

Un elemento clave para cualquier sistema sanitario es contar con recursos humanos suficientes y bien formados. El mundo se enfrenta a carencias de personal sanitario importantes; ni los países desarrollados ni los que están en vías de desarrollo se libran de este problema[39], pero las consecuencias son mucho más graves en aquellos países empobrecidos que, teniendo los mayores problemas de salud, cuentan con graves carencias de personal. La estrategia mundial de salud de mujeres y niños de Naciones Unidas afirma que solo para alcanzar los ODM 4 y 5 en los países de ingresos bajos se necesitan entre 2,6 y 3,2 millones más de personal sanitario. La falta de personal, incluso, pone en riesgo la consecución de los ODM.

En 2008, la Declaración de Kampala y la Agenda para la Acción Global comprometieron a sus participantes para fortalecer los recursos humanos sanitarios. La Agenda

39. La salud en la cooperación al desarrollo y la acción humanitaria. Informe 2010. Médicos del mundo, Prosalus, medicusmundi

para la Acción Global estableció seis estrategias con indicadores que debían evaluar los progresos realizados[40]. En enero de 2011 Global Health Workforce Alliance realizó un estudio entre 57 países prioritarios para evaluar los avances en este campo. Los resultados del estudio, basados en las seis estrategias de la Agenda para la Acción Global, fueron los siguientes[41]:

1. En cuanto a consolidar un liderazgo global y coherente, existe una mejora en el desarrollo de planes nacionales de recursos humanos, pero este progreso es mucho menor cuando hablamos de la implementación y financiación de estos planes.
2. Se deben hacer más esfuerzos para responder a los problemas, basados en la evidencia, con los recursos humanos. Todos los actores implicados deberían trabajar en conseguir datos accesibles, fiables y desagregados sobre la formación del personal, distribución, incluyendo patrones de migración.
3. Muchos países han incrementado los procesos de formación de personal sanitario formal, pero no así del personal sanitario tradicional. Otro aspecto que debe mejorar es la calidad de la formación.
4. Es necesario que los países mejoren los procesos de retención de su personal en áreas rurales o complicadas, usando incentivos financieros y no financieros.
5. Tanto los países donantes como los receptores de personal sanitario deben colaborar y desarrollar leyes y procedimientos administrativos para implementar el código de conducta de contratación internacional de personal sanitario.
6. Se estima que las necesidades en recursos humanos sanitarios en los próximos cinco años van a necesitar un aporte extraordinario de 40.000 millones de dólares, mediante el incremento de los presupuestos locales y de la cooperación internacional.

Las carencias de personal en países de sistemas frágiles se agravan por el fenómeno de la migración, ya que parte de su ya escaso personal sanitario emigra a otros países en busca de nuevas y mejores oportunidades profesionales y personales. Esta migración es fomentada por los países más desarrollados que buscan mano de obra que cubra sus necesidades, asequible en el mercado internacional, mucho más barata y en menos tiempo que si tuviera que formar profesionales en sus propios países.

La OMS, como organización mundial rectora de la salud, asumió la gravedad de este problema y el 21 de mayo de 2010 aprobó en la 63ª Asamblea de la OMS el código voluntario de buenas prácticas para la contratación internacional de personal de salud,

40. http://www.who.int/workforcealliance/forum/1_agenda4GAction_final.pdf
41. http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/KDAGAprogressreport_2011.pdf

que introdujo en la agenda internacional esta problemática. Durante marzo y abril de 2011, la OMS realizó una consulta pública sobre las directrices con el fin de mejorarlas[42]. En esta consulta cualquier entidad o persona podía aportar su opinión sobre las directrices y contribuir a desarrollar un proyecto revisado de las directrices, que entre septiembre y octubre de 2011 se presentará a los comités regionales para su aprobación. Se espera que, a finales de este mismo año, todos los países puedan contar con una guía que les permita poner en práctica los fundamentos del código de conducta.

Es probable que la puesta en práctica del mencionado código suponga contar con la participación de muchos actores que están involucrados en la migración de personal, no todos específicos en el ámbito de la salud. Por lo tanto, el primer paso es realizar un mapeo de aquellas instituciones envueltas directamente en la migración de personal sanitario. Existen distintos ministerios implicados, instituciones públicas descentralizadas, organizaciones sociales, sindicatos, oficinas de empleo… que tienen intereses diversos y es necesario que conozcan el código y lo pongan en práctica. Por lo tanto, una vez se tenga el listado, se debe empezar a trabajar con todos ellos. Existe alguna experiencia en Holanda, donde la sociedad civil consiguió hacer un documento con recomendaciones para todos los actores implicados en el proceso[43].

En España existen problemas específicos para aplicar el código. Por una parte, la descentralización de los servicios, por lo que deben participar muchos actores, con la consiguiente dificultad para la coordinación de actividades. Por otra parte, no se dispone de un listado único en el que aparezca el personal sanitario y su procedencia, lo que significa no tener una línea de base que nos permita saber desde que posición partimos.

En el Estado español existen dos procedimientos de contratación de personal extranjero no comunitario que pueden afectar a los trabajadores de salud:

1. Mediante la concesión de una autorización de residencia y trabajo a través de las oficinas de extranjeros o áreas de trabajo e inmigración, dependientes de las delegaciones o subdelegaciones del gobierno. Requiere que la situación nacional de empleo lo permita. En este caso se puede dar estando incluida en el Catálogo de Ocupaciones de Difícil Cobertura del Servicio Público de Empleo. Dicho servicio emite un certificado de insuficiencia de demandantes en la profesión concreta (que ha solicitado el empleador), y luego se establece un trato directo entre empresa y trabajador. Entre los requisitos necesarios está el de tener la homologación del título, que en este caso se solicita a través del ministerio de educación.

42. http://www.who.int/hrh/migration/code/hearing/en/index.html
43. http://www.wemos.nl/files/Documenten%20Informatief/Bestanden%20voor%20HRH/Chances_for_Change_web.pdf

El catálogo de difícil cobertura se establece trimestralmente y aparece por provincias y comunidades autónomas. En el del último trimestre de 2011 podemos ver cómo se siguen solicitando médicos de medicina familiar y especializada para Santa Cruz de Tenerife. El personal que proviene de Chile y de Perú, debido a un acuerdo especial con sus países, están exentos del requisito de que la situación nacional de empleo permita la contratación.

2. Contratación colectiva en origen (casi no se usa para personal sanitario): permite la contratación de trabajadores para empleos estables, que serán seleccionados en sus países de origen a partir de ofertas genéricas presentadas por los empresarios. La Secretaría de Estado de Inmigración y Emigración realiza una previsión anual de los puestos de trabajo que pueden ser ocupados a través de la gestión colectiva de contrataciones en origen. Las ofertas de empleo genéricas se orientan, preferentemente, a países con los que España haya firmado acuerdos sobre regulación y ordenación de flujos migratorios. En los procesos de selección en origen pueden participar los empresarios si así lo solicitan y participarán representantes de la Dirección General de Inmigración.

También existe la posibilidad de aprobar visados de residencia y trabajo de duración determinada para actividades de campaña o temporada, mediante el procedimiento de gestión colectiva (fundamentalmente se emplea en el sector agrario).

Una situación especial se da en el proceso de formación del médico interno residente (MIR), ya que está cobrando y formándose a la vez. Como debe ser un licenciado en medicina (con el título homologado) y no necesita autorización de trabajo, se involucra el Ministerio de Ciencia e Innovación. Hay tres supuestos para que un médico extranjero, no comunitario, acceda a una plaza MIR:

- Titulares de una autorización de estancia por estudios o personas que estén en trámite de un visado por estudios: pueden acceder a la plaza sin autorización de trabajo, en el primer caso, y la adjudicación de la plaza permite la obtención del visado de estudios, en el segundo.
- Personas en situación de estancia por un máximo de 90 días (visado de turista) o en situación administrativa irregular: no pueden acceder directamente a la situación de estancia por estudios o de residencia y trabajo por el hecho de haber participado o sido adjudicatario de una plaza MIR. En este caso, debería conseguir una autorización de estancia por estudios, de residencia y trabajo o de residencia por circunstancias excepcionales.
- Personas con autorización de residencia temporal adjudicatarios de plaza: el empresario presenta la solicitud de autorización de residencia y trabajo.

Los ministerios implicados son:

- Ministerio de Trabajo e Inmigración. Dirección General de Inmigración, autorización de trabajo y Observatorio Permanente de Inmigración (https://extranjeros.mtin.es).
- Ministerio del Interior. Autorización de residencia y antecedentes penales.
- Ministerio de Justicia. Antecedentes penales (Registro Central de Penados y Rebeldes).
- Ministerio de Hacienda. Situación de la empresa (si está al corriente de los pagos)
- Ministerio de Política Territorial (subdelegaciones y delegaciones del Gobierno). Autorización de trabajo.
- Ministerio de Educación. Homologación de títulos.
- Ministerio de Ciencia e Innovación. MIR
- Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación. Lidera la firma del código de conducta de contratación de personal extranjero y debería liderar la implicación del resto de ministerios.

En este somero análisis se observa la cantidad de instituciones involucradas en España en el proceso de contratación de personal sanitario, a las que debemos añadir las comunidades autónomas, los sindicatos, la sociedad civil o las instituciones médicas privadas, por citar algunas.

En consecuencia, resulta imprescindible que los Estados adopten el código y lo pongan en práctica, realmente. Para ello es necesario no solo tener objetivos claros y que los diferentes actores conozcan y asuman las acciones, sino mantener capacidad de seguimiento y evaluación de la consecución de objetivos. Experiencias anteriores en otros países como Gran Bretaña nos muestra que códigos aprobados pero sin poder ser objeto de seguimiento no sirven para cambiar la contratación de personal sanitario extranjero[44]. La dificultad de interesar a tantos actores en una temática que les es de alguna forma tangencial es bastante elevada, por lo que el Estado deberá poner los recursos suficientes, establecer los procesos de seguimiento y facilitar la participación de todas las instituciones si realmente queremos implementar el código.

44. Buchan J et al. Does a code make a difference – assessing the English code of practice on international recruitment Hum Resour Health. 2009; 7: 33.

8.- DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD Y SALUD EN TODAS LAS POLÍTICAS

La salud se crea y se vive en el marco de la vida cotidiana, en los centros de enseñanza, de trabajo y de recreo.
Carta de Ottawa,1986

Hablar sobre los determinantes sociales de la salud (DSS) nos remonta a 1974, con el Informe Lalonde[45]: "Una nueva perspectiva sobre la salud de los canadienses". Dicho informe concluyó en la necesidad de actuar desde un enfoque diferente, además del médico, cuando hablamos de salud. La mayoría de los gastos directos en salud se centraban en la organización de los servicios de atención sanitaria; sin embargo, cuando se identificaron las principales causas de enfermedad y muerte en Canadá, se vio que estaban arraigadas en los otros tres elementos del concepto salud: biología humana, medio ambiente y estilos de vida; se estaban gastando grandes sumas en el tratamiento de enfermedades que se podrían haber evitado.

Después de más de 35 años, el informe sigue siendo válido y refrendado por Estados e instituciones; la salud pasa de ser un tema médico a convertirse en un asunto ético, social y político. Sin embargo, nuestros sistemas de salud siguen siendo aún "sistemas de enfermedad". Actualmente, los números son claros: los países menos desarrollados concentran el 84% de la población mundial y, sin embargo, sobrellevan el 93% de la carga de enfermedad, pero consumen solo el 11% del gasto mundial en salud.[46] Además, se calcula que más del 90% de la inversión en investigación se dedica a enfermedades del 10% de la población mundial.[47]

En una sociedad cada vez más compleja, globalizada y fragmentada, si bien las desigualdades en salud se han reducido sustancialmente a lo largo del siglo XX en términos absolutos (debido al descenso generalizado de las tasas de mortalidad), han aumentado en términos relativos (en 1980 la tasa de mortalidad era 12 veces más alta en África subsahariana que en los países ricos y en 2005 era 29 veces más[48]).

Las desigualdades en salud guardan estrecha relación con diversos determinantes socioeconómicos. En términos generales, en los países de alto nivel económico la esperanza de vida suele ser más larga que en los países empobrecidos. Sin embargo, las diferencias en la esperanza de vida se reducen cuando se considera la distribución del ingreso: los países que tienen una distribución de ingreso más igualitaria alcan-

45. Marc Lalonde fue Ministro de Sanidad en Canadá entre los años 1972-1977
46. Philippe Lamy, representante de la OMS para México, Fórum Universal de las Culturas 2007
47. Benach, Joan; Muntaner, Carles. Aprender a mirar la salud. Cómo la desigualdad social daña nuestra salud. Ed. El Viejo Topo, 2005.
48. Informe PNUD, 2005

zan niveles de esperanza de vida que son comparables, y algunas veces mejores, a las de aquellos que siendo más ricos tienen una distribución del ingreso más desigual. La búsqueda de la equidad en salud se manifiesta en el empeño por eliminar toda desigualdad de salud evitable, injusta y remediable entre poblaciones o grupos, pero ¿quién y cómo se decide si es innecesaria, injusta y evitable?

Los determinantes de la salud se han ido recogiendo posteriormente en diferentes cumbres y declaraciones de la OMS o la Unión Europea. En 2005 la OMS creó la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS), tras la 57ª Asamblea mundial de la salud, con la misión de reunir datos y evidencias sobre las causas sociales y ambientales de las desigualdades sanitarias y sobre posibles formas de corregirlas.

En 2008 la comisión presentó el informe titulado "Subsanar las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud", en el que se llama la atención sobre la importancia de adoptar el enfoque de determinantes sociales retomando los planteamientos de la conferencia de Alma Ata, que señalaba que el avance en salud, si bien incluía acciones médicas curativas y de prevención específica, debía incluir otros aspectos relacionados con el desarrollo. Además, señalaba la distribución desigual de la riqueza y del poder como causa principal de las inequidades en salud. Mejorar la salud mundial logrando la equidad en salud es el objetivo final y un asunto de justicia social.

A partir del mencionado informe, la Asamblea Mundial de la Salud de 2009 en una resolución instó a actuar sobre los determinantes sociales. En lugar de "salud para todos", la resolución demanda firmemente un enfoque que integre "la salud en todas las políticas" y un compromiso renovado con las medidas intersectoriales para reducir las inequidades sanitarias, así como la aplicación de una estrategia basada en los determinantes sociales en todos los programas de salud pública.

La asamblea solicitó la convocatoria de un evento a escala mundial antes del 2012 a fin de debatir los planes para abordar las tendencias alarmantes de las inequidades sanitarias actuando para ello sobre los determinantes sociales de la salud. Finalmente, se celebra la Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud en Río de Janeiro del 19 al 21 de octubre del 2011[49].

Poco a poco, países y organismos multilaterales van incorporando en sus políticas el enfoque basado en los determinantes de la salud para reducir las desigualdades en salud. La agenda de la salud para las Américas (2008-2017), de la Organización Panamericana de la Salud, por ejemplo, afronta directamente el trabajo en determinantes de salud y la disminución de las desigualdades entre los países y las inequidades internas.

49. En la fecha de elaboración de este informe aún no se había celebrado esta conferencia, por lo que no se aportan datos sobre la misma.

8.1.– INNOVACIÓN EN SALUD PÚBLICA: MONITORIZACIÓN DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD Y REDUCCIÓN DE LAS DESIGUALDADES EN SALUD[50]

En la Unión Europea, durante la presidencia portuguesa en el año 2000, se puso de manifiesto la importancia de los determinantes de la salud, siendo conscientes de la urgencia de intervenir para reducir las desigualdades[51]. En 2005, la presidencia británica mantuvo también este reto y organizó la cumbre *"Abordar las desigualdades en salud. Gobernar para la salud"*. Y en 2010, la presidencia española presentó el informe *"Innovación en salud pública: monitorización de los determinantes sociales de la salud y reducción de las desigualdades en salud"*; en el que establece la equidad en salud como una de las prioridades para su mandato.

La existencia y perpetuación de las desigualdades están íntimamente relacionadas con el impacto de las políticas públicas de cada país, que nunca son neutras (educación, empleo, medio ambiente…), por lo que es necesaria una actuación coordinada para eliminar o reducir los impactos negativos.

El informe hace un recorrido por los antecedentes y acciones emprendidas por la Unión Europea y la OMS en la reducción de inequidades sanitarias y hace seguimiento de los determinantes. Plantea los retos y oportunidades y presenta la necesidad de afrontar este tema desde el análisis de la exclusión social, las desigualdades estructurales, condiciones laborales… Señala que el control de los determinantes sociales es importante no sólo como un indicador predictivo de la salud, sino también como un objetivo en sí mismo de las políticas para alcanzar la eficiencia económica, garantizando un desarrollo sostenible basado en la justicia social.

Se incluye también un listado de algunos de los índices de desigualdades estructurales en salud y determinantes sociales de la salud que existen en la UE, así como el listado original de indicadores que la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS considera imprescindibles para la monitorización.

Específicamente, uno de los capítulos del informe plantea también las oportunidades para contribuir a la reducción de las desigualdades en salud en terceros países a través de la cooperación al desarrollo. Para ello será necesario trabajar hacia una mayor coherencia de políticas para el desarrollo, armonización de donantes y participación de la sociedad civil.

---

50. Ministerio de Sanidad y Política Social 2010. Informe independiente de expertos comisionado por la presidencia española de la Unión Europea.

51. "Todos los países europeos presentan diferencias sustanciales en la salud entre hombres y mujeres, grupos socioeconómicos y regiones. La desventaja en salud de las personas excluidas socialmente, como los migrantes, las personas sin hogar y los que llevan mucho tiempo desempleados , es particularmente llamativa y parece ocurrir en cualquier lugar, independientemente de la riqueza del país" (Ministro de Sanidad de Portugal, 2000).

8.2.–LOS DETERMINANTES DE LA SALUD EN LA COOPERACIÓN ESPAÑOLA

La cooperación española incluye en su planteamiento el enfoque basado en los determinantes de la salud. Tanto el III Plan Director como la Estrategia de salud de la cooperación española plantean un enfoque multisectorial de la salud, asumiendo el modelo de determinantes de la salud y reconociendo que el sector sanitario por sí mismo no puede proporcionar las condiciones previas ni asegurar las perspectivas favorables para la salud. La intervención diseñada tiene dos niveles de acción: uno sobre el estado de la salud, buscando la disminución de la incidencia y prevalencia de enfermedades y de la carga de la enfermedad; y otro sobre los determinantes de la salud, necesario para lograr cambios efectivos y sostenibles en el estado de salud. Sin embargo, los recursos destinados a lo asistencial y curativos son mayoritarios y, por ejemplo, los destinados a educación para la salud han ido disminuyendo paulatinamente.

La AECID apuesta por un enfoque integrado e integrador en su plan de actuación sectorial en salud, con la cooperación dirigida a lograr los siguientes retos:

- La cobertura universal y equitativa de servicios y de protección social.
- La apropiación democrática de la salud.
- La coherencia de políticas para el desarrollo, en particular, el enfoque de "salud en todas las políticas".
- El acceso universal al conocimiento e innovación en salud como un bien global.

Si analizamos los cruces de cada estrategia de cooperación con otros sectores y prioridades horizontales, vemos la necesaria interdependencia y validez de este enfoque y cómo se están articulando los diferentes sectores de cooperación, de acuerdo a los principios de la atención primaria de salud y a la eficacia de la ayuda.

Por ejemplo, la presencia generalizada de las desigualdades de género en la esfera de la salud hace necesaria la incorporación del enfoque de género de forma efectiva en las políticas de salud[52], siendo este componente uno de los determinantes más relevantes. La estrategia "Género en desarrollo" de la cooperación española, además de reflejar las acciones necesarias para la integración como prioridad horizontal, define la relación intersectorial de género con el resto de prioridades horizontales y

52. En la Declaración de Beijing (artículo 105) se estipula que "En la lucha contra las desigualdades en materia de salud, así como contra el acceso desigual a los servicios de atención de la salud y su insuficiencia, los gobiernos y otros agentes deberían promover una política activa y visible de integración de la perspectiva de género en todas las políticas y los programas, a fin de que se haga un análisis de los efectos en uno y otro sexo de las decisiones antes de adoptarlas."

sectoriales que contempla el Plan Director. En su intersección con el sector salud, supera el tradicional enfoque de salud materno-infantil e incluye la salud sexual y reproductiva como una línea prioritaria, como se ha comentado anteriormente.

Enfoque de derechos y determinantes sociales de la salud

¿Qué ocurre si aplicamos el enfoque de derechos en la cooperación para la salud? El resultado claro es la intervención en los *determinantes sociales de la salud*.

La apuesta por la cooperación basada en el enfoque de derechos implica que todos los objetivos de desarrollo pasan por el cumplimiento de los derechos humanos de todas las personas, haciendo evidente su interdependencia e indivisibilidad. La defensa del derecho humano a la salud desde el enfoque de los determinantes sociales garantiza el trabajo en el respeto de otros derechos humanos, facilita respuestas integrales a los problemas de salud y del desarrollo, propone un trabajo intersectorial y, lo que es más importe, promueve la participación de la ciudadanía como principio básico de los derechos humanos.

Todo ello supone el desarrollo del artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, en el que se establecen una serie de estándares de vida adecuados para la salud y el bienestar de las personas. El derecho humano a la salud es un derecho social que requiere la garantía de los derechos civiles y políticos y, por último, forma parte del derecho al desarrollo.

En consecuencia, la equidad en salud es inevitablemente multidimensional y el abordaje de la equidad en salud desde la perspectiva de los derechos humanos permitiría a la OMS y a los Estados miembros el desarrollo de políticas y tratados internacionales que hicieran frente a los determinantes estructurales de la salud. Esto no quiere decir que se disminuya la actividad de los sistemas sanitarios ya que son, por sí mismos, un factor social determinante, incluidos los programas de salud pública. El sector sanitario puede hacer una contribución esencial para reducir las inequidades sanitarias al garantizar la cobertura sanitaria universal e incorporar nuevos actores en la defensa del derecho humano a la salud.

De igual forma, el trabajo iniciado para la defensa del derecho humano a la salud y los determinantes sociales pretende promover una cooperación en salud más eficiente, con enfoque de derechos humanos y que aborde explícitamente las inequidades en salud con una visión integral de la salud para todas las personas en todo el ciclo de vida.

8.3.– LOS DETERMINANTES DE LA SALUD Y LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO

Tanto los objetivos, como metas e indicadores definidos, demuestran la importancia del sector salud en el desarrollo de los pueblos. Como ya hemos comentado, tres de los ODM están directamente implicados con la salud (objetivos 4, 5, y 6). Otros tres tienen metas donde el sector salud debe intervenir (1, 7 y 8); y, en general, todos ellos se relacionan con la salud.

Varios determinantes sociales impactan en la salud y crean una sinergia entre los ODM directamente e indirectamente relacionados con la salud. Por ejemplo, las metas 1 a 4 reflejan determinantes sociales de la salud como la pobreza, la malnutrición o la educación; las metas 9 a 11 corresponden a determinantes ambientales como el acceso a agua y saneamiento, o la pobreza urbana; y las metas 12 a 18 son determinantes globales o distales, tales como el comercio y el alivio de la deuda. En consecuencia, el cumplimiento parcial o el logro de solo unas metas dejaría incompleta la defensa del derecho humano a la salud y el cumplimiento de los objetivos.

Pongamos como ejemplo la importancia e interrelación de la educación y la salud. Los efectos de la educación en la salud de las poblaciones son de carácter directo e indirecto[53]. Efectos directos en cuanto a que a través del desarrollo de la inteligencia, habilidades cognoscitivas, conocimientos, hábitos y aptitudes para solucionar problemas se capacita a las personas y comunidades para actuar sobre su realidad y generar comportamientos y hábitos de vida saludable. Efectos indirectos porque también actúa sobre otros determinantes como el entorno y relaciones laborales, mayor aprovechamiento de recursos, la educación como uno de los mecanismos clave para la superación de la pobreza y, sobre todo, porque genera una mayor conciencia de los derechos ciudadanos y su protección y aumenta los niveles educativos de las mujeres, favoreciendo así su empoderamiento, la disminución de la fecundidad no deseada y los descensos de los niveles de violencia familiar.

8.4.– LA SALUD EN TODAS LAS POLÍTICAS

La estrategia "salud en todas las políticas" intenta demostrar cómo se puede hacer de la salud una meta compartida en todo el gobierno y un indicador común del desarrollo. El Estado asume la equidad en salud como indicador de impacto final de las

53. La educación como determinante social de la salud en el Perú / Miguel Ramos; Raúl Choque. — Lima: Ministerio de Salud. Dirección General de Promoción de la Salud. Dirección Ejecutiva de Educación para la Salud; Organización Panamericana de la Salud, 2007. Cuadernos de promoción de la salud, nº 22.

políticas públicas; es decir, la importancia de las políticas no sanitarias en la salud y la gobernanza compartida en pro de la salud y el bienestar.

Entre el 13 y 15 de abril de 2010 se celebró en Adelaida la reunión internacional sobre la salud en todas las políticas en la que se elaboró la declaración que promueve la citada estrategia. La Declaración de Adelaida hace aportaciones valiosas para la Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud (Río de Janeiro, 2011), para la 8ª Conferencia mundial sobre promoción de la salud (Helsinki, 2013) y para los Objetivos de Desarrollo del Milenio tras 2015.

La reunión de Adelaida se basó en el informe de la Comisión de la OMS sobre Determinantes Sociales de la Salud (2008) y en otros documentos relevantes de la OIT, la OCDE, el PNUD, el ECOSOC, la UNESCO, UNICEF, el Banco Mundial y el Foro Económico Mundial. Asimismo, se basó en trabajos anteriores de la OMS, como la Declaración de Alma-Ata sobre atención primaria de salud (1978); la Carta de Ottawa para el fomento de la salud (1986); las recomendaciones de Adelaida sobre políticas públicas favorables a la salud (1988) y las posteriores conferencias mundiales de promoción de la salud; el documento de consenso de Gotemburgo sobre evaluación del impacto sanitario (1999), y la Declaración de Roma sobre la salud en todas las políticas (2007). El trabajo queda resumido en la Declaración de Adelaida.[54]

La declaración perfila la necesidad de un nuevo contrato social entre todos los sectores para avanzar en el desarrollo humano, la sostenibilidad y la equidad. Hace hincapié en que la mejor forma de alcanzar los objetivos de gobierno consiste en que todos los sectores incluyan la salud y el bienestar como componente esencial de la formulación de políticas, ya que la salud tiene componentes sociales y económicos que escapan al control del sector sanitario. La salud en todas las políticas tiene como elementos centrales: el abordaje de los determinantes de la salud, la reducción de desigualdades y la acción intersectorial que permita avanzar en el desarrollo de nuevas metodologías e instrumentos de intercambio de información que posibiliten este proceso.

Durante la presidencia de la Unión Europea en 2006, Finlandia planteó la "salud en todas las políticas" con el fin de exponer la importancia de tratar de forma transversal, intersectorial o interministerial las cuestiones relevantes para la salud de la población y de mostrar las opciones para llevarlas a la práctica. Ya en la Declaración de Roma de 2007, suscrita por los 27 ministros de salud de la UE, se reconoce la importancia de la cooperación intersectorial en pro de la salud y manifiesta la voluntad de integrar la salud en todas las políticas públicas en todos los niveles.

54. Declaración de Adelaida sobre la salud en todas las políticas, OMS, Gobierno de Australia Meridional, Adelaida 2010.

La Declaración de Roma implica:

- Limitar el aspecto sanitario en las políticas en salud: el estado de salud está determinado en gran parte por factores exteriores al sector sanitario y por lo tanto requiere un trabajo multidisciplinar. Esta estrategia otorga un nuevo papel para el sector salud. Es indispensable también desarrollar sinergias en el ámbito internacional, nacional, regional y local entre la política de salud y las políticas de otros sectores.
- Responsabilizar a las autoridades en la evaluación de los impactos en salud en las diferentes políticas: la "evaluación del impacto sobre la salud" es el método más importante para la integración de la salud en todas las políticas. La OMS define la evaluación del impacto en la salud como una combinación de procedimientos, métodos y herramientas a través de los cuales se puede juzgar una política, programa o proyecto en relación con sus efectos potenciales sobre la salud de la población y la distribución de tales efectos.
- Enfrentar el problema de los gastos en salud con un planteamiento no reduccionista sino orientado a la tutela de los derechos. La falta de protección y de prevención en salud lleva a graves consecuencias económicas.

La UE tiene entre sus principios fundamentales de la acción comunitaria en materia de salud el enfoque de salud en todas las políticas, tal y como se recoge en el *Libro blanco. Juntos por la salud: un planteamiento estratégico para la UE (2008-2013)*. Este principio establece la necesidad de crear alianzas para promover los objetivos de la estrategia, en particular con las ONG, la industria, el mundo académico y los medios de comunicación.

En España, la salud pública está aún lejos de incorporar plenamente los principios de Salud en todas las políticas. En el año 2000, el grupo de planificación y política sanitaria de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS) recomendaba que los objetivos de la investigación en salud fueran clasificados y orientados hacia los determinantes de la salud. Actualmente, la producción científica que incorpora la perspectiva de desigualdades en salud es minoritaria, sobre todo si se compara con otras áreas transversales de investigación, como la genética.[55]

El informe de SESPAS de 2010 titulado "La salud pública en la sociedad española: hacia la salud en todas las políticas", plantea los siguientes retos:

55. Borrell, Carme; Malmusi, Davide. *La investigación sobre los determinantes sociales y las desigualdades en salud: evidencias para la salud en todas las políticas. Informe SESPAS 2010*. Publicado en Gac Sanit.2010; 24(Supl.1):101-8 - vol.24 núm Supl.1

- Coordinar el sector salud con sectores no sanitarios y desarrollar una mayor participación ciudadana en la prevención y atención de la salud.
- Superar el paradigma biomédico a la hora de abordar problemas de salud y plantear la intervención en los determinantes de la salud.
- Potenciar nuevas habilidades de los profesionales de la salud pública.
- Evaluar cualquier intervención en salud y evaluar políticas públicas.

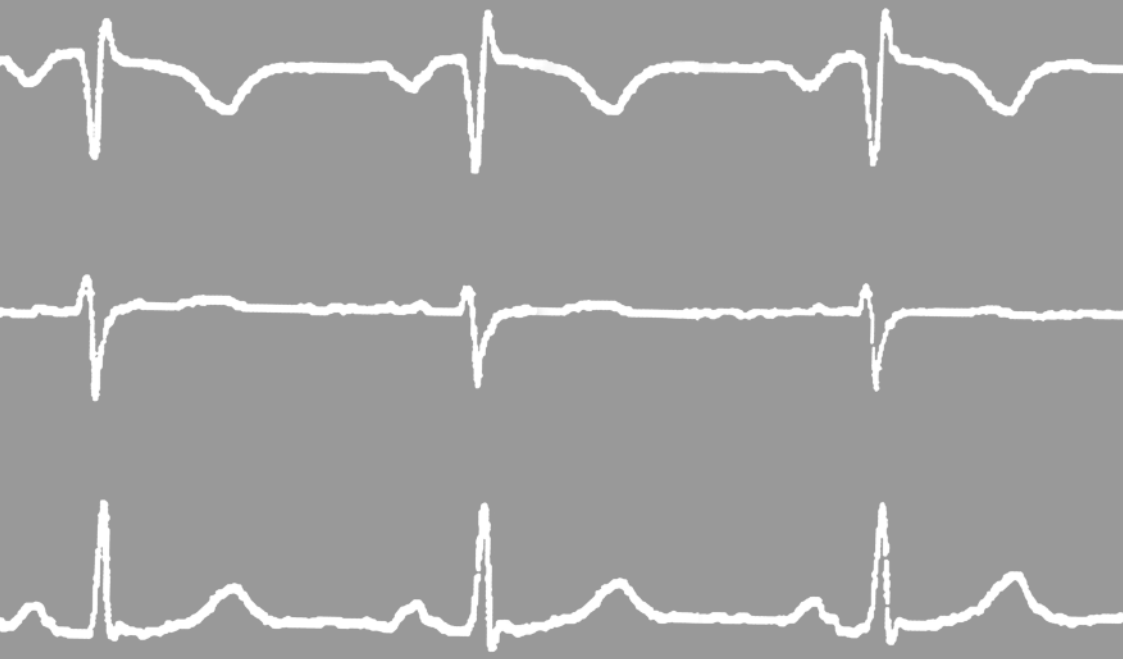
Mejorar la salud de las personas y disminuir las desigualdades en salud pasa por fortalecer los sistemas de salud desde un enfoque integral teniendo en cuenta los determinantes sociales de la salud y promoviendo la salud en todas las políticas con el objetivo de que todas la personas vean reconocido el derecho humano a la salud. Según señala la Declaración de Adelaida "La promoción de la salud no es responsabilidad únicamente del sector de la salud, sino que va más allá de los modos de vida sanos, hasta el bienestar y los entornos propicios".

TABLA 1.2. EJEMPLOS DE ACCIONES DE GOBIERNO CONJUNTAS

Sectores y temas	Relaciones entre la salud y el bienestar
Economía y empleo	· La salud de la población estimula la resiliencia y el crecimiento económicos. Una población más saludable puede aumentar sus ahorros domésticos, tener mayor productividad laboral, adaptarse más fácilmente a los cambios laborales y seguir laboralmente activa durante más tiempo. · Las oportunidades de trabajo y empleo estable mejoran la salud de toda la población, independientemente del grupo social.
Seguridad y justicia	· La frecuencia de la violencia, los problemas de salud y las lesiones aumenta en las poblaciones con peor acceso a los alimentos, al agua, a la vivienda y a un sistema de justicia equitativo. En consecuencia, los sistemas de justicia de las sociedades tienen que ocuparse de las consecuencias del acceso deficiente a estas necesidades básicas. · La prevalencia de las enfermedades mentales (y de los problemas conexos de consumo de alcohol y drogas) se asocia a la violencia, los delitos y el encarcelamiento.
Educación y fases iniciales de la vida	· Los problemas de salud de los niños o de sus familiares dificultan el éxito educativo, reduciendo el potencial educativo y las capacidades para hacer frente a los retos de la vida y aprovechar las oportunidades que esta depara. · El éxito educativo de ambos sexos contribuye directamente a una mejora de la salud y de la capacidad de participar plenamente en una sociedad productiva, y crea ciudadanos comprometidos.
Agricultura y alimentación	· La seguridad alimentaria y la inocuidad de los alimentos mejoran cuando la salud es tenida en cuenta en la producción, fabricación, comercialización y distribución de los alimentos, se fomenta la confianza del consumidor y se garantizan prácticas agrícolas más sostenibles. · La alimentación saludable es fundamental para la salud, y la seguridad y las buenas prácticas alimentarias ayudan a reducir la transmisión de enfermedades de los animales al ser humano, además de servir de apoyo a prácticas agropecuarias que repercuten positivamente en la salud de los trabajadores y las comunidades rurales.
Infraestructura, planificación y transporte	· La planificación óptima de las carreteras, los transportes y la vivienda debe tener en cuenta el impacto sanitario, dado que puede reducir emisiones gravosas desde el punto de vista medioambiental, y mejorar la capacidad de las redes de transporte y su eficiencia desde el punto de vista de la movilidad de las personas, los bienes y los servicios. · La mejora de las posibilidades de transporte (en particular los desplazamientos a pie o en bicicleta) crea comunidades más seguras y vivibles, reduce la degradación medioambiental y mejora la salud.
Medioambiente y sostenibilidad	· La optimización de la utilización de los recursos naturales y el fomento de la sostenibilidad se logran más fácilmente con políticas que influyen en los hábitos de consumo de la población, que también pueden mejorar la salud humana. · A nivel mundial, un cuarto de la totalidad de las enfermedades prevenibles son resultado de las condiciones medioambientales en las que vive la población.
Alojamiento y servicios comunitarios	· El diseño de las viviendas y la planificación de las infraestructuras teniendo en cuenta la salud y el bienestar (aislamiento, ventilación, espacios públicos, recogida de basuras, etc.) y contando con la participación de la comunidad pueden mejorar la cohesión social y contribuir a los proyectos de desarrollo. · Las viviendas accesibles y bien diseñadas y los servicios comunitarios adecuados permiten hacer frente a algunos de los determinantes más fundamentales de la salud entre las personas y las comunidades desfavorecidas.
Tierras y cultivos	· La mejora del acceso a la tierra puede contribuir a la mejora de la salud y el bienestar de los pueblos indígenas, que están espiritual y culturalmente vinculados a un profundo sentido de pertenencia a la tierra y al país. · La mejora de la salud de los pueblos indígenas puede fortalecer las comunidades y la identidad cultural, mejorar la participación de los ciudadanos y contribuir al mantenimiento de la biodiversidad.

Fuente: Declaración de Adelaida sobre la salud en todas las políticas, OMS, Gobierno de Australia Meridional, Adelaida 2010

Si bien es necesaria la acción conjunta de todos los sectores en la mejora de la equidad en salud, existen algunos que es imprescindible tenerlos en cuenta, si buscamos mejorar el impacto y acercarnos al sector dentro de la filosofía de atención primaria de salud, o sea, de una manera integral e integradora. Es necesario tener en cuenta la pobreza (entendida en términos no exclusivamente económicos) en la definición de cualquier estrategia de salud, pues explica gran parte del déficit de acceso a los servicios de salud. Además, hay otros factores incluidos en la definición de la APS y tienen que ver con el entorno de las personas, como vivienda, agua o nutrición, que debemos contemplar siempre en el ámbito de la salud, pues la condicionan en gran medida. Asimismo, la inequidad de género está detrás de muchos de los problemas de acceso de las niñas y mujeres a los servicios de salud y, a pesar de su importancia, no se suele considerar prioritario en las políticas de salud de los países con mayores problemas sanitarios. A corto plazo, en cualquier política de salud debería ser prioritario contemplar los cinco sectores anteriormente señalados.



CAPÍTULO II. PERSPECTIVA INTERNACIONAL

1. INTRODUCCIÓN

Como en años anteriores, comenzamos este capítulo recordando que las cifras desagregadas que presenta públicamente el Comité de Ayuda al Desarrollo son cifras de dos años anteriores. Por lo tanto, salvo las cifras generales de ayuda, de las cuales el CAD ya ha hecho públicos datos preliminares de 2010, el resto de las que presentamos en este informe corresponden a 2009. Por este motivo pueden presentarse discrepancias entre las cifras de este capítulo y los siguientes. La razón de mantener este capítulo es observar lo que hacen en el campo de la cooperación en salud los principales donantes y comparar la cooperación española con el resto de donantes. El análisis del comportamiento de la ayuda oficial al desarrollo canalizada por los principales donantes, agrupados en el Comité de Ayuda al Desarrollo (CAD) de la OCDE, y por la Unión Europea, el mayor contribuyente mundial al sistema de cooperación, ofrece todavía en 2009 una tendencia sostenida a pesar de un leve descenso, tanto en las partidas de ayuda global bilateral y multilateral, como en el capítulo específico de la cooperación en el sector salud.

Sin embargo, el impacto de la crisis económica en la zona euro será, sin duda, uno de los determinantes esenciales en la previsible caída de las contribuciones presupuestarias de gran parte de los donantes de la OCDE, que se producirá a partir de 2010.

2. EL COMITÉ DE AYUDA AL DESARROLLO

A partir de los datos provisionales hechos públicos por el CAD, en el año 2010, el total de la AOD neta desembolsada por el CAD alcanzó la cifra de 128.720 millones de dólares, lo que supuso un incremento del 7,5% respecto al año anterior, incre-

1. http://www.internationalhealthpartnership.net/CMS_files/userfiles/IHP%20Core%20Team%20report%202011%20final.pdf

mento que no es homogéneo en el grupo de donantes. Dentro de este panorama positivo, destaca negativamente el descenso de la AOD española, el mayor en términos absolutos, con una disminución de 654 millones de dólares, es decir, el 10% respecto a 2009. Si observamos el comportamiento del resto, podemos apreciar que Australia, Canadá, Japón, Reino Unido y Estados Unidos incrementan de forma apreciable las cifras absolutas y los porcentajes de ayuda, aunque los tres últimos mantienen la tendencia de crecimiento de años anteriores.

Parece evidente que los países más afectados por la crisis económica mundial han disminuido su cooperación externa, pero no es la única razón. Además de España, Italia, Grecia e Irlanda bajan considerablemente sus aportaciones. Aunque también descienden Suiza, los Países Bajos, Suecia y Luxemburgo, hemos de recordar que los tres últimos son, junto a Noruega, los que destinan a ayuda oficial al desarrollo más del 0,7% de su PIB. A pesar del incremento global de 2010, la comunidad internacional debe entender que las consecuencias de la reducción de la ayuda internacional pueden ser irreversibles y todos los países deberían asumir que el gasto en cooperación no es una partida prescindible, sino prioritaria, sobre todo si hablamos de servicios sociales básicos como salud o educación. Es cierto que la AOD puede y debe ser más eficaz, eficiente, sostenible y con mayor impacto, pero también es necesario mayor predictibilidad de la ayuda para conseguirlo. Para ello, el compromiso de los donantes debe ser constante, bien planificado y mejor gestionado.

TABLA 2.1. AOD NETA DE LOS PAÍSES DEL CAD (EN MILLONES DE DÓLARES)

	2008	% AOD/ PIB	2009	% AOD/ PIB	Variación 08/09	2010	% AOD/ PIB	Variación 09/10
Australia	3.166,20	0,34	2.761,00	0,29	-405,20	3.841,34	0,32	1.080,34
Austria	1.681,00	0,42	1.141,78	0,3	-539,22	1.198,94	0,32	57,16
Bélgica	2.380,66	0,47	2.609,60	0,55	228,94	3.000,23	0,64	390,63
Canadá	4.725,08	0,32	4.012,50	0,3	-712,58	5.131,84	0,33	1.119,34
Dinamarca	2.800,02	0,82	2.809,88	0,88	9,86	2.866,63	0,9	56,75
Finlandia	1.139,12	0,43	1.286,14	0,54	147,02	1.335,36	0,55	49,22
Francia	10.956,92	0,39	12.430,91	0,46	1.473,99	12.915,62	0,5	484,71
Alemania	13.910,18	0,38	12.079,30	0,35	-1.830,88	12.723,05	0,38	643,75
Grecia	692,87	0,2	607,36	0,19	-85,51	500,03	0,17	-107,33
Irlanda	1.324,50	0,58	1.005,78	0,54	-318,72	895,15	0,53	-110,63
Italia	4.443,59	0,2	3.297,49	0,16	-1.146,10	3.110,87	0,15	-186,62
Japón	9.362,15	0,18	9.480,10	0,18	117,95	11.045,22	0,2	1.565,12
Corea del Sur			815,54	0,1	815,54	1.167,74	0,12	352,20
Luxemburgo	408,82	0,92	414,73	1,01	5,91	399,20	1,09	-15,53
Países Bajos	6.992,50	0,8	6.426,08	0,82	-566,42	6.350,60	0,81	-75,48
N. Zelanda	346,32	0,3	309,28	0,29	-37,04	352,83	0,26	43,55
Noruega	3.967,19	0,88	4.085,84	1,06	118,65	4.582,23	1,1	496,39
Portugal	613,71	0,27	512,71	0,23	-101,00	648,10	0,29	135,39
España	**6.685,91**	**0,43**	**6.570,84**	**0,46**	**-115,07**	**5.916,59**	**0,43**	**-654,25**
Suecia	4.729,84	0,98	4.548,23	1,12	-181,61	4.526,62	0,97	-21,61
Suiza	2.015,78	0,41	2.305,35	0,47	289,57	2.295,22	0,41	-10,13
Reino Unido	11.408,71	0,43	11.504,89	0,52	96,18	13.763,07	0,56	2.258,18
EE UU	26.008,41	0,18	28.665,33	0,20	2.656,92	30.154,29	0,21	1.488,96
Total CAD	**119.759,48**	**0,3**	**119.680,66**		**-78,82**	**128.720,77**		**9.040,11**

Fuente: CAD OCDE

Como ya hemos comentado, para hacer un análisis más profundo, incluyendo el análisis sectorial, sólo disponemos de información hasta 2009.

Así, respecto a la naturaleza de los fondos, el ejercicio 2009 presenta un importante incremento (27%) en el capítulo de ayuda multilateral respecto al año anterior; mientras la ayuda bilateral desciende el 4%. No obstante, la ayuda bilateral continúa representando más del 70% del total de la AOD en 2009.

TABLA 2.2. DESEMBOLSOS BRUTOS DE AOD DEL CONJUNTO DE PAÍSES DEL CAD POR CANALES (EN DÓLARES CORRIENTES)

	2006	2007	2008	2009
Bilateral	$ 85.927.500.500	$ 84.214.953.540	$ 98.566.153.560	$ 94.722.759.340
Multilateral	$ 64.354.081.500	$ 28.761.527.220	$ 30.845.038.610	$ 39.343.049.020
TOTAL	$ 150.281.582.000	$ 112.976.480.760	$ 129.411.192.170	$ 134.065.808.360

Fuente: Creditor Reporting System

En 2009, de los 24 países miembros del CAD solo nueve incrementaron los fondos bilaterales destinados a AOD. En cuanto al monto de AOD, destacan las contribuciones de Estados Unidos, Japón, Francia, Alemania y Reino Unido.

Llama la atención el retroceso en la ayuda bilateral de Alemania, que disminuye casi el 25% respecto al año anterior o el de Italia que retrocede el 50%.

España ocupa el séptimo lugar por volumen de ayuda bilateral, alcanzando 4.739,73 millones de dólares; esto supone un retroceso del 12% respecto al año anterior.

TABLA 2.3. DESEMBOLSOS BRUTOS DE AOD BILATERAL DE LOS PAÍSES DEL CAD (EN MILLONES DE DÓLARES CORRIENTES)

	2006	2007	2008	2009
Australia	1.757,51	2.268,07	2.621,37	2.311,78
Austria	1.103,06	1.352,25	1.283,44	520,24
Bélgica	1.418,22	1.317,03	1.482,66	1.663,38
Canadá	1.952,45	2.273,16	3.270,07	3.181,54
Dinamarca	1.056,36	1.443,05	1.479,16	1.666,31
Finlandia	481,08	584,05	695,11	786,23
Francia	8.740,85	7.624,62	7.939,07	8.429,58
Alemania	8.649,15	9.347,15	11.043,06	8.359,52
Grecia	197,41	247,82	312,70	296,94
Irlanda	632,61	826,40	930,60	697,07
Italia	2.346,87	1.570,27	2.062,00	1.051,47
Japón	12.888,38	11.463,78	12.978,64	12.984,76
Corea	401,37	525,48	578,67	615,29
Luxemburgo	198,32	252,83	278,66	265,30
Holanda	4.719,72	4.813,31	5.489,32	4.957,26
Nueva Zelanda	196,80	237,50	271,87	224,33
Noruega	2.194,42	2.889,53	3.078,07	3.168,23
Portugal	215,95	282,85	383,31	312,27
España	2.287,18	3.544,50	5.411,29	4.739,73
Suecia	2.821,77	2.924,48	3.145,72	3.028,17
Suiza	1.264,62	1.274,69	1.561,85	1.760,60
Reino Unido	8.258,69	7.357,33	7.847,40	7.710,44
Estados Unidos	22.144,72	19.794,81	24.422,13	25.992,32

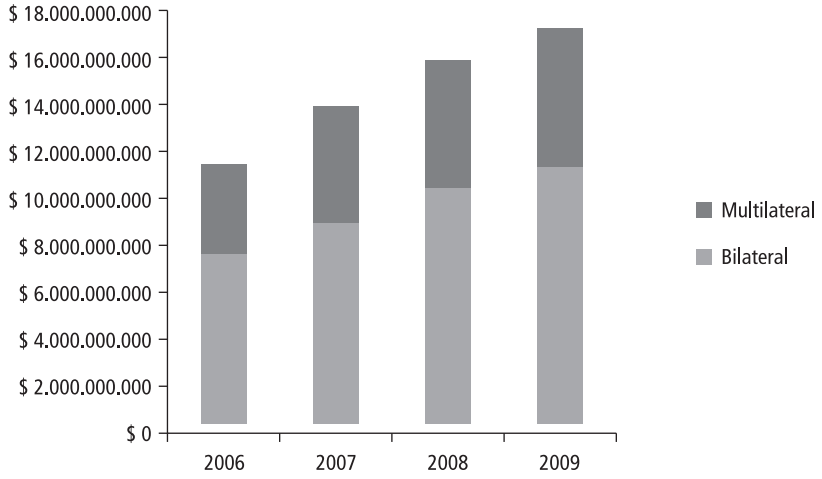
Fuente Creditor Reporting System

2.1. EVOLUCIÓN DE LA AOD EN SALUD

En los últimos cuatro años la AOD dedicada al sector salud por parte del conjunto de países del CAD ha crecido año a año, tanto en términos absolutos, como en su proporción respecto al total de la AOD del CAD, ya que ha pasado de 11.028 millones de dólares en 2006, que supuso el 7,34% de toda la AOD, a 16.848 millones en 2009 que representaban el 12,57% del total de la ayuda. Aunque este porcentaje de salud sobre la AOD prácticamente se ha duplicado en los últimos años, aún no se alcanza el 15% de la AOD que sería necesario para conseguir los objetivos que la comunidad

internacional se ha marcado en el sector de la salud. El crecimiento en 2009 del sector salud se ha producido tanto en el canal multilateral como en el bilateral. Sin embargo, el gráfico nos muestra que el incremento de la ayuda bilateral bruta en salud es mucho más significativo en cifras absolutas. La ayuda bilateral crece desde 2006 a 2009 más del 50%, cerca de 3.700 millones de dólares, mientras que la multilateral crece el 57%, más de 2.100 millones.

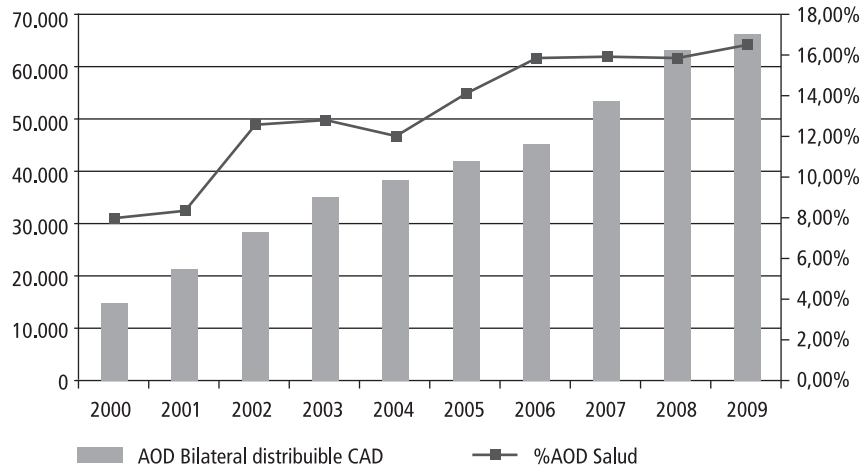
GRÁFICO 2.1. DESEMBOLSOS BRUTOS DE AOD DEL CONJUNTO DE PAÍSES DEL CAD DESTINADOS A LOS SECTORES 120 Y 130 (EN DÓLARES CORRIENTES)



Fuente: elaboración propia a partir de datos del Creditor Reporting System

En el ámbito de la AOD bilateral destinada al sector salud se produce un incremento relativo en el conjunto de los países del CAD durante los últimos cuatro años; si bien cuando analizamos el porcentaje destinado a salud sobre el total de AOD el resultado se queda varios puntos por debajo del 15% demandado, cuando se analiza aisladamente el porcentaje destinado a salud en 2009 de la ayuda bilateral, sectorialmente distribuible, alcanza el 16,47%.

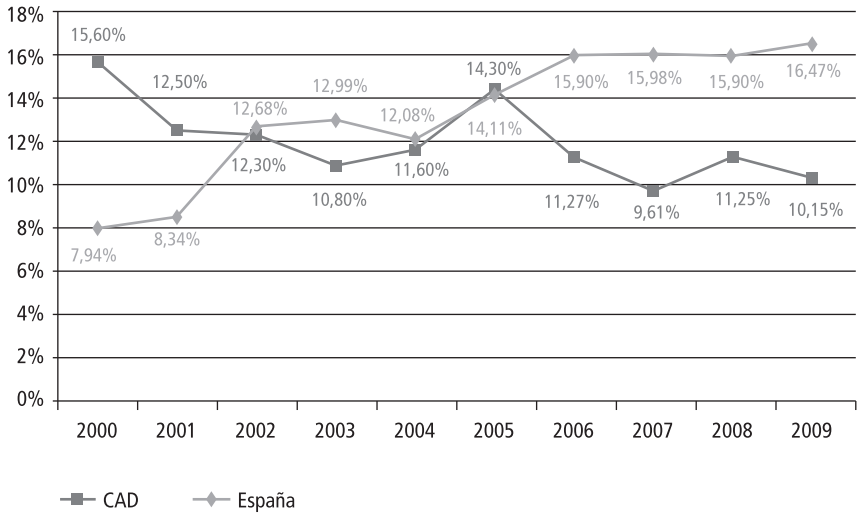
GRÁFICO 2.2. EVOLUCIÓN DEL PORCENTAJE DE LA AOD DESTINADO A SALUD SOBRE EL TOTAL DE AOD BILATERAL DISTRIBUIBLE POR EL CONJUNTO DE DONANTES DEL CAD (DATOS DE AOD BILATERAL EN MILES DE DÓLARES CORRIENTES)



Fuente: elaboración propia a partir de datos del Creditor Reporting System

Cuando comparamos el comportamiento de la cooperación española en salud con el conjunto de los países donantes del CAD, observamos que, porcentualmente, la ayuda española tiene un comportamiento inconstante en los últimos años. Desde el año 2006 el porcentaje destinado al sector salud es claramente inferior a la media de los países donantes, lo que en gran medida se explica por el importante incremento de la AOD española desde ese año, que fue mayor en otros sectores que en el sector de la salud. De hecho, a pesar del incremento significativo de la cooperación española en salud en los dos últimos años, la distancia porcentual con el conjunto de los países donantes del CAD se mantiene en 6 puntos, significando el 10,15% del total de AOD bilateral distribuible, cuando el año anterior alcanzó 11,25%.

GRÁFICO 2.3. PORCENTAJE DE LA AOD BILATERAL DISTRIBUIBLE DESTINADO A SALUD. COMPARATIVA CAD-ESPAÑA



Fuente: elaboración propia a partir de datos del Creditor Reporting System

En relación a las contribuciones bilaterales realizadas por países, Estados Unidos, Reino Unido, Alemania y Canadá fueron los mayores donantes en el sector salud a lo largo del año 2009. La tendencia a lo largo del año ha sido mantener los niveles de fondos destinados al sector salud, de los 23 países miembros del CAD, 10 han descendido sus contribuciones respecto a 2008. Sin embargo, estas cifras enmascaran grandes diferencias. Mientras que el caso de Francia supone porcentualmente un descenso de apenas el 1,5%, en Italia el descenso supone destinar a salud en 2009 el 15% menos que en 2008. En Irlanda este descenso alcanza el 19%.

En el caso de España, se observa un descenso significativo (15%) en comparación a 2008, bajando la contribución bilateral al sector salud de 395 a 336 millones de dólares, colocándole entre los países de mayores descensos en la AOD bilateral en salud. Sería conveniente que la cooperación española avanzara consolidando su trabajo en salud en el ámbito bilateral.

TABLA 2.4. DESEMBOLSOS BRUTOS DE AOD BILATERAL EN SALUD DE LOS PAÍSES DEL CAD (EN MILLONES DE DÓLARES CORRIENTES)

	2006	2007	2008	2009
Australia	180,12	181,94	207,84	225,92
Austria	13,94	13,99	14,02	11,83
Bélgica	117,82	146,52	148,77	156,54
Canadá	213,17	412,91	407,35	439,95
Dinamarca	68,07	79,78	89,55	130,94
Finlandia	37,58	40,30	46,24	36,03
Francia	276,25	97,85	349,94	344,41
Alemania	248,14	350,17	405,61	424,62
Grecia	31,82	33,99	13,58	21,45
Irlanda	155,56	179,81	152,47	123,73
Italia	72,07	107,02	120,49	102,27
Japón	353,89	396,31	347,46	358,28
Corea	40,76	51,90	64,88	99,81
Luxemburgo	42,58	54,14	56,90	46,86
Holanda	249,22	306,41	372,62	357,96
Nueva Zelanda	17,75	12,35	19,16	17,63
Noruega	239,53	211,94	252,49	260,89
Portugal	10,39	11,15	8,21	9,32
España	146,02	235,81	395,68	336,05
Suecia	250,28	285,23	250,69	212,45
Suiza	43,52	43,72	56,89	65,83
Reino Unido	879,73	1.099,43	1.003,02	1.088,56
Estados Unidos	3.583,21	4.216,84	5.319,99	6.079,97

Fuente: Creditor Reporting System

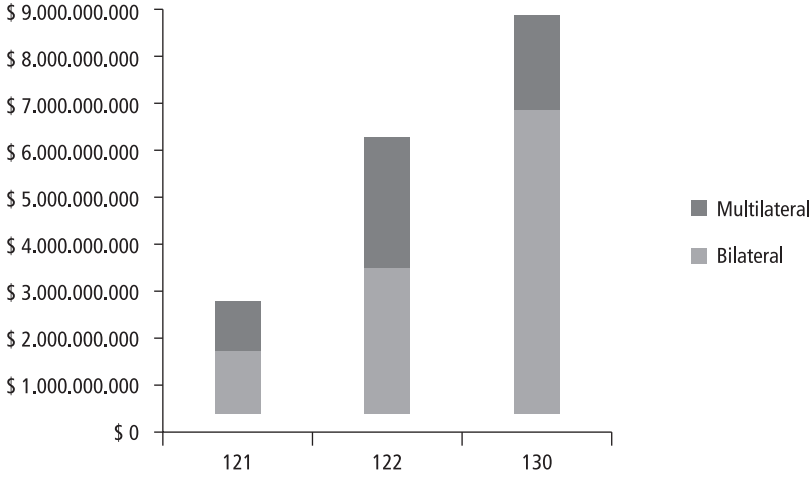
2.2. COMPOSICIÓN SECTORIAL DE LA AYUDA EN SALUD

Para realizar el análisis en profundidad de cómo se distribuye la ayuda oficial al desarrollo en salud, mantenemos, como en anteriores informes, la clasificación de los tres subsectores que propone el CAD para el sector salud: salud general (código CRS 121), salud básica (código CRS 122) y programas/políticas de población y salud reproductiva (código CRS 130).

Como podemos observar en el gráfico relativo a la **ayuda global en salud por subsectores en 2009**, el ámbito de la salud reproductiva concentra la mayor parte de las contribuciones alcanzado la cantidad de 8.552.153.969 dólares, seguido por el subsector salud básica con 5.916.980.893 dólares y, finalmente, salud general con 2.379.365.157 dólares.

En cuanto a instrumentos de financiación, con la excepción del subsector salud reproductiva donde la ayuda se canaliza prioritariamente a través de desembolsos bilaterales, en los subsectores salud general y salud básica encontramos una asignación equilibrada entre la ayuda bilateral y multilateral.

GRÁFICO 2.4. DESEMBOLSOS BRUTOS DE AOD DEL CONJUNTO DE PAÍSES DEL CAD DESTINADOS A LOS SECTORES 121, 122 Y 130 EN EL AÑO 2009 POR CANALES (EN DÓLARES CORRIENTES)



Fuente: elaboración propia a partir de datos del Creditor Reporting System

La evolución en los últimos cuatro años de las **aportaciones globales brutas** de los países donantes del CAD en los subsectores de la cooperación en salud presenta una línea de crecimiento constante entre 2006 y 2009 en salud básica y salud sexual y reproductiva, y estancamiento en salud general.

Dentro del sector de salud general destaca el componente de política sanitaria y gestión administrativa, que supone casi el 77% de todo el sector, componente que más apoya el fortalecimiento de los sistemas locales de salud. En el sector de salud básica la ayuda está más repartida en cuanto a componentes, destacando tres de ellos –atención sanitaria básica, control de enfermedades infecciosas y control de malaria- que en conjunto suponen el 76% del sector, dejando la educación sanitaria y la formación de personal prácticamente sin presupuesto. En el sector de salud sexual y reproductiva destaca el componente de lucha contra enfermedades de transmisión sexual, incluido sida, que acapara casi el 77% de la AOD de este sector y casi el 40% de toda la AOD en salud. Sin embargo, otros subsectores como planificación familiar y, sobre todo, formación de personal no reciben la misma atención.

Se necesita mayor coherencia entre los recursos destinados a los subsectores y el impacto que tienen en el sector sanitario. Si queremos mejorar la ayuda en salud es importante que se apoyen de manera significativa aquellos subsectores que incidan específicamente en la atención primaria de salud (APS) y el fortalecimiento de los sistemas públicos de salud (ver: La salud en la cooperación al desarrollo y la acción humanitaria. Informe 2009).

TABLA 2.5. DESEMBOLSOS BRUTOS DE AOD TOTAL EN SALUD DE LOS PAÍSES DEL CAD POR SECTORES CRS (EN MILLONES DE DÓLARES CORRIENTES)

	2006	2007	2008	2009
121	2.461,98	2.311,65	2.187,77	2.379,37
12110	1.818,05	1.776,16	1.713,64	1.830,01
12181	49,46	69,19	76,72	72,48
12182	399,95	245,58	192,77	170,85
12191	194,53	220,73	204,65	306,02
122	3.659,18	5.055,64	5.372,98	5.916,98
12220	1.332,28	1.846,56	2.169,16	1.770,61
12230	392,08	414,06	339,24	366,20
12240	192,88	246,23	279,63	409,21
12250	979,36	1.627,30	1.109,00	1.289,73
12261	40,74	39,13	54,13	54,09
12262	460,76	493,84	918,17	1.435,28
12263	234,93	329,62	423,46	504,72
12281	26,14	58,91	80,18	87,13
130	4.907,28	6.154,52	7.824,89	8.552,15
13010	296,43	276,23	320,09	277,45
13020	524,46	593,33	901,67	1.173,19
13030	205,48	251,90	385,09	520,03
13040	3.876,71	5.026,24	6.209,61	6.569,51
13081	4,19	6,82	8,43	11,97

Fuente: Creditor Reporting System.

En los últimos cuatro años, la **ayuda bilateral en salud** distribuida por subsectores presenta una tendencia parecida a la anterior: ascendente en salud básica y en salud reproductiva, mientras el subsector salud general experimenta un descenso continuado que vuelve a confirmarse en el año 2009.

En 2009 el conjunto de donantes sigue apostando, prioritariamente, por la salud reproductiva y su tendencia alcista se mantiene con un incremento del 16%, alcanzando la cifra de 6.545 millones de dólares, el 60% de toda la AOD en salud. El subsector salud básica se mantiene con pocas variaciones, suponiendo el 28% de toda la AOD en salud; salud general experimenta un descenso de casi el 6%, significando el 12% del total de AOD bilateral en salud.

La concentración de fondos en el subsector de salud reproductiva está condicionada por la inclusión de la lucha contra el sida en este epígrafe, que acumula el 47% de toda la AOD en salud. En los últimos años ha sido una de las prioridades máximas

de la cooperación en salud realizada en el contexto del CAD, destinándose una importante cantidad de fondos que distorsiona el resultado final. De hecho, si la comunidad internacional invirtiera similares esfuerzos en otros aspectos de la salud reproductiva, como la atención al embarazo y al parto o la planificación familiar, en pocos años podría mejorarse la difícil situación de acceso a los servicios de salud que padecen muchas mujeres, origen de gran parte de la mortalidad materna.

TABLA 2.6. DESEMBOLSOS BRUTOS DE AOD BILATERAL EN SALUD DE LOS PAÍSES DEL CAD POR SECTORES CRS (EN MILLONES DE DÓLARES CORRIENTES)

	2006	2007	2008	2009
121 SG	1.551,51	1.458,98	1.368,64	1.295,62
12110	923,67	944,50	914,78	852,35
12181	49,46	68,94	75,01	64,72
12182	399,95	242,92	192,68	162,51
12191	178,44	202,62	186,17	216,03
122 SB	2.306,54	2.781,97	3.088,45	3.110,57
12220	920,80	1.071,52	1.216,94	992,36
12230	388,59	410,39	330,68	321,11
12240	64,03	191,40	182,36	214,90
12250	854,94	883,40	832,35	869,18
12261	36,16	35,72	47,66	38,24
12262	14,20	86,33	316,17	439,36
12263	3,07	47,94	95,16	173,63
12281	24,75	55,28	67,13	61,78
130 SR	3.413,37	4.328,56	5.646,77	6.545,15
13010	152,34	134,41	95,12	50,24
13020	235,38	329,46	643,36	854,69
13030	202,51	251,90	380,73	507,02
13040	2.818,95	3.605,98	4.519,31	5.122,98
13081	4,19	6,82	8,24	10,23

Fuente: Creditor Reporting System

2.3. DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA

En relación a la distribución geográfica de la AOD en 2009 según el nivel de renta de los países receptores, las tendencias son similares si analizamos el total de la AOD del CAD o si analizamos solo la AOD en salud. Sin embargo, en el caso de la AOD en salud hay una mayor orientación a los PMA y otros países de renta baja. Consideramos muy positivo que gran parte de los recursos se dirijan hacia los PMA y los países de renta baja, ya que tienen mayores problemas de salud. Sin embargo, el importante porcentaje que supone la ayuda no especificada, el 25%, tiene mucho que ver con las iniciativas regionales, sobre todo con las iniciativas globales en salud y pueden distorsionar los resultados finales. Como en años anteriores, solicitamos la mejora en los sistemas de información que eviten sesgos en tales análisis.

TABLA 2.7. DESEMBOLSOS BRUTOS DE AOD DE LOS PAÍSES DEL CAD EN 2009 SEGÚN GRUPOS DE PAÍSES POR NIVEL DE RENTA (EN MILLONES DE DÓLARES CORRIENTES)

	Total AOD	%	AOD salud	%
PMA	41.781,30	31%	5.857,70	35%
Renta baja	16.128,00	12%	2.661,50	16%
Renta media Baja	34.388,90	26%	2.879,10	17%
Renta media alta	8.336,90	6%	1.063,70	6%
No especificado	33.430,70	25%	4.386,50	26%

Fuente: Creditor Reporting System

Si analizamos el destino de la AOD en salud del CAD por regiones en 2009, observamos que continúa la tendencia positiva de los donantes durante los últimos años orientada a concentrar la mayor parte de la inversión de fondos en el continente africano, el que mayores problemas de salud presenta. En 2009, África recibió 8.377 millones de dólares, casi el 50% del total de la AOD en el sector salud. En segundo lugar, Asia concentró el 21,8% de la AOD sanitaria, 3.685 millones de dólares. América apenas recibió el 6%.

TABLA 2.8. DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA DE LA AOD TOTAL Y EN SALUD DEL CAD (EN MILLONES DE DÓLARES CORRIENTES)

		TOTAL AOD	%	Total salud	%
África		**50.743,15**	**38%**	**8.377,52**	**50%**
	Norte de África	4.049,86		167,20	
	África subsahariana	44.286,95		8.097,52	
	África, regional	2.406,34		112,80	
América		**10.937,04**	**8%**	**936,44**	**6%**
	Norte y Centro América	5.520,24		494,13	
	América del Sur	4.519,14		329,79	
	América, regional	897,65		112,53	
Asia		**40.823,88**	**30%**	**3.685,81**	**22%**
	Lejano Oriente	13.295,74		1.140,82	
	Asia central y del sur	19.542,95		2.190,52	
	Oriente Medio	7.199,20		247,50	
	Asia, regional	786,00		106,98	
Europa		**6.056,51**	**5%**	**224,27**	**1%**
Oceanía		**1.560,94**	**1%**	**208,47**	**1%**
No especificado		**23.944,28**	**18%**	**3.415,90**	**20%**

Fuente: Creditor Reporting System

LA INTERNATIONAL HEALTH PARTNERSHIP E INICIATIVAS RELACIONADAS (IHP+)[1]

REVISIÓN DE AVANCES: 2010 Y 2011

La IHP se creó en 2007 para acelerar los resultados en salud de los países de rentas medias y bajas a través de la puesta en práctica de los principios de París sobre eficacia de la ayuda en el sector salud. Tanto los países en desarrollo como los países donantes firmantes de los Convenios Globales (Global Compacts) se comprometieron a conseguir estos resultados apoyando el desarrollo de planes de salud fuertes e integrales liderados no solo por el gobierno sino por otros actores como la sociedad civil, los parlamentos, etc., de manera coordinada.

Actualmente la IHP+ se está desarrollando en la segunda fase de su plan de trabajo. Se centra en la experiencia de los países miembros durante estos últimos años.

A nivel global, los niveles de ayuda en salud se han mantenido, a pesar de la crisis económica, aunque no está claro si esta tendencia va a continuar: la OCDE predice un nivel más bajo de crecimiento o incluso un retroceso en la AOD total en 2011. Las presiones internas que están teniendo los países donantes se reflejan en un mayor énfasis sobre la financiación por resultados, o recibir valor por el dinero desembolsado; y en algunos casos se están llevando a cabo recortes en la financiación tanto multilateral como bilateral. Las nuevas políticas que están poniendo en marcha los países donantes miembros de IHP+ empiezan a tener consecuencias sobre las actividades en los países. Más allá de esto, pero muy relevante de cara a IHP+, la Iniciativa Global de Salud de EE UU está intensificando el trabajo sobre un subgrupo de países con los que ya viene colaborando, de manera que se está desarrollando una cooperación construida sobre plataformas del país socio para promover el fortalecimiento del sistema de salud y obtener resultados sostenibles. Cinco de estos países son signatarios de IHP+.

Durante el año 2011 se está llevando a cabo la reforma de la arquitectura de financiación del Fondo Global. Por otro lado, se va a realizar un informe sobre la iniciativa conjunta de GAVI, el Fondo Global y el Banco Mundial para alinear la financiación de los sistemas de salud con los planes nacionales así como para simplificar los acuerdos de seguimiento fiduciario bajo la rúbrica de la plataforma de financiación de sistemas de salud.

Existe un amplio debate sobre la gobernabilidad de la salud global. El Cuarto Foro de Alto Nivel sobre Eficacia de la Ayuda en noviembre de 2011 se constituye como un hito crucial ya que se hace un balance de los avances en la implantación de los principios de la Declaración de París sobre Eficacia de la Ayuda.

Durante el periodo 2010 y 2011, estos son los principales éxitos de IHP+:

- IHP+ continua creciendo, con nuevos signatarios en África, Asia y en América Latina.
- Hay evidencia de que se está avanzando en la eficacia de los socios en el desarrollo de los programas y en el uso que dan a la ayuda en salud. Sin embargo, el avance es desigual de acuerdo con la Revisión Anual de Implantación de IHP+ Results 2010. En cualquier caso, han participado muchos más signatarios IHP+ en el ejercicio 2010 en comparación con 2009.
- Se está dando un impulso en aquellos países que están desarrollando actividades bajo el paraguas IHP+. Así se ha destacado repetidamente en la Tercera Reunión de los Equipos de País (III Country Teams Meeting) organizado en Bruselas y vinculado a la revisión de los documentos de resultados elaborados para tal ocasión.
- Se está mejorando la participación de la sociedad civil tanto en los procesos de planificación nacional como en los procesos de seguimiento.

- Se está ampliando la puesta en práctica de los JANS (Joint Assessment of National Health Strategies). Se han documentado evaluaciones en cinco países.
- Se han firmado o renovado convenios país en cuatro países más: Benín, Nigeria, Níger y Uganda. Siete más están en marcha. Se ha firmado un protocolo de entendimiento en Togo.
- Existe un impulso creciente tras los esfuerzos para avanzar hacia una plataforma única para el seguimiento y la revisión de las estrategias nacionales, aunque todavía necesita consolidarse.

Principales áreas de trabajo, avances, retos y siguientes pasos

IHP+ se creó para acelerar el avance hacia los ODM de salud. El plan de trabajo en la fase II afirma claramente que el trabajo IHP+ se debe fundamentar en los siguientes principios:

- Mantener el enfoque sobre los resultados de salud.
- Construir sobre lo que ya existe, tanto las políticas nacionales de salud, como los sistemas y los mecanismos de coordinación.
- Mejorar el liderazgo del país en salud atrayendo a más socios alrededor de una única estrategia.
- Reducir los costes de transacción provocados por la multiplicidad de iniciativas cambiando la manera de trabajar de los distintos socios.
- Financiación a largo plazo y más predecible.
- Promover la rendición de cuentas mutua.

En el caso de la participación española como signatario de IHP+, las principales dificultades que está encontrando su implantación se pueden resumir en[2]:

- Existe disparidad entre fuentes de información (entre sede y terreno).
- Dificultades para incluir y coordinar la cooperación descentralizada.
- Falta de información disponible, especialmente en lo que se refiere a datos desagregados.
- Los fondos son desembolsados a través de agencias multilaterales o bilaterales, con la consiguiente falta de capacidad, en algunas ocasiones, para realizar el seguimiento y la rendición de cuentas adecuados.
- Definición ambigua o ambivalente de algunos términos como "technical cooperation".
- La contabilidad de la cooperación delegada se considera actualmente como un reto.
- En lo que concierne a la herramienta de evaluación utilizada, el JANS (Joint Assessment of National Health System), se tiene que realizar una interpretación de algunas preguntas como "health sector aid for the government sector" y "health sector aid" ya que, si no se definen correctamente, pueden resultar redundantes.
- Falta de memoria histórica, en el caso de la cooperación española, en las Oficinas Técnicas de Cooperación.
- Falta de documentos traducidos al español o al portugués.
- Evolución en el tiempo: sesgos en distintos periodos.

Javier Ramírez
Acción por la Salud Global

1. http://www.internationalhealthpartnership.net/CMS_files/userfiles/IHP%20Core%20Team%20report%202011%20final.pdf
2. Acta reunión MASCE 15-06-2011. Anexo: "*IHP+_Madrid_june_2011.pdf*"

3. UNIÓN EUROPEA

La Unión Europea en su conjunto (la Comisión Europea, la Secretaría del Consejo y los Estados miembros de la Unión Europea) continúa siendo el mayor donante mundial en cooperación al desarrollo. Entre el 55 y el 60% de toda la AOD bilateral del conjunto del CAD procede de la Unión Europea. No obstante, la crisis económica en la zona euro podría suponer una disminución de su peso relativo en los próximos años, debido a la previsible disminución de las partidas relacionadas con el gasto social.

Resulta crucial hacer un seguimiento de la evolución futura de la AOD de la Unión Europea en los próximos ejercicios, ya que los datos disponibles de 2009 todavía no reflejan la previsible disminución y continúan presentando una tendencia alcista.

Si hablamos exclusivamente de los desembolsos brutos de AOD de la Comisión Europea, en 2009 alcanzaron 13.161,20 millones de dólares. En cuanto a la evolución de la AOD de la Comisión Europea a lo largo de los últimos cuatro años, observamos la confirmación de una tendencia al alza sostenida entre 2006 y 2009. Sin embargo, en cuanto a la AOD destinada a salud, la tendencia creciente entre 2006 y 2008 se quiebra en 2009 con un retroceso importante, de más del 20% respecto al año anterior, situándose en cifras inferiores a las de 2006. Esta disminución es incompatible con la importancia que tiene la salud en la lucha contra la pobreza y en las propias prioridades de la UE.

A lo largo del período 2006-2009 el peso relativo de la salud en la AOD de la CE ha ido disminuyendo progresivamente hasta situarse en un 4,35 % en 2009, realmente lejos del 15% que solicitamos a todos los donantes. La Comisión Europea debe incrementar su compromiso con la salud de una forma mucho más intensa, dándole a este sector la importancia que tiene dentro de las políticas de cooperación.

TABLA 2.9. DESEMBOLSOS BRUTOS DE AOD DE LA COMISIÓN EUROPEA (EN MILLONES DE DÓLARES CORRIENTES)

	2006	2007	2008	2009
Total AOD	10.132,00	11.466,40	12.875,50	13.161,20
AOD 121	164,90	68,30	177,50	149,30
AOD 122	302,10	457,50	391,10	356,60
AOD 130	140,80	138,10	163,70	67,00
Total salud	607,80	663,90	732,30	572,90
% salud/total	6,00%	5,79%	5,69%	4,35%

Fuente: Creditor Reporting System

3.1. COMPOSICIÓN SECTORIAL DE LA AYUDA EN SALUD DE LA COMISIÓN EUROPEA

Desde el punto de vista del análisis cualitativo y de la composición de la AOD en salud de la Comisión Europea, se observa en 2009 un descenso en la financiación destinada a los tres subsectores (salud general, salud básica y salud reproductiva). El cambio más significativo se centra en la disminución de los fondos destinados al subsector de salud reproductiva. En 2009 este subsector recibió 66,96 millones de dólares, significando una reducción de 96,7 millones de dólares respecto al año 2008. Los otros dos subsectores experimentan descensos menores, pero igualmente importantes. Salud general disminuye 28,23 millones de dólares respecto a 2008 (16%) y el subsector salud básica reduce su asignación presupuestaria en 35 millones de dólares (9%).

En 2009, la composición en sectores de la AOD en salud de la Comisión Europea presenta una tendencia inversa a la del CAD, donde la inversión de la ayuda bilateral seguía priorizando el subsector de salud reproductiva. En cuanto a los componentes de cada subsector, cabe destacar la reducción tan importante que recibe el componente de las políticas sanitarias y gestión administrativa (37%) respecto a 2008, dentro del sector de salud general, ya que es determinante en el fortalecimiento de los sistemas de salud y, sin embargo, incrementa la aportación a servicios médicos (de 7 millones de dólares a 35). También en el sector de salud primaria ha disminuido de forma muy considerable el control de enfermedades infecciosas, de 141 millones a 31; en salud reproductiva destacamos la disminución en el apoyo a políticas sobre salud reproductiva, de 81 millones a 21.

TABLA 2.10. DESEMBOLSOS BRUTOS DE AOD EN SALUD DE LA COMISIÓN EUROPEA POR SECTORES CRS (EN MILLONES DE DÓLARES CORRIENTES)

	2006	2007	2008	2009
121 SG	164,86	68,31	177,53	149,30
12110	159,53	58,39	168,40	106,20
12181	0,00	0,24	1,71	1,94
12182	0,00	2,66	0,09	6,04
12191	5,33	7,02	7,33	35,12
122 SB	302,06	457,49	391,13	356,64
12220	233,15	231,35	208,26	229,68
12230	3,50	3,67	8,56	27,15
12240	3,17	1,64	3,61	56,00
12250	60,85	213,94	141,25	31,86
12261	0,00	2,17	5,32	5,44
12262	0,00	1,10	7,58	1,37
12263	0,00	0,00	3,49	0,00
12281	1,39	3,63	13,06	5,12
130 SR	140,82	138,07	163,66	66,96
13010	29,94	29,07	81,04	21,46
13020	66,70	45,85	35,73	17,13
13030	0,00	0,00	4,36	0,25
13040	44,19	63,16	42,35	26,38
13081	0,00	0,00	0,18	1,74

Fuente: Creditor Reporting System

3.2. DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA

Respecto al comportamiento de la ayuda en salud de la Comisión Europea en el transcurso de los últimos cuatro años, y atendiendo a los niveles de renta de los países destinatarios, la tendencia marca un descenso en los países menos adelantados y ligeras oscilaciones en el resto, ocupando un lugar prioritario los países de renta media baja, el grupo que mayor volumen de ayuda en salud recibe de la Comisión Europea. Observamos una tendencia divergente con el CAD, cuya máxima concentración de ayuda sanitaria tenía como principales destinatarios a los países menos adelantados, lo que consideramos más adecuado.

Los países de renta media baja recibieron en 2009 para salud 187,29 millones de dólares, lo que supone el 32,6% del total de la ayuda dedicada a cooperación sani-

taria por la Comisión. Los países menos adelantados recibieron un total de 175,53 millones de dólares que equivale al 30,6% del total de la ayuda sanitaria. Esta ayuda en países de renta media baja tiene su sentido si va a cubrir las bolsas de pobreza existentes, y si se les exige a los países receptores un plan progresivo para que asuman y mantengan los objetivos y logros conseguidos por la ayuda internacional. Como ya hemos dicho anteriormente, aquí también el elevado porcentaje de ayuda no especificada puede hacer variar los análisis realizados.

TABLA 2.11. DESEMBOLSOS BRUTOS DE AOD EN SALUD DE LA CE SEGÚN GRUPOS DE PAÍSES POR NIVEL DE RENTA (EN MILLONES DE DÓLARES CORRIENTES)

	2006	2007	2008	2009
PMA	189,83	210,70	224,57	175,53
Renta baja	77,87	52,49	69,35	52,88
Renta media baja	191,84	143,13	184,65	187,29
Renta media alta	58,71	70,73	65,36	54,13
No especificado	89,48	186,82	188,39	103,07

Fuente: Creditor Reporting System.

El análisis de la distribución regional de la AOD de la Comisión Europea en 2009 nos muestra una concentración de fondos en el continente africano, especialmente en el sector salud. Así, África fue la principal destinataria de ayuda al desarrollo en 2009 con un importe de 5.673 millones de dólares, lo que supuso el 37,8% del total de AOD, mientras que en el sector salud se destinaron a África 311,22 millones de dólares, el 54% del total de la ayuda sanitaria de la Comisión Europea en 2009. Consideramos adecuado que se destine un mayor presupuesto al continente africano, donde se encuentran los mayores problemas de salud.

La segunda prioridad geográfica de la Comisión Europea en 2009 fue el continente asiático, 133,8 millones de dólares que supusieron en términos relativos el 23% del total de la ayuda oficial al desarrollo en el ámbito de la salud. América, a diferencia de la cooperación española, apenas tiene presencia dentro de la Comisión Europea, y se le destina el 11% del total de la AOD en salud.

TABLA 2.12. DESEMBOLSOS BRUTOS DE AOD DE LA CE POR REGIONES (EN MILLONES DE DÓLARES CORRIENTES)

		TOTAL AOD	%	Total salud	%
África		**5.673,46**	**43%**	**311,22**	**54%**
	Norte de África	839,71		42,98	
	África subsahariana	4.801,75		268,24	
	África, regional	32,00		0,00	
América		**1.125,41**	**9%**	**62,30**	**11%**
	Norte y Centro América	613,23		17,71	
	América del Sur	483,72		44,59	
	América, regional	28,46		0,00	
Asia		**2.554,67**	**19%**	**133,80**	**23%**
	Lejano Oriente	367,73		21,11	
	Asia central y del sur	1.259,38		88,22	
	Oriente Medio	839,20		23,63	
	Asia, regional	88,35		0,84	
Europa		**2.344,03**	**18%**	**47,09**	**8%**
Oceanía		**82,25**	**1%**	**1,90**	**0%**
No especificado		**1.381,39**	**10%**	**16,58**	**3%**

Fuente: Creditor Reporting System

4. LA REFORMA DE LA FINANCIACIÓN DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD ¿HACIA LA PRIVATIZACIÓN DE LA SALUD GLOBAL?

4.1. QUÉ ES LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

Los problemas de salud no suelen ser exclusivos de un país y traspasan las fronteras, de ahí que la comunidad internacional decidiera dotarse de un organismo que fijara los parámetros de la salud global. La Organización Mundial de la Salud (OMS) es la organización de referencia en el campo de la sanidad internacional. Se define como la autoridad directiva y coordinadora de la acción sanitaria en el sistema de las Naciones Unidas.

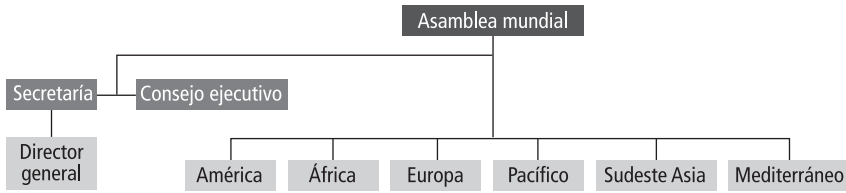
La OMS es la responsable de ejercer el liderazgo en los asuntos sanitarios mundiales, configurar la agenda de las investigaciones en salud, establecer normas, articular opciones de política basadas en la evidencia, prestar apoyo técnico a los países y vigilar las tendencias sanitarias mundiales. Sin embargo, y aunque la OMS elabora directrices y normas sanitarias que permiten afrontar de forma conjunta los problemas sanitarios mundiales, no es un organismo ejecutor, sino que sus funciones

son de carácter orientativo o de asesoría en asuntos de salud pública, tanto para los países como para la comunidad internacional.

4.2. ESTRUCTURA DE LA OMS

La OMS cuenta con una estructura central, la Secretaría, compuesta por un director general y personal técnico y administrativo, con sede en Ginebra. Además cuenta con un Consejo Ejecutivo integrado por 34 expertos, cuya misión es sobre todo la de asesorar y facilitar el trabajo a la asamblea y dar efecto a las decisiones y políticas de la asamblea[3]. La OMS tiene 6 oficinas regionales: Sudeste asiático, la parte oriental del Mediterráneo, Europa, África, América y la zona occidental del Pacífico. También tiene 147 oficinas país[4] que, básicamente, asesoran a los gobiernos locales sobre los problemas que afectan a la salud tanto en el ámbito local como internacional.

GRÁFICO 2.5. ESTRUCTURA DE LA OMS



Fuente: elaboración propia

El órgano decisorio de la OMS lo forma la Asamblea Mundial de la Salud, integrado por delegados de todas las naciones que son miembros, actualmente 193. El personal que trabaja para la OMS se cifra en, aproximadamente, 8.000 personas, entre expertos en salud (epidemiólogos, salud pública, científicos…) y en otros campos como estadísticos, economistas o en acción humanitaria, además de tener personal de apoyo para la gestión y administración. De todo el personal, unos 3.500 (44%) están en la sede de Ginebra, en la que existen varios departamentos, además de la Dirección General: administración general, de salud de la familia y comunidad (donde se incorpora género, envejecimiento, vacunaciones, o salud materna), de sistemas y servicios de salud, de enfermedades infecciosas (VIH/sida, paludismo, tuberculosis y enfermedades tropicales desatendidas), de acción sanitaria en crisis, de seguridad sanitaria y medio ambiente, de innovación información e investigación y de enfermedades no transmisibles y salud mental.

3. http://www.who.int/governance/es/index.html
4. http://www.who.int/about/structure/es/index.html

4.3. HISTORIA

La OMS se comenzó a gestar en San Francisco en 1945, cuando se constituyó Naciones Unidas. Por aquellos años se debatía la necesidad de establecer una organización mundial de la salud. El 7 de abril de 1948 se constituyó la OMS y, por este motivo, ese día se celebra el Día Mundial de la Salud. En junio de 1948, 53 Estados miembros celebraron la primera Asamblea Mundial de la Salud y decidieron que las prioridades de la OMS serían el paludismo, la salud materno-infantil, la tuberculosis, las enfermedades de transmisión sexual, la nutrición y el saneamiento ambiental. 63 años después siguen vigentes como graves problemas de salud, aunque desde entonces se ha ido ampliando el número de prioridades, incluyendo más determinantes de salud o enfermedades que no se conocían entonces, como el VIH/sida, y otros se han modificado, como la salud sexual y reproductiva en vez de salud materna.

Una de las primeras funciones que asumió la OMS fue homogeneizar y elaborar la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), que databa de 1850. La CIE sirve para clasificar enfermedades y otros problemas sanitarios y se ha convertido en el patrón internacional que se utiliza para fines clínicos y epidemiológicos.

A lo largo de su historia ha tenido momentos especiales que queremos destacar. En 1978, en Alma Ata se realizó la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, estableciendo el objetivo de conseguir «salud para todos en el año 2000», objetivo que, a pesar de no haberse conseguido, se sigue aspirando a ello y es el referente de posteriores acuerdos internacionales.

En 1979 se consiguió, por primera y única vez, erradicar una enfermedad infecciosa: la viruela, mediante la coordinación de una campaña que se llevó a cabo entre 1967 y 1979.

En 2003, la Asamblea Mundial de la Salud aprobó el Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT), estableciendo una nueva dimensión jurídica para la cooperación sanitaria internacional, con la adopción de medidas uniformes en el plano nacional como las relativas a los precios e impuestos para reducir la demanda de tabaco, la protección de los fumadores pasivos, la regulación del contenido de los productos del tabaco, la publicidad del tabaco o la venta a menores.

4.4. FUNCIONES DE LA OMS

Cada año la Asamblea Mundial de la Salud se reúne con el fin de establecer la política general de la organización, aprobar su presupuesto y, cada cinco años, nombra al director general. Su labor está respaldada por los 34 miembros del Consejo Ejecu-

tivo, elegidos por la Asamblea de la Salud. Los seis comités regionales se centran en las cuestiones sanitarias de carácter regional.

Las funciones básicas vienen descritas en el "Undécimo Programa General de Trabajo 2006-2015" de la OMS y son las siguientes:

- Ofrecer liderazgo en temas cruciales para la salud y participar en alianzas cuando se requieran actuaciones conjuntas.
- Determinar las líneas de investigación y estimular la producción, difusión y aplicación de conocimientos valiosos.
- Establecer normas y promover y seguir de cerca su aplicación en la práctica.
- Formular opciones de política que aúnen principios éticos y de fundamento científico.
- Prestar apoyo técnico, catalizar el cambio y crear capacidad institucional duradera.
- Seguir de cerca la situación en materia de salud y determinar las tendencias sanitarias.

Los servicios que la agencia proporciona pueden ser de carácter orientativo o técnico. Entre los servicios de asesoría se encuentra la asistencia en la formación de personal médico y la difusión de conocimientos sobre enfermedades como la gripe, la malaria, la viruela… Dentro de los servicios técnicos están la homogeneización biológica y la unificación de las listas de medicamentos con instrucciones de uso, la recogida y difusión de información sobre las epidemias, proyectos internacionales especiales sobre enfermedades parasitarias y virales y la publicación de obras técnicas y científicas.

El Undécimo Programa General de Trabajo 2006-2018 orienta las prioridades y se aplica conjuntamente con los Estados miembros. Dicho programa tiene, por una parte, el plan estratégico a medio plazo (2008-2013), en el que se establecen 13 objetivos específicos y presupuestos bianuales por programas, que analizan los avances conseguidos. Para el bienio 2010-2011, a finales de 2010, la OMS presentó un informe intermedio de la evolución de los objetivos específicos, donde se puede observar (ver siguiente tabla) que, de los 75 resultados esperados, 26 están en riesgo, aunque ninguno llega a la categoría de 'problemas'. Para la OMS, 'en riesgo' significa que los progresos en el logro de los resultados previstos en toda la organización están afectados por obstáculos y riesgos que exigen la adopción de medidas correctivas. Si la contribución de dos o más de las siete oficinas principales tiene la calificación de 'en riesgo' puede ponerse en cuestión el logro de los resultados previstos en toda la organización.

TABLA 2.13: EVOLUCIÓN DE LOS RESULTADOS DE LA OMS EN 2010

Objetivo estratégico		Resultados previstos			
		En curso	En riesgo	Con problemas	Total
OE1	Reducir la carga sanitaria, social y económica de las enfermedades transmisibles.	6	3	0	9
OE2	Combatir el VIH/sida, la tuberculosis y el paludismo.	4	2	0	6
OE3	Prevenir y reducir la morbilidad, la discapacidad y la mortalidad prematura por enfermedades crónicas no transmisibles, trastornos mentales, violencia y traumatismos y discapacidades visuales.	6	0	0	6
OE4	Reducir la morbilidad y mortalidad y mejorar la salud en etapas clave de la vida, como el embarazo, el parto, el periodo neonatal, la infancia y la adolescencia, mejorar la salud sexual y reproductiva y promover el envejecimiento activo y saludable de todas las persona.	3	5	0	8
OE5	Reducir las consecuencias sanitarias de las emergencias, desastres, crisis y conflictos y limitar su impacto social y económico.	5	2	0	7
OE6	Promover la salud y el desarrollo, prevenir o reducir los factores de riesgo relacionados con las afecciones asociadas al consumo de tabaco, alcohol, drogas y otras sustancias psicoactivas, las dietas malsanas, la inactividad física y las prácticas sexuales de riesgo.	6	0	0	6
OE7	Abordar los determinantes sociales y económicos de la salud mediante políticas y programas que permitan mejorar la equidad sanitaria e integrar enfoques favorables a los pobres, sensibles a las cuestiones de género y basados en los derechos humanos.	4	1	0	5
OE8	Promover un entorno más saludable, intensificar la prevención primaria y ejercer influencia sobre las políticas públicas en todos los sectores, con miras a combatir las causas fundamentales de las amenazas ambientales para la salud.	6	0	0	6
OE9	Mejorar la nutrición, la salubridad de los alimentos y la seguridad alimentaria a lo largo de todo el ciclo de vida y en apoyo de la salud pública y el desarrollo sostenible.	5	1	0	6
OE10	Mejorar los servicios de salud mediante el fortalecimiento de la gobernanza, la financiación, la dotación de personal y la gestión, respaldados por datos probatorios e investigaciones fiables y accesibles.	4	9	0	13

Objetivo estratégico		Resultados previstos			
		En curso	En riesgo	Con problemas	Total
OE11	Asegurar la mejora del acceso, la calidad y el uso de productos médicos y tecnologías sanitarias.	1	2	0	3
OE12	Proporcionar liderazgo, fortalecer la gobernanza y fomentar las alianzas y la colaboración con los países, el sistema de las Naciones Unidas y otras partes interesadas para cumplir el mandato de la OMS de hacer avanzar el programa de acción sanitaria mundial consignado en el Undécimo Programa General de Trabajo.	4	0	0	4
OE13	Desarrollar y sostener a la OMS como organización flexible y discente, facilitándole los medios necesarios para cumplir su mandato de manera más eficiente y eficaz.	5	1	0	6
Total		**59**	**26**	**0**	**89**

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la OMS

4.5. EL PRESUPUESTO DE LA OMS

La OMS se financia a través de tres líneas: la contribución obligatoria de los Estados miembros, la contribución voluntaria y otras fuentes secundarias relacionadas con el trabajo de la OMS, como la venta de publicaciones. La OMS destina aproximadamente el 75% de sus fondos a las oficinas en los países y regionales, y alrededor del 25% a la sede. Las contribuciones obligatorias se basan en una escala de contribuciones porcentuales[5]; Estados Unidos asume el 22% desde hace ya unos años y los países más pobres el 0,0010%. Lo lógico sería que las contribuciones obligatorias de los Estados conformaran el mayor porcentaje del ingreso, asumiendo éstos, realmente, los objetivos de la organización; sin embargo, las contribuciones voluntarias son las que suponen mayor porcentaje en los ingresos. En el bienio 2008-2009, las contribuciones obligatorias alcanzaron 940 millones (25%), mientras que las voluntarias sumaron 2.745 millones (72%), el 3% restante, ingresos varios.

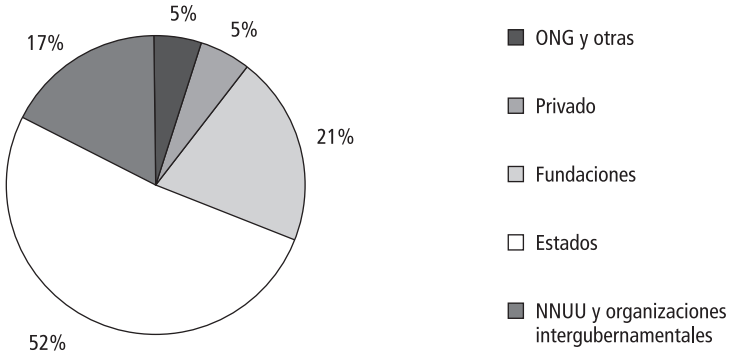
La mayor fuente de contribuciones voluntarias procede de los Estados miembros, como mostramos en el siguiente gráfico, situación que se repite en bienios anteriores. El país que más contribuye a la OMS es Estados Unidos con cerca de 700 millones de euros en el bienio 2008-2009, de los cuales algo más de 200 millones son de cuota obligatoria. Le sigue Reino Unido con cerca de 300 millones. Si solamente tenemos en

5. http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB124/B124_21-sp.pdf

cuenta la cuota obligatoria, tanto Japón como Alemania la tienen más elevada. Por lo tanto, a pesar de la distribución porcentual, nos encontramos que hay países cuya aportación y compromiso es mayor con la OMS que otros que tiene una mayor cuota. Por ejemplo, en el bienio 2008-2009 Noruega y Países Bajos, con una cuota menor, han aportado más que España.

Este dato puede significar un déficit en la gestión interna de la institución al planificar muchas actividades cuyos presupuestos no entran dentro de los ingresos corrientes a las que tienen que hacer frente los Estados miembros mediante contribuciones que, al ser voluntarias, pueden dejar de aportarlas en cualquier momento. Sería más lógico que si los miembros de la OMS asumen los objetivos y resultados de la institución, asuman también en forma de cuotas su puesta en marcha. Cabe destacar que, actualmente, el 5% de las contribuciones voluntarias de la OMS, más de 137 millones de dólares, lo financia el sector privado, aunque pueden ser donaciones en especie, como medicamentos o vacunas.

GRÁFICO 2.6. ORIGEN DE LAS CONTRIBUCIONES VOLUNTARIAS 2008-2009

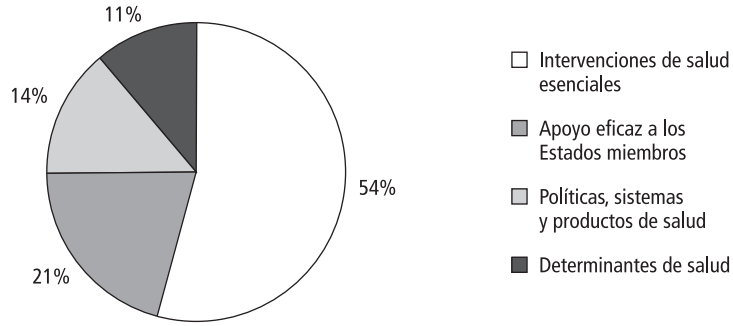


Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la OMS

La OMS trabaja en cuatro grupos de actividad. La que asume más recursos son las intervenciones de salud esenciales, más del 50%, que engloban los programas contra enfermedades transmisibles y no transmisibles, problemas de salud reproductiva, la alerta y respuesta a las epidemias y el desarrollo de vacunas. La función de apoyo eficaz a los Estados supone el 21% de los gastos (donde se incorpora por ejemplo el aumento de la inversión en la gestión de los conocimientos y la tecnología de la

información, o la garantía de la seguridad del personal); la formulación de políticas, sistemas y productos para la salud, incluyendo medicamentos y tecnologías esenciales, suma el 13% del gasto y el 11% restante se dedica a los determinantes de salud, como nutrición, tabaco, género, medio ambiente o violencia (incluyendo los traumatismos).

GRÁFICO 2.7. GASTOS ESTIMADOS POR GRUPOS DE ACTIVIDAD 2006-2007



Fuente: "Trabajar en pro de la salud. Presentación de la OMS". OMS, 2006

La OMS utiliza la gestión basada en los resultados. Esto significa que, cada dos años, la organización determina sus planes para el futuro, la manera en que se propone llevarlos a cabo y los fondos necesarios para alcanzar sus objetivos. Los progresos realizados con respecto a los objetivos se notifican a la Asamblea Mundial de la Salud; sin embargo, los resultados dependen en gran medida de la financiación externa que no está garantizada. Además, el proceso interno de dar cuenta de los progresos en los resultados no asegura ser totalmente transparente, ni eficaz ni eficiente, ya que no tiene en cuenta ni los procesos ni el impacto. La actuación de la OMS en la pandemia de la gripe H1N1 ha sido un ejemplo de falta de autocrítica ante una intervención que ha tenido una gran contestación internacional y que ha puesto en duda las capacidades de la OMS en su función de rectoría de la salud mundial. Sería mucho más adecuado que una organización independiente evaluara los resultados, incluyendo además los procesos que se han llevado a cabo y los mecanismos de sostenibilidad e impacto que se han puesto en marcha.

Actualmente, el bienio 2010-2011 de la OMS está finalizando. El presupuesto por programas 2010-2011 aprobado ha sido de 4.540 millones de dólares[6]. A finales de 2010 se había ejecutado el 41% del total[7] (1.862 millones), por lo que para 2011 queda por ejecutar el 59%. En enero de 2010 el Consejo Ejecutivo alertaba de la disminución de las aportaciones voluntarias, que se calculó entre el 10% y 15%, lo que supondría un recorte en los programas. La OMS ha asumido que tiene un presupuesto poco flexible que le impide pasar recursos de un objetivo a otro, o de una oficina a otra.

4.6. ESPAÑA Y LA OMS

España ingresó en la OMS en 1951, siendo desde entonces un miembro activo de la organización. Formó parte del Consejo Ejecutivo de 1961-64, 1981-84 y 1989-1991 y 2002 al 2005 (su mandato finalizó en enero de 2005). La Ministra de Sanidad y Consumo, Elena Salgado, presidió la Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2005 y ejerció la presidencia inter-sesiones hasta mayo de 2006. Desde 1999, la OMS tiene una oficina en Barcelona que se ocupa del desarrollo y refuerzo de los sistemas de salud para la región europea y el desarrollo de políticas comunes para los países mediterráneos. Esta oficina está relacionada con la división europea de los sistemas de salud y salud pública.

España ocupa el octavo lugar en importancia de pago al presupuesto ordinario, con una contribución ordinaria neta de casi 14 millones de dólares en 2010. Sin embargo, las contribuciones voluntarias en 2010 fueron mucho mayores: 24 millones de dólares[8]. España es uno de los grandes donantes de la organización y debe tener un peso específico importante en las decisiones que se están tomando con respecto a la reforma de la OMS.

4.7. REFORMA DE LA OMS

En mayo de 2010, durante la 64ª Asamblea de la OMS que se celebró en Ginebra, la directora general presentó el informe titulado "El futuro de la financiación de la OMS, reformas para un futuro saludable", que fue aprobado en la Asamblea y desarrolla un plan de acción[9]. Básicamente, se trata de una reflexión sobre papel que juega la OMS en la salud, como autoridad técnica mundial, estableciendo normas, formulando

6. http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/MTSP2009/PPB1-sp.pdf
7. http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_5-sp.pdf
8. http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_29Add1-sp.pdf
9. http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_ID5-sp.pdf

políticas, reuniendo expertos o asesorando técnicamente a los países. Asimismo, se analiza la estructura y gestión de la organización, que considera rígida e inadecuada para dar respuesta a la dinámica situación mundial de la salud. Se señala que la situación mundial se ha vuelto muy compleja y que la OMS ha aumentado de forma considerable sus actividades asumiendo tal cantidad de compromisos difíciles de cumplir no se producen cambios en la gestión de la organización. Entiende la OMS que se está produciendo una fragmentación de la ayuda y una duplicación de esfuerzos. El mencionado documento propone reformas que deberían servir para reorientar las actividades básicas, para reformar la financiación y gestión de la OMS afrontando los retos sanitarios de forma más eficaz y para transformar la gobernanza, fortaleciendo así la salud mundial.

Los puntos clave de la reforma son los siguientes:

1. Énfasis en las funciones básicas que debe desarrollar la OMS.
    - · Fortalecimiento del poder de convocatoria en pro de la salud.
    - · Obtención de datos fidedignos sobre las tendencias y determinantes de salud.
    - · Asesoramiento para la salud y el desarrollo.
    - · Coordinación de la seguridad sanitaria.
    - · Fortalecimiento de los sistemas y las instituciones de salud.
2. Aumento de la eficacia organizativa: decisiones institucionales, ejecución descentralizada.
3. Mejora de la gestión basada en resultados y rendición de cuentas.
4. Enfoque dinámico de la política, la planificación y la gestión de los recursos humanos.
5. Fortalecimiento de la financiación, la movilización de recursos y la comunicación estratégica.
6. Aumento de la eficacia de la OMS en los países.
7. Fortalecimiento de la función de la OMS en la gobernanza sanitaria mundial.

Como ejes estratégicos mantiene el fortalecimiento de los sistemas de salud y la atención primaria de salud (APS), así como la importancia de los determinantes de la salud. Sin embargo, dentro del fortalecimiento de la financiación (punto 5) queremos destacar un párrafo que nos ha llamado la atención: "*Muchos donantes tradicionales de la OMS atraviesan también dificultades presupuestarias. Por lo tanto, la OMS tratará de captar a nuevos donantes y encontrar nuevas fuentes de financiación. El objetivo de la búsqueda de nuevas fuentes de fondos es ampliar la base de recursos de la OMS, por ejemplo, recurriendo a Estados miembros con economías emergentes, fundaciones y el sector privado y comercial, sin comprometer la*

independencia de la organización ni aumentar la fragmentación institucional. La OMS examinará también las ventajas de un modelo de reposición para atraer contribuciones voluntarias más previsibles" .

A partir de la aprobación de la reforma, la propia Asamblea de la OMS presentó los próximos pasos a seguir: un documento de orientación para el Foro Mundial de la Salud que se realizará en noviembre de 2012, la elaboración de una evaluación independiente sobre el trabajo de la OMS (con la ayuda de los Estados miembros), cuyos primeros resultados deben presentarse en la Asamblea Mundial de la Salud de 2012, en la que también se tendrá que informar de los progresos de la reforma.

Llama la atención el proceso que se sigue para la reforma de la OMS. En primer lugar, se debería conocer cómo y qué se va a evaluar de forma independiente. Resulta curioso que antes de que la evaluación pueda ser trabajada por los miembros de la Asamblea, ya se están dando pasos en la reforma. La evaluación debe proporcionar los insumos necesarios para tomar decisiones, por lo que debería ser el primer paso. Por otra parte no es lo mismo que evaluemos los recursos que son necesarios para cumplir los resultados propuestos, planteando criterios de eficiencia o impacto (que habría que definir), que lo hagamos incorporando criterios de sostenibilidad y coherencia de los instrumentos de gestión con los objetivos de la organización.

Resulta muy positivo que la OMS haya entrado en un proceso de reforma y se fortalezca su función de rectoría, promoviendo la coherencia ante la gran cantidad de iniciativas y actores que pueblan el sector salud. Las mejoras técnicas, capacidades y recursos que se necesitan para buscar la excelencia en su trabajo son elementos indispensables en la evolución de la OMS, que además asume elementos clave como el fortalecimiento de los sistemas de salud, la APS o los determinantes de salud. Sin embargo, hay que tener presentes algunos puntos débiles. Ante todo, hay que asumir que la OMS necesita mejorar la predictibilidad y no depender tanto de las aportaciones voluntarias de diferentes actores -se quiere incorporar a nuevos actores como el sector comercial y lucrativo-. Además los Estados miembros son los verdaderos dueños de la organización y los que plantean temas tan elementales como la función de rectoría de los sistemas públicos de salud. Si se incorporaran nuevos actores a la financiación de la organización deberían tener en las decisiones un peso similar a sus aportaciones y, con el tiempo, se podrían poner en cuestión los fundamentos mismos de la OMS, como puede ser la APS.

Si la OMS asume una mejora en sus capacidades y los gobiernos consideran que el trabajo de la organización es importante, eficaz, eficiente y con impacto, lo lógico sería que las aportaciones obligatorias asumieran la mayor parte de los gastos, incluso en época de crisis, pues los beneficios de una acción global que sume todos los esfuerzos está fuera de duda. La OMS debe ser una organización eficaz y transparente y no

debe permitir interferencias en sus decisiones. A pesar de que la OMS asegura que la incorporación de las entidades privadas lucrativas no debe afectar a su independencia, sí puede poner en duda algunas decisiones que se tomen, aunque sean las correctas. Por ejemplo, si las empresas farmacéuticas (o alguna multinacional que tenga intereses dentro de ellas) se convierten en donante importante de algún programa de la OMS, seria difícil para esta organización defender en los foros mundiales posturas cercanas a las líneas que sobre patentes y acceso a medicamentos tiene las farmacéuticas. La mera sospecha de que otras organizaciones influyen en las decisiones puede ser un elemento muy negativo en el apoyo a las actividades de la OMS.

Las críticas ante la gestión de la pandemia de la gripe H1N1 y las sospechas vertidas sobre interferencias de ciertas empresas en la toma de decisiones deberían hacer reflexionar sobre la necesaria credibilidad y confianza que debe estar presente en las actividades, decisiones y en la forma de trabajar de una organización que es el referente mundial de la salud. No queremos decir que las empresas no estén presentes en las discusiones relativas a los retos de la salud, pues son actores muy importantes, pero conviene tener en cuenta que, en muchas ocasiones, los intereses económicos del sector lucrativo pueden llegar a ser contrarios al derecho de acceso a los servicios de salud. Consideramos incompatible, en términos de credibilidad y porque puede dificultar la consecución de los objetivos de la OMS, que organizaciones lucrativas con intereses en el sector salud puedan financiar la organización debido a los eventuales conflictos de intereses.

Creemos que la OMS debe ser una organización fuerte, eficaz y eficiente. Su función de rectoría mundial de la salud se basa sobre todo en su credibilidad. La OMS no tiene una función ejecutiva sino técnica y de asesoría, y los gobiernos deben apoyarla sin fisuras. El próximo año es fundamental para determinar hacia donde se dirige la reforma de la OMS. Los Estados miembros, entre ellos España, deben hacer un profundo seguimiento de los pasos dados, de los resultados de la evaluación y del mantenimiento de la independencia, a pesar de la tentación que pueda suponer en momentos de crisis, cuando disminuyen las aportaciones, que otros asuman la carga de la contribución económica.

¿SALUDABLE INJERENCIA DE NUEVOS ACTORES PARA EL EJERCICIO DEL DERECHO A LA SALUD?

En la 64ª Asamblea Mundial de la Salud, varios Estados miembros adoptaron una firme posición en cuanto al proceso de reforma planteado para la Organización Mundial de la Salud (OMS), demandando que el mismo sea más inclusivo y con una participación más activa de los Estados miembros.

Por su parte varias organizaciones de la sociedad civil, de interés público, comprometidas con los derechos humanos y en promover el derecho a la salud, como un derecho universal, agrupadas en la ***"Coalición por la democratización global de la salud - DGH"*** manifestaron sus preocupaciones solicitando que la OMS reasuma su mandato constitucional como máxima autoridad de coordinación y dirección de la salud para el ejercicio pleno del derecho a la salud. El objetivo de esta coalición es apoyar el proceso de reforma de la OMS expresando puntos de vista de la sociedad civil y dejando escuchar la voz de las organizaciones de interés público y las preocupaciones de las comunidades de base.

La coalición considera el proceso de reforma como una extraordinaria oportunidad para la OMS de redescubrir su identidad fundamental multilateral, en un mundo cada vez más globalizado. La aspiración de la coalición es contribuir a edificar una Organización Mundial de la Salud más fortalecida y más comprometida en responder a las necesidades sentidas de la población en cuanto al derecho a la salud.

La reforma propuesta de la OMS puede producir un considerable impacto en el diseño y definición de una efectiva gobernanza en salud con mayor rendición de cuentas. Preocupa, sin embargo, a los activistas del derecho a la salud el actual enfoque de reforma con una dimensión muy burocrática, antes que con una visión más madura sobre temas centrales basados en valores y en promover la genuina discusión política en busca de una clara visión sobre el futuro de la OMS, aspectos que, por ahora, parecen ausentes en las propuestas de reforma.

Durante la Asamblea Mundial de la Salud celebrada en mayo de 2011 se ha planteado la creación del Foro Mundial de la Salud, dada la alarmante persistencia de disparidades globales en cuanto al ejercicio real del derecho a la salud. Esto se debe, entre otros diferentes factores, al surgimiento de un creciente número de nuevos actores en el campo de la salud con un rol preocupantemente prominente y sin estar sometidos a suficiente control público, cuya acción ha producido, ciertamente, un giro en la cultura institucional de la OMS, teniendo como resultado la aparición de una nueva esfera de influencia, no siempre prudente, en cuanto a las políticas globales de salud, con implicaciones controvertidas en ámbitos locales de los países o de los Estados miembros.

La ascendiente presión sobre los presupuestos de la OMS, por ejemplo, resultado de la crisis económica mundial, ha llevado a la disminución de los mismos y a la fragmentación y dispersión de responsabilidades, debilitando el liderazgo en salud y conduciendo a empobrecer la necesaria coordinación, cuyo efecto se traduce en un escaso financiamiento de programas de salud considerados prioritarios y una insuficiente rendición de cuentas y transparencia, que demandan especialmente los países en vías de desarrollo.

Muchos Estados consideran que la OMS necesita con urgencia promover mayor rendición de cuentas buscando respuestas eficientes y oportunas a las necesidades reales y sentidas de salud de la gente y también como instrumento para medir el impacto de los programas de salud desde la perspectiva de la salud pública.

En el marco de reformas de la OMS, la propuesta de creación del Foro Mundial de la Salud asume que el sector privado, las poderosas fundaciones filantrópicas, fundaciones pri-

vadas, entre otras, invitadas al mismo, colaborarán al avance de la salud desde la perspectiva del interés público. Los activistas del derecho a la salud nos preguntamos si su injerencia no tiene otra finalidad, como por ejemplo, constituirse en una plataforma donde poderosos e influyentes intereses comerciales puedan aumentar y ejercitar mayor control e influencia sobre las políticas públicas en salud que, ciertamente, resultarían amenazadoras para el ejercicio del derecho universal a la salud, con la perspectiva de derechos humanos.

Ante este panorama las organizaciones de la sociedad civil debemos alentar a la OMS a desarrollar mecanismos con más apertura, responsabilidad pública, que estén abiertos a consulta pública y que sean inclusivos, participativos, democráticos, transparentes para que el desarrollo de políticas públicas en salud goce de mayor credibilidad y que, además, se constituyan en un proceso para promover la educación pública sobre políticas de salud.

La OMS debe ejercer un claro liderazgo buscando no solo el ejercicio del derecho a la salud, si no también mayor justicia global. Su rol es coordinar acciones evitando transformarse en una agencia técnica de los nuevos actores en la salud global.

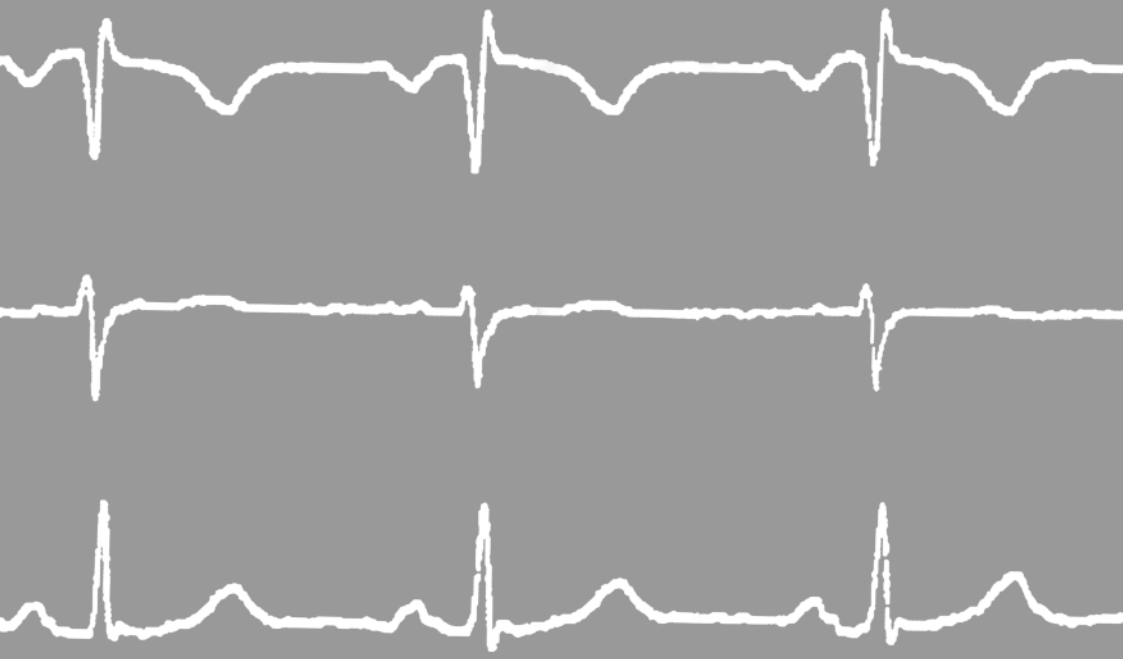
La gobernanza global en salud transparente es imperativa no solo a nivel global sino también debe empezar en casa, fortaleciendo la participación comunitaria, a través de la organización de debates sobre los temas que afectan el interés público y así contribuir a que los delegados oficiales de cada Estado miembro de la OMS, en el momento de las negociaciones globales internacionales, tomen en cuenta y expresen las preocupaciones y percepción local de sus ciudadanos, sobre si la salud debe seguir siendo un bien social, patrimonio de todos y no un privilegio de pocos. Los ciudadanos, la gente que afronta y sufre los problemas de salud tiene el derecho y obligación de manifestar mayor preocupación social sobre lo que acontece en el sector salud y hacer escuchar su voz, estando involucrada en los procesos de toma de decisiones, contribuyendo a la genuina democratización del derecho a la salud, sin discriminación.

Óscar Lanza V. (MD,MPH)
Profesor Senior de Salud Pública – Universidad Mayor de San Andrés de La Paz (Bolivia)
Salud & Desarrollo (Bolivia)

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

CAD	CRS	DENOMINACION	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/POLÍTICAS SOBRE POBLACIÓN 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 maternales 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



CAPÍTULO III. LA SALUD EN LA COOPERACIÓN ESPAÑOLA

1. CONSIDERACIONES GENERALES

1.1. CONSIDERACIONES METODOLÓGICAS SOBRE EL CÓMPUTO DE LA AOD

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

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

A efectos de este informe, se considera AOD del sector salud aquella financiación consignada con los códigos CAD CRS siguientes[1]: 121,122 y 130 que se corresponden con los subsectores salud general, salud básica y políticas y programas de población y salud reproductiva.

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

- Según se explicita en la Estrategia Sectorial de Cooperación en Salud, la **AOD bilateral** es la ayuda oficial al desarrollo que la cooperación española aporta directamente a los países socios. Las actuaciones se gestionan a través de diferentes instrumentos por distintas instancias gubernamentales, locales o de la sociedad civil de los países socios y a través de las OTC de la AECID y de la administración de las comunidades autónomas; en muchos casos, a partir de ONGD, universidades o centros de estudios públicos españoles. La AOD bilateral en sentido estricto comprende la financiación para los siguientes tipos de ayuda: programas, cooperación técnica, proyectos de inversión y otros recursos.

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

- La **AOD multilateral** se entiende como la financiación para el desarrollo canalizada a través de organismos multilaterales que, en principio, es difícilmente especificable en cuanto a su destino geográfico y/o sectorial, ya que se incorpora a un fondo común de todos los donantes que luego lo utiliza la institución multilateral para el desarrollo de su misión. Responden a ese tipo de financiación los "core funding" o contribuciones no marcadas y las aportaciones al presupuesto de la Comisión Europea y al FED (Fondo Europeo de Desarrollo). Desde 2007 la DGPOLDE ha mejorado el sistema de cómputo sectorial de estas ayudas de manera que, a la hora de establecer el volumen de AOD multilateral destinada al sector salud, además de las aportaciones a organismos multilaterales especializados en el sector, se incluyen también imputaciones proporcionales según el conjunto de la actividad del organismo correspondiente[2].
- La **AOD multibilateral** o bilateral canalizada vía OMUDES (Organismos Multilaterales de Desarrollo) es entendida como la financiación que, estando canalizada a través de OMUDES, permite que la unidad/agente financiador tenga mayor capacidad de especificación geográfica y/o distribución sectorial así como de seguimiento, al ser contribuciones mayoritariamente destinadas a programas y/o proyectos. En los volcados de datos estadísticos realizados por DGPOLDE y en los informes de seguimiento de los PACI, la AOD multibilateral suele aparecer dentro del apartado de ayuda bilateral, señalada como bilateral vía OMUDES. Sin embargo, la Estrategia Sectorial de Cooperación en Salud (apartado 4.2.1.) señala que este tipo de AOD se computa como AOD multilateral. En este informe se intentará presentar los datos de forma desagregada en los tres canales para que el lector pueda tener una apreciación lo más ajustada posible a la realidad; el análisis de la ayuda multibilateral se hará junto con el de la multilateral y, a diferencia de las estadísticas publicadas por DGPOLDE, el apartado referido a la ayuda bilateral no incluirá la multibilateral, salvo que para algún gráfico o tabla se señale lo contrario.

1.2. DATOS GENERALES DE LA AOD EN 2010

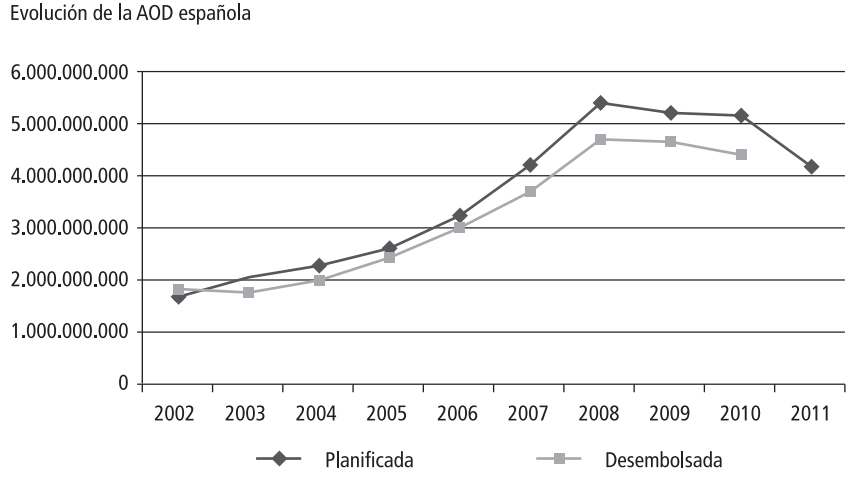
El PACI 2010, segundo de la serie de documentos de planificación anual que concretan el III Plan Director de la Cooperación Española, hacía unas previsiones de AOD española para 2010 de 5.247,82 millones de euros, cantidad similar a la planificada en 2009 y equivalente al 0,51% de nuestra renta nacional bruta.

2. Esto explica que, a partir del informe de seguimiento PACI 2007, en las fichas-sector que se incluyen en los anexos del mismo, se computan mayores cantidades de AOD multilateral en salud (120 + 130).

En cuanto a la ejecución de la AOD durante 2010, la cifra total de ayuda ha sido de 4.491,84 millones de euros, lo que supone una ejecución inferior al 86% de lo planificado, una de las más bajas de los últimos 10 años. Como ya señalamos el año pasado respecto a la ejecución de 2009, habría sido esperable que, en un panorama de interrupción de la tendencia de incremento de la AOD hacia el 0,7% e incluso de retroceso, se hubiera realizado, al menos, una ejecución más próxima al 100%.

En 2010 **se ha producido un descenso significativo de la AOD española, que retrocede alrededor del 5%** respecto al año anterior. De acuerdo al PACI 2011, la previsión es que este año se produzca otro retroceso de la AOD aún mayor, ya que, de ejecutarse el 100% de la AOD planificada, se alcanzaría en 2011 la cifra total de 4.277 millones de euros, situando a la AOD en el 0,4% de la RNB. Sin embargo, a la vista de los recortes que se están produciendo durante este año en la cooperación descentralizada y previendo que, como ha venido sucediendo año a año, la ejecución no supere el 90% de la AOD planificada, la ayuda española podría experimentar en 2011 un descenso del 20% respecto a 2010, es decir, casi el 30% menos de la cifra más alta de AOD de nuestra historia (que corresponde a 2008).

GRÁFICO 3.1. EVOLUCIÓN DE LA AOD PLANIFICADA Y DESEMBOLSADA 2002-2010

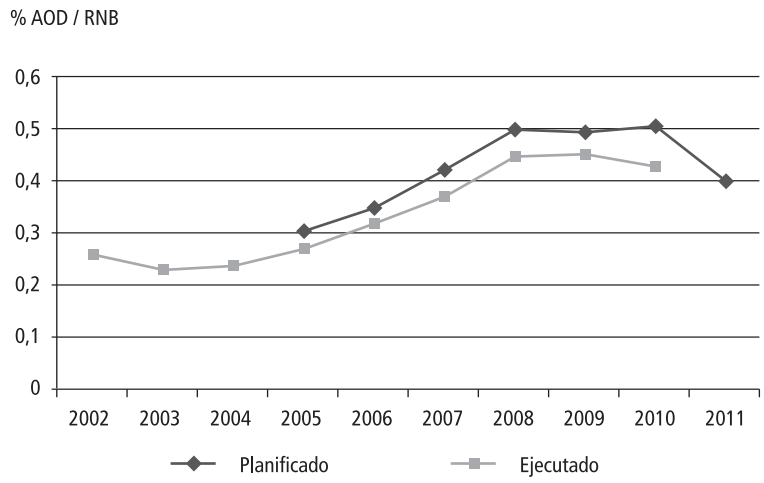


Fuente: elaboración propia a partir de los PACI y de los informes de seguimiento PACI.

En cuanto a la trayectoria en el compromiso hacia el 0'7% de la RNB para AOD que el gobierno había comprometido para 2012 y el resto de partidos políticos con representación parlamentaria habían apoyado a través del Pacto de Estado contra la Pobreza, como podemos ver en el gráfico 3.2., no se ha alcanzado la previsión del 0,5% sino que incluso se produce un retroceso respecto al año anterior, alcanzando el 0,43%. La previsión del PACI 2011 dejaría el esfuerzo español, en el mejor de los casos, en el 0,40% sobre la renta nacional bruta.

Los datos apuntan al hecho de que la política de cooperación se tiene como secundaria e incluso prescindible; en consecuencia, en tiempos de crisis como los que estamos viviendo, se reduce sin más. Queremos resaltar la importancia que tiene la cooperación en el reconocimiento de derechos humanos, como el acceso a la salud o a la educación, de muchas poblaciones. Tales derechos humanos al ser universales deberían ser una prioridad para la comunidad internacional en su conjunto y se verán mermados por la disminución de la cooperación, además, provocará consecuencias irreversibles, como la pérdida de vidas humanas. Recuperar los niveles de financiación alcanzados antes de los recortes supondrá en el futuro mayor esfuerzo para mantener lo que se había conseguido. En el contexto de crisis económica global, la cooperación debería ser un elemento protector de los derechos básicos de las poblaciones más vulnerables y, por lo tanto, incluso debería incrementarse.

GRÁFICO 3.2. EVOLUCIÓN DEL PORCENTAJE DE RNB PARA AOD, PLANIFICADO Y DESEMBOLSADO 2002-2010



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

2. AOD EN SALUD EN 2010

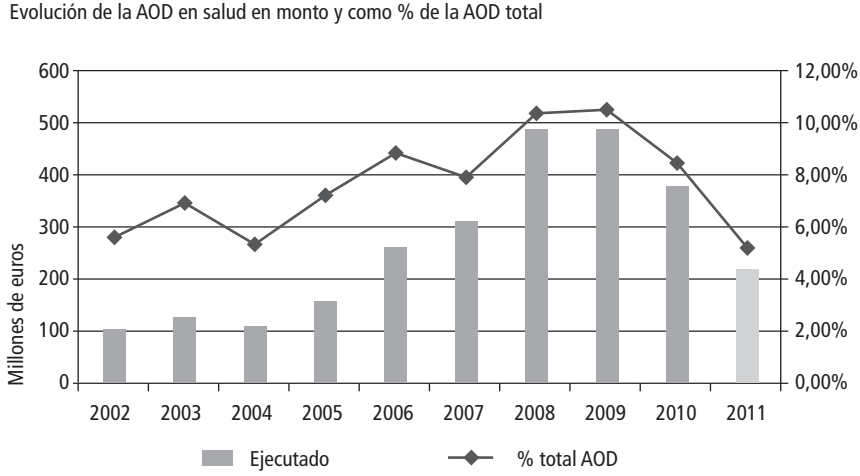
2.1. PRINCIPALES DATOS DE LA AOD EN SALUD EN 2010

Las previsiones del PACI 2010 señalaban que se dedicarían a salud un total de 494,65 millones de euros, es decir, el 14,91% del total de la AOD, y que el 23% de la ayuda en salud se canalizaría a través de ayuda multilateral y el 77% a través de ayuda bilateral (incluyendo multibilateral).

Sin embargo, por lo que respecta a la ejecución real, **en 2010 se han destinado al sector salud 383 millones de euros, es decir, un 22,5% menos de lo que se había planificado, lo que supone el 8,5% del total de la AOD**. Después de cinco años de incrementos en el monto de AOD para el sector salud, se produce en 2010 un retroceso muy sustancial que nos aleja de la recomendación de destinar el 15% de la AOD al sector salud como sector prioritario. Si a este dato tan negativo le unimos la previsión del PACI 2011 de destinar al sector salud solamente 225 millones de euros, es decir, un 42% menos que lo gastado en 2010, y poco más del 5% de toda la AOD planificada para este año, **la ayuda en salud se situará al final de 2011 en valores absolutos inferiores a los de 2006 y en el porcentaje sobre la AOD total más bajo de los últimos diez años**. En consecuencia, este sector será uno de los que va a tener más recortes.

Como podemos ver en el gráfico 3.3., por primera vez desde que se aprobara el II Plan Director de la Cooperación Española se produce un retroceso de la AOD en salud, tanto en términos absolutos como relativos, descenso que, como hemos señalado, será más acusado en 2011 según las previsiones del PACI 2011. Dada la importancia que tiene este sector básico en la lucha contra la pobreza y como derecho humano básico, así como la relevancia que la cooperación española ha querido darle, tal y como se ha evidenciado a lo largo de los años, no parece coherente este cambio de tendencia. Es necesario volver a visibilizar la importancia del sector salud en unos presupuestos coherentes a su importancia de cara al próximo ciclo de planificación.

GRÁFICO 3.3. EVOLUCIÓN DE LA AOD EN SALUD Y DEL PORCENTAJE SOBRE EL TOTAL DE AOD, 2002-2010



Fuente: elaboración propia a partir de los informes de seguimiento PACI. Los datos de 2011 son previsiones a partir del PACI 2011

En cuanto a los porcentajes por vía de canalización, como podemos ver en la tabla 3.1., que resume la AOD neta en salud de 2010, la ayuda bilateral ha supuesto el 36,54%, la multibilateral el 8,36% (con una bajada de 31 puntos respecto a 2009) y la multilateral el 55,09%, porcentajes muy diferentes a los planificados. Se reitera la tendencia de los últimos años de canalizar el mayor porcentaje de AOD a través de organismos multilaterales que, en 2010, suponen más del 63% de toda la ayuda en salud.

El Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación, con el 71% de toda la AOD en salud, vuelve a ser este año el principal agente financiador. Seguimos destacando un año más el pobre papel que en este sector de la cooperación juega el Ministerio de Sanidad con un presupuesto de 600.000 euros, que es la mitad que otros ministerios sin relación con el sector, como el Ministerio de Defensa. Aunque más adelante analizaremos la cooperación reembolsable más profundamente, destacamos que este año los instrumentos reembolsables dejan beneficios de casi un millón de euros, algo que consideramos incompatible con el espíritu que tiene que tener el sector de la salud. La multiplicidad de actores con intereses diferentes nos debe hacer reflexionar sobre cómo se definen las prioridades y la toma de decisiones y como éstas pueden ser incoherentes entre sí.

TABLA 3.1. RESUMEN DE LA AOD ESPAÑOLA EN SALUD. 2010

Total AOD	Tipo AOD	Instrumentos	Actor financiador	Monto €
Total AOD salud 383.045.286 € 100 %	AOD bilateral 139.973.930 € 36,54 %	No reembolsable 140.903.759 € 100,6 %	MAEC AECID - cooperación directa	38.105.393
			MAEC AECID - ONGD	33.107.814
			MAEC SECI[3]	12.025.000
			MCINN	303.600
			MSPSI	275.167
			M. Defensa	1.270.352
			CCAA	46.549.083
			EELL	8.041.387
			Universidades	1.336.214
		Reembolsable - 929.829 € - 0,6	MITC desembolsos[4]	15.653.019
			MITC reembolsos FAD	- 16.582.848
	AOD multibilateral 32.033.250 € 8,36 %		Ministerio Asuntos Exteriores y de Cooperación	31.576.408
			Min. Sanidad, Políticas Sociales e Igualdad	240.000
			Comunidades autónomas	216.442
			Universidades	400
	AOD multilateral 211.038.106 € 55,09 %		Ministerio Economía y Hacienda	53.049.924
			Ministerio Asuntos Exteriores y de Cooperación	157.718.182
			Min. Sanidad, Políticas Sociales e Igualdad	270.000

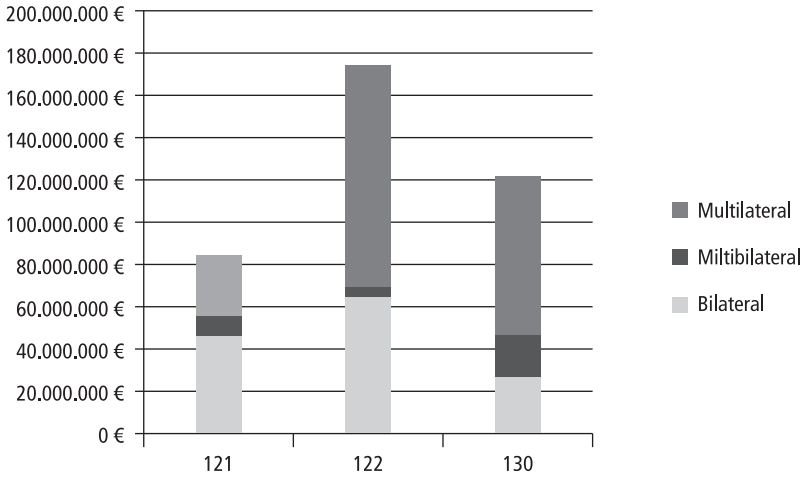
Fuente: elaboración propia a partir de los datos de seguimiento del PACI 2010.

La canalización de AOD a través de organismos multilaterales de cooperación es más intensa en los subsectores de salud básica (122) y especialmente en salud sexual y reproductiva (130), donde representa el 77%. Sin embargo, en el subsector de salud general (121), la ayuda bilateral es mayor a la multilateral y multibilateral, con un peso relativo de casi el 55% del subsector.

3. Esta cantidad corresponde a desembolsos de FAD Cooperación a cargo de la SECI, con carácter no reembolsable, realizadas a favor de IPPF, IAVI, MMV, UNITAID e IPM, que en otros años se han clasificado como ayuda multilateral o multibilateral

4. Incluye desembolsos de FAD y de FEV. En el apartado 3.2.3. se detallan y comentan los desembolsos de FAD.

GRÁFICO 3.4. AOD EN SALUD POR SUBSECTORES Y CANALES, 2010

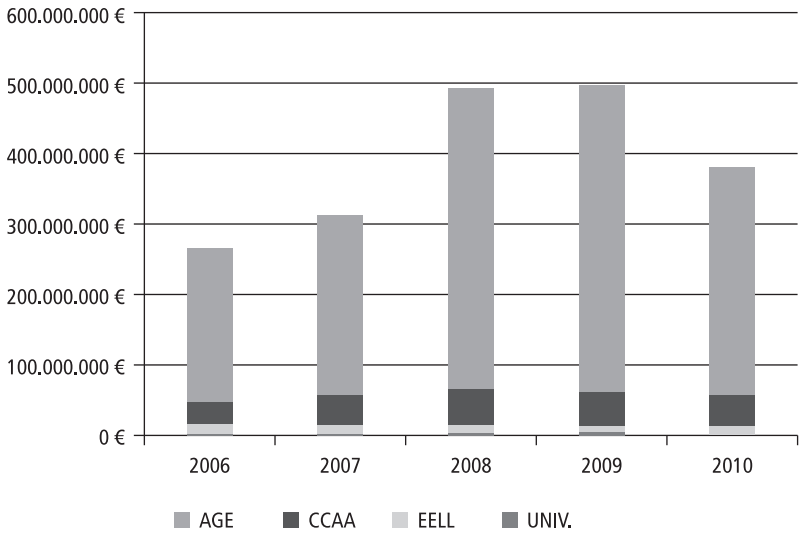


Fuente: elaboración propia a partir de los datos de seguimiento del PACI 2010.

Precisamente, el hecho de que se haya producido en los últimos años una canalización más intensa hacia organismos multilaterales tenía una relación directa con el hecho de que los mayores incrementos de la AOD en salud se producían en la Administración General del Estado (AGE), como podemos ver en el gráfico 3.5. En 2010, observamos una reducción muy significativa en la aportación de AGE al sector salud (descenso de más del 25% respecto a 2009). Los entes locales han mantenido un nivel de financiación para el sector salud muy constante entre 2006 y 2009, pero en 2010 han tenido un descenso del 27%; las comunidades autónomas que tuvieron una tendencia creciente en los tres primeros años de este período y que en 2009 disminuyeron su aporte al sector salud en un 10%, se han mantenido en 2010 con un nivel muy similar al de 2009. Las universidades, aunque tienen poco peso relativo en el conjunto de agentes, han duplicado su ayuda en salud respecto al año anterior.

Considerado en términos totales, más del 96% de la reducción que se ha producido en 2010 en la AOD en salud es debida al retroceso de la AGE, lo que indica que la cooperación estatal es la responsable de la reducción en la cooperación sanitaria.

GRÁFICO 3.5. EVOLUCIÓN DE LA AOD EN SALUD POR AGENTES. 2006-2010



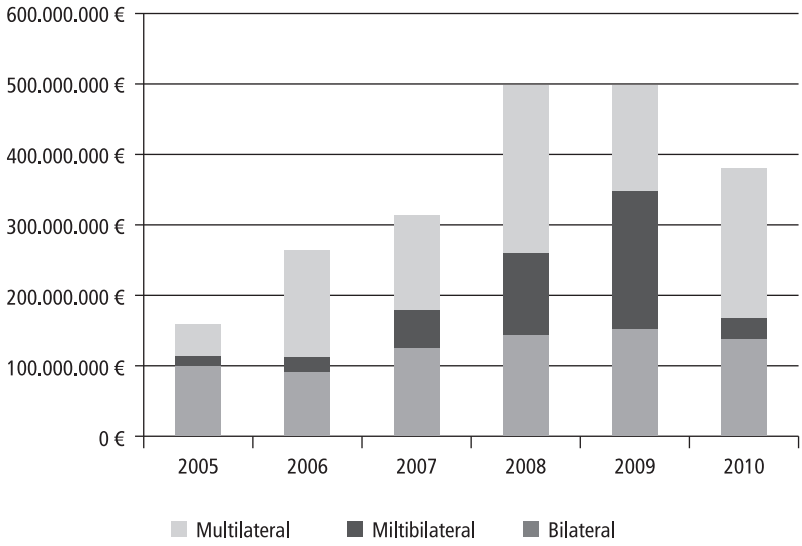
Fuente: elaboración propia a partir de los informes de seguimiento PACI.

2.2. AYUDA CANALIZADA A TRAVÉS DE ORGANISMOS MULTILATERALES

2.2.1. Introducción

Dentro de la AOD española destinada al sector salud, el apartado de AOD canalizada a través de organismos multilaterales (multilateral y multibilateral) había aumentado considerablemente entre 2006 y 2009, ya que el crecimiento experimentado por la cooperación española en el sector salud en los últimos años se ha apoyado fundamentalmente en los canales multilaterales (gráfico 3.6.). En 2010 la ayuda canalizada a través de OMUDES es, precisamente, la que experimenta el mayor retroceso. Como habíamos señalado en informes anteriores, habría sido más conveniente un mayor equilibrio entre el canal bilateral y la canalización a través de OMUDES para que se hubiera producido una mayor consolidación de los avances de la cooperación española en el sector salud. La ayuda bilateral, que en 2008 y 2009 suponía alrededor del 30% de la ayuda en salud, en 2010 ha tenido un peso relativo del 37% debido a la disminución de la ayuda multibilateral.

GRÁFICO 3.6. EVOLUCIÓN DE LA AOD EN SALUD POR CANALES. 2005-2010



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

2.2.2. AOD multilateral en salud en 2010

En 2010 la AOD multilateral ha supuesto el 55% de toda la AOD en salud.

La **ayuda multilateral** en salud ascendió a 211 millones de euros, con un incremento del 45% respecto al año anterior, que absorbe parte de la reducción de la multibilateral. De su distribución por agentes y por organismos receptores (tabla 3.2.) destacamos algunos aspectos:

- El Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación es el principal agente financiador de ayuda multilateral en salud en 2010, con casi el 75%.
- El Fondo Global de Lucha contra el Sida, la Malaria y la Tuberculosis (GFATM) recibe la mayor cantidad de AOD multilateral para el sector salud, casi el 49%, mientras que el conjunto de las agencias de Naciones Unidas reciben apenas el 21%.
- Varios de los aportes que en 2009 se contabilizaron como ayuda multilateral (con cargo al FAD Cooperación gestionado por SECI) han sido contabilizados este año como ayuda bilateral siguiendo indicaciones del CAD (IPPF, IAVI, AIM, UNITAID).
- La distribución de la AOD multilateral entre organismos receptores es sensiblemente diferente a la de 2009 y se asemeja más a la de 2008; esto se debe a que en 2008 y 2010 la aportación al GFATM se contabilizó como ayuda multilateral y en 2009

TABLA 3.2. DISTRIBUCION DE LA AOD MULTILATERAL EN SALUD SEGÚN AGENTE Y RECEPTOR. 2010

AGENTE	ORGANISMOS RECEPTORES	2009	2010	%
MAEC - SECI	**NACIONES UNIDAS**	**45.232.433 €**	**44.468.602 €**	**21,07%**
	FIDA - Fondo Internacional para el Desarrollo Agrícola	370.211 €		
	FNUAP - Fondo de Población de NN UU	14.000.000 €	16.000.000 €	7,58%
	OMS - Organización Mundial de la Salud	23.255.020 €	19.098.237 €	9,05%
	ONUSIDA - Programa conjunto de NN UU sobre el sida	3.388.543 €	1.637.071 €	0,78%
	PNUD - Programa de NN UU para el Desarrollo	1.378.689 €	1.398.007 €	0,66%
	UNICEF - Fondo de NN UU para la Infancia	2.839.970 €	3.878.648 €	1,84%
	PMA - Programa Mundial de Alimentos		2.456.639 €	
	OTROS ORGANISMOS	**32.280.729 €**	**113.249.580 €**	**53,66%**
	AIM - Alianza Internacional de Microbicidas	1.500.000 €		
	GFATM - Fondo Global contra el Sida, Malaria y Tuberculosis	1.500.000 €	103.000.000 €	48,81%
	IAVI - Iniciativa Internacional para la vacuna del sida	3.000.000 €		
	IFFIm - Facilidad Financiera Internacional para la Inmunización	9.475.000 €	8.463.161 €	4,01%
	IPPF - Federación Internacional de Planificación Familiar	1.000.000 €		
	OIM - Organización Internacional de las Migraciones	805.729 €		
	UNITAID - Facilidad Internacional de Compra de Medicamentos	15.000.000 €		
	GAVI - Alianza Mundial para Vacunas e Inmunización		1.786.419 €	0,85%
	SUBTOTAL MAEC	**77.513.162 €**	**157.718.182 €**	**74,73%**
MEH	**INSTITUCIONES FINANCIERAS**	**24.147.726 €**	**19.823.555 €**	**9,39%**
	BM AIF - Asociación Internacional de Fomento Banco Mundial	20.531.788 €	18.327.385 €	8,68%
	BAfD - Banco Africano de Desarrollo	2.775.230 €	1.496.170 €	0,71%
	BAsD - Banco Asiático de Desarrollo	840.708 €		
	UNION EUROPEA	**43.856.394 €**	**33.226.369 €**	**15,74%**
	Comisión Europea - Cooperación internacional al desarrollo	34.290.605 €	24.415.637 €	11,57%
	FED - Fondo Europeo de Desarrollo	9.565.789 €	8.810.732 €	4,17%
	SUBTOTAL MEH	**68.004.120 €**	**53.049.924 €**	**25,14%**
MSPSI	OMS - Organización Mundial de la Salud	4.560 €	270.000 €	0,13%
	SUBTOTAL MSPSI	**4.560 €**	**270.000 €**	**0,13%**
	TOTAL AOD MULTILATERAL EN SALUD	**145.521.842 €**	**211.038.106 €**	**100%**

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de seguimiento del PACI 2010.

fue mayoritariamente por vía multibilateral. Sería conveniente que el tratamiento estadístico de AOD respondiera a criterios constantes que permitan hacer comparaciones entre unos años y otros.

- En 2010 se produce también una disminución importante de la ayuda multilateral en salud aportada por el Ministerio de Economía y Hacienda.

2.2.3. AOD multibilateral en salud en 2010

La ayuda multibilateral en salud sufrió una drástica reducción en 2010 con respecto a 2009, llegando apenas a 32 millones de euros, frente a los 200 millones del año anterior, por tanto, el 84% menos. Casi el 99% fue aportado por el Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación, principalmente a través del FAD cooperación que, como ya hemos comentado, no son realmente fondos reembolsables.

TABLA 3.3. DISTRIBUCION DE AOD MULTIBILATERAL EN SALUD SEGÚN AGENTES

AGENTES	2009	%	2010	%
MAEC SECI (FAD Cooperación)	177.078.594 €	89,88%	29.100.000 €	90,84%
MAEC AECID	16.060.219 €	8,15%	2.476.408 €	7,73%
MEH	285.918 €	0,15%		
MSPS	197.784 €	0,10%	240.000 €	0,75%
Comunidades autónomas	3.286.648 €	1,67%	216.442 €	0,68%
Entidades locales	100.000 €	0,05%		
Universidades	4.200 €	0,00%	400 €	0,00%
TOTAL	**197.013.363 €**	**100%**	**32.033.250 €**	**100%**

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de seguimiento del PACI 2009 y 2010.

En cuanto a los organismos receptores de estos fondos, más del 95% se concentró en tres organismos: FNUAP (45%), UNICEF (25%) y OPS (25%), como podemos ver en la tabla 3.4. Respecto a la aportación a MMV, en 2010 ha sido clasificada como ayuda bilateral aportada por MAEC-SECI con cargo al FAD Cooperación, siguiendo indicaciones del CAD.

TABLA 3.4. DISTRIBUCION DE AOD MULTIBILATERAL EN SALUD SEGÚN ORGANISMO RECEPTOR

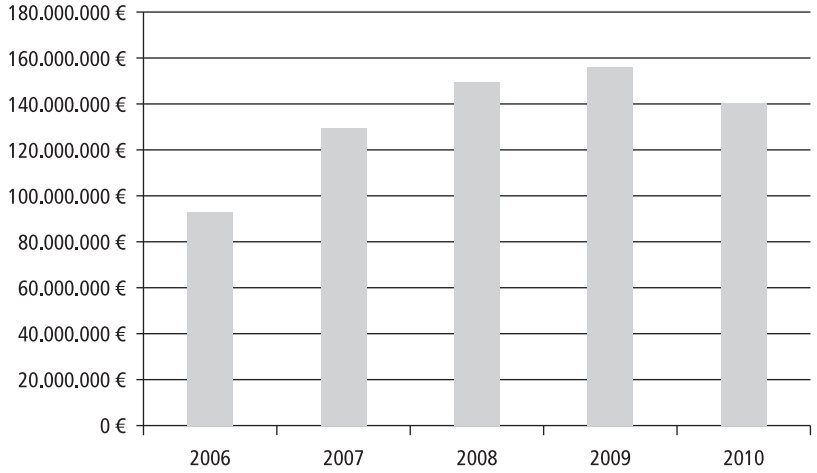
ORGANISMOS RECEPTORES	2009	%	2010	%
GFATM	142.747.594 €	72,46%		
FNUAP	19.156.531 €	9,72%	14.331.388 €	44,74%
OPS	12.540.000 €	6,37%	8.060.000 €	25,16%
UNICEF	6.875.427 €	3,49%	8.225.020 €	25,68%
DNDi	5.000.000 €	2,54%		
MMV - Medecines for Malaria Venture	3.000.000 €	1,52%		
UNRWA	2.370.000 €	1,20%	57.172 €	0,18%
OMS	2.313.784 €	1,17%	770.000 €	2,40%
OIEA	820.000 €	0,42%		
PNUD	600.000 €	0,30%	200.000 €	0,62%
CEDEAO	500.000 €	0,25%		
ONUSIDA	400.000 €	0,20%	200.000 €	0,62%
Banco Mundial	285.918 €	0,15%		
OEA - Organización de Estados Americanos	161.709 €	0,08%		
ACNUR	112.000 €	0,06%		
ONDUC - Oficina de NN UU contra la Droga y el Delito	89.000 €	0,05%	180.000 €	0,56%
OEI - Organización de Estados Iberoamericanos	37.200 €	0,02%		
UE	4.200 €	0,00%		
Programa de Voluntarios de Naciones Unidas			9.670 €	0,03%
TOTAL	**197.013.363 €**	**100%**	**32.033.250 €**	**100%**

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de seguimiento del PACI 2009 y 2010.

2.3. AYUDA BILATERAL

La AOD bilateral destinada a salud (sin incluir la ayuda multibilateral o bilateral canalizada vía OMUDES) fue en 2010 de casi 140 millones de euros, que representa el 36,54% de la AOD en salud, lo que supone, por un lado, una disminución del 10% en términos absolutos respecto al año anterior y, por otro lado, un aumento del peso relativo dentro del conjunto de la ayuda en salud de más de cinco puntos. Por primera vez en los últimos cinco años se produce un descenso de la AOD bilateral en salud, descenso que dificulta la predictibilidad de la ayuda sanitaria, con las consecuencias negativas que tiene para los países receptores que no pueden coordinar sus acciones a medio plazo con la cooperación internacional.

GRÁFICO 3.7. EVOLUCIÓN DE LA AOD BILATERAL EN SALUD, 2006-2010



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

La ayuda bilateral en salud sigue diversas **vías de canalización**, tanto a través de entidades públicas como privadas, lucrativas y no lucrativas, del país donante y de los países socios. Como podemos ver en la tabla 3.5., las ONGD españolas canalizan el mayor porcentaje de este tipo de ayuda con casi el 57%. Destaca también en este año un mayor equilibrio en la canalización a través de entidades públicas españolas y de los países socios, y la aparición de las asociaciones público-privadas como vía de canalización de AOD bilateral, con el 8% del total.

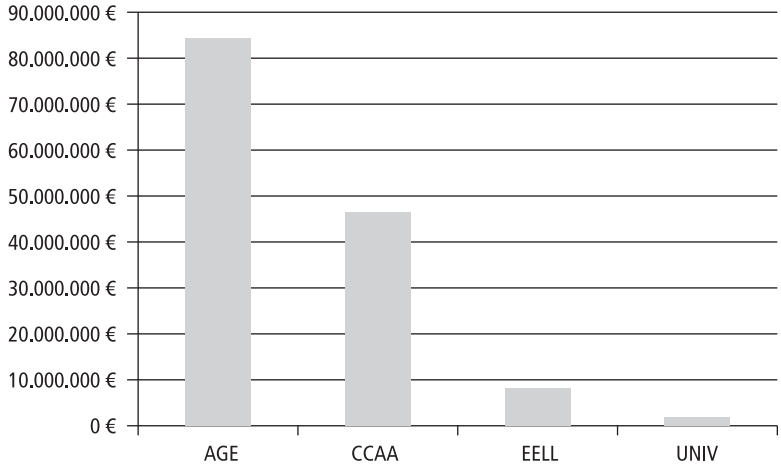
TABLA 3.5. VÍAS DE CANALIZACIÓN DE LA AOD BILATERAL EN SALUD, 2009-2010.

VIAS DE CANALIZACION	2009	%	2010	%
Entidades públicas del país donante	14.498.373 €	9,30%	21.997.484 €	15,72%
Entidades públicas del país socio	44.800.965 €	28,75%	19.951.318 €	14,25%
Entidades públicas de otro país socio (cooperación triangular)	345.900 €	0,22%	1.779.334 €	1,27%
ONGD internacionales	4.454.552 €	2,86%	2.340.391 €	1,67%
ONGD nacionales (del país donante)	86.682.676 €	55,62%	79.596.863 €	56,87%
ONGD del país socio	634.681 €	0,41%	231.344 €	0,17%
Otras entidades sin ánimo de lucro del país donante	1.972.262 €	1,27%	485.659 €	0,35%
Otras entidades sin ánimo de lucro del país socio	1.982.424 €	1,27%	1.005.560 €	0,72%
Entidades con ánimo de lucro del país donante (empresas/consultorías/universidades privadas etc.)	224.409 €	0,14%	-1.631.616 €	-1,17%
Entidades con ánimo de lucro en el país socio (empresas/consultorías etc.)			150.000 €	0,11%
Asociaciones público-privadas (PPP)			11.200.000 €	8,00%
Redes			38.190 €	0,03%
Universidades públicas del país donante			1.685.134 €	1,20%
Universidades públicas del país socio			8.385 €	0,01%
Universidad privada, centro de investigación privado			41.047 €	0,03%
Otras entidades	162.270 €	0,10%	1.094.837 €	0,78%
Sin clasificar	76.691 €	0,05%		
TOTAL	**155.835.203 €**	**100%**	**139.973.930 €**	**100%**

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

En cuanto a los **agentes financiadores** de la AOD bilateral en salud, la Administración General del Estado aporta el 60%; las comunidades autónomas (CC AA), el 33%; las entidades locales (EE LL), el 5,7%; y las universidades, el 0,95%.

GRÁFICO 3.8. DISTRIBUCIÓN DE LA AOD BILATERAL EN SALUD POR AGENTES FINANCIADORES, 2010



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de seguimiento del PACI 2010.

Dentro de la Administración General del Estado, la casi totalidad corresponde al Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación (AECID, con el 84,73% y SECI con el 14,31%).

A nivel subsectorial, la AOD bilateral en salud se distribuyó del siguiente modo: 33% para salud general (121), 47% para salud básica (122) y 20% para salud sexual y reproductiva (130), lo que supone respecto a 2009 un importante descenso en el peso relativo de la salud general y aumento de la salud básica, como se observa en la tabla 3.6.

La desagregación por componentes CRS permite observar que la mayor asignación de ayuda bilateral (casi un cuarto del total) se destina al componente de política sanitaria y gestión administrativa, a pesar de que experimenta una disminución importante respecto al año anterior. Es un subsector muy importante ya que apoya de forma clara el fortalecimiento de los sistemas de salud. También se produce un aumento importante en el componente de atención sanitaria básica. Hay descensos significativos en servicios médicos, atención en salud reproductiva y lucha contra ETS. Son destacables los aumentos en educación sanitaria y planificación familiar, componentes para los que venimos reclamando en los últimos años mayor apoyo. No obstante, ninguno de los dos alcanza el 2% del total de la ayuda.

TABLA 3.6. AOD BILATERAL EN SALUD POR COMPONENTES CAD-CRS, 2009 Y 2010

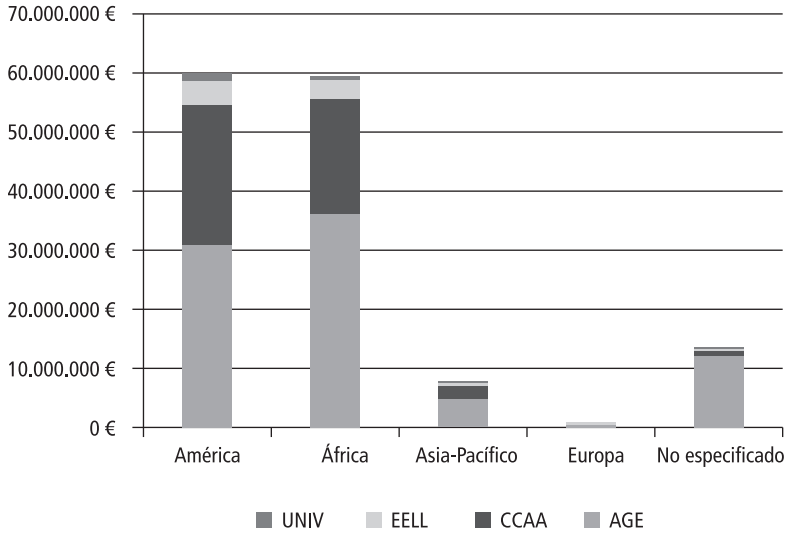
CAD/ CRS	DESCRIPCIÓN	2009	%	2010	%	Variación 09/10
121	**Salud general**	**67.021.081 €**	**43,01%**	**46.753.184 €**	**33,40%**	**-20.267.897 €**
12110	Política sanitaria y gestión administrativa	48.426.211 €	31,08%	32.797.089 €	23,43%	-15.629.122 €
12181	Enseñanza y formación médicas	543.771 €	0,35%	-1.785.281 €	-1,28%	-2.329.052 €
12182	Investigación médica	5.379.484 €	3,45%	7.347.758 €	5,25%	1.968.274 €
12191	Servicios médicos	12.671.615 €	8,13%	8.393.618 €	6,00%	-4.277.997 €
122	**Salud básica**	**54.610.846 €**	**35,04%**	**65.647.008 €**	**46,90%**	**11.036.162 €**
12220	Atención sanitaria básica	14.950.414 €	9,59%	25.988.161 €	18,57%	11.037.747 €
12230	Infraestructura sanitaria básica	18.208.714 €	11,68%	13.283.387 €	9,49%	-4.925.327 €
12240	Nutrición básica	8.449.254 €	5,42%	8.979.406 €	6,42%	530.152 €
12250	Control enfermedades infecciosas	5.262.253 €	3,38%	6.792.467 €	4,85%	1.530.214 €
12261	Educación sanitaria	1.450.767 €	0,93%	2.696.375 €	1,93%	1.245.608 €
12262	Control de la malaria	652.000 €	0,42%	2.579.698 €	1,84%	1.927.698 €
12263	Control de la tuberculosis	629.213 €	0,40%	217.622 €	0,16%	-411.591 €
12281	Formación personal sanitario	5.008.231 €	3,21%	5.109.891 €	3,65%	101.660 €
130	**Salud sexual y reproductiva**	**34.203.276 €**	**21,95%**	**27.573.738 €**	**19,70%**	**-6.629.538 €**
13010	Pol. Población y gestión admva	407.928 €	0,26%	523.031 €	0,37%	115.103 €
13020	Atención en S.R.	22.185.672 €	14,24%	18.457.300 €	13,19%	-3.728.372 €
13030	Planificación familiar	408.949 €	0,26%	1.823.818 €	1,30%	1.414.869 €
13040	Lucha ETS, incluido VIH	8.897.709 €	5,71%	5.249.568 €	3,75%	-3.648.141 €
13081	Formación RR HH en población y SR	2.303.018 €	1,48%	1.520.020 €	1,09%	-782.998 €
	TOTAL	**155.835.203 €**	**100,00%**	**139.973.930 €**	**100,00%**	**-15.861.273 €**

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de seguimiento del PACI 2009 y 2010.

En cuanto a la **orientación geográfica** de la ayuda bilateral en salud, en 2010 se da un equilibrio entre África y América, con el 42% cada uno de la AOD bilateral en salud. Supone un cambio sustancial respecto al año anterior, en que el 55% se destinó a África, el continente con mayores problemas de salud. Como podemos ver en

el gráfico 3.9., la AGE , que en 2009 destinó a África el doble de ayuda bilateral que a América Latina, en 2010 sólo destina el 15% más al primer continente. Sin embargo, en el caso de la cooperación descentralizada, la ayuda está más orientada a América Latina. Sigue habiendo casi el 10% de la ayuda bilateral en salud que no está especificada geográficamente y dificulta los análisis geográficos. Si bien es lógico que no haya detalles geográficos de la ayuda multilateral, no lo es tanto cuando hablamos de ayuda bilateral, salvo que se trate de iniciativas regionales.

GRÁFICO 3.9. DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA DE LA AOD BILATERAL EN SALUD POR AGENTES, 2010



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de seguimiento del PACI 2010.

Desde el punto de vista de las prioridades geográficas establecidas por el III Plan Director, en 2010 se ha concentrado casi el 99% de la AOD bilateral en salud especificable geográficamente en los tres grupos de países prioritarios. A pesar de ser un aspecto que consideramos muy positivo en cuanto a coherencia de políticas, para mejorar tal coherencia, y al igual que señalábamos el año pasado, por importancia, el grupo B debería recibir más recursos que el grupo C, donde las acciones deberían ser más puntuales.

TABLA 3.7. AOD BILATERAL EN SALUD SEGÚN PRIORIDADES GEOGRÁFICAS DEL III PLAN DIRECTOR, 2009-2010

PRIORIDADES III PD	AOD bilateral SALUD 2009	%	AOD bilateral SALUD 2010	%
Grupo A	102.390.610 €	67,07%	90.329.813 €	72,51%
Grupo B	17.884.291 €	11,71%	12.477.746 €	10,02%
Grupo C	26.148.264 €	17,13%	20.486.516 €	16,45%
No prioritario	6.246.215 €	4,09%	1.279.145 €	1,03%
TOTAL especificada	152.669.381 €	100%	124.573.220 €	100%
No especificado	3.165.822 €		15.400.710 €	

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de seguimiento del PACI 2009 y 2010.

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

Dentro de las operaciones realizadas con créditos FAD en 2010, se han producido desembolsos por un importe de 14.951.232 euros, cuyo detalle podemos ver en la tabla 3.8., y reembolsos por un importe de 16.582.848 euros.

TABLA 3.8. DESEMBOLSOS DE CRÉDITOS FAD PARA EL SECTOR SALUD, 2010

País	Prioridad III PD	PROYECTO	CRS	Monto €
ARGENTINA	Grupo C	EQUIPAMIENTO HOSPITAL DR. H. QUINTANA (JUYUY)	12191	477.242 €
		REMODELACION Y EQUIPAMIENTO HOSPITAL G. RAWSON	12191	105.180 €
		CONSTRUCCION Y EQUIPAMIENTO HOSPITALARIO EN CORDOBA	12230	4.358.689 €
		CONSTRUCCION Y EQUIPAMIENTO HOSPITAL EN TUCUMAN (ARGENTINA)	12230	8.848.454 €
	Total Argentina			13.789.564 €
EGIPTO	Grupo C	SUMINISTRO EQUIPAMIENTO MINISTERIO DE SALUD Y POBLACION	12110	3.564 €
	Grupo A	HOSPITALES GENERALES Y MATERNOLOGICOS	12191	78.777 €
BOLIVIA TURQUÍA	No prioritario	HOSPITAL PILOTO BAJO PPP EN TURQUIA	12230	110.250 €
VIETNAM	Grupo A	SUMINISTRO DE EQUIPO MEDICO HOSPITAL GRAL. PROV. QUANG NGAI	12230	876.731 €
CHINA	No prioritario	SUMINISTRO LIAOCHENG GUANGMING OPHTALMOLOGICAL HOSPITAL	12191	92.346 €
		TOTAL DESEMBOLSOS FAD PARA SALUD EN 2010		**14.951.232 €**

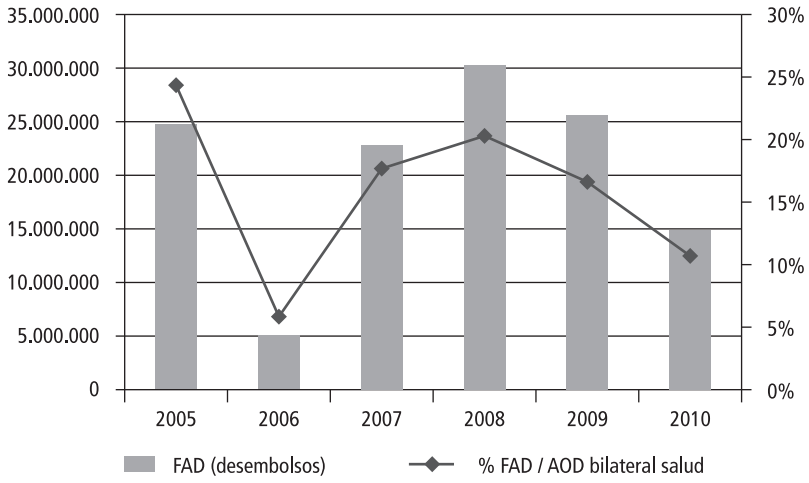
Fuente: elaboración propia a partir de datos seguimiento PACI 2010.

Como podemos ver en los detalles de esta tabla, Argentina vuelve a ser otro año más el principal receptor de créditos FAD para salud, recibiendo este año casi la totalidad de los desembolsos. Al menos en este año se ha mejorado la orientación hacia países en los que la cooperación española tiene algún tipo de prioridad (recordemos que en 2008 dos tercios de los desembolsos de créditos FAD fueron a países no prioritarios; sin embargo en 2009 y 2010 casi el 99% se dirigieron a países prioritarios).

Por sectores, el 95% se destina a infraestructura sanitaria básica, y el 5% a servicios médicos (concretamente, equipamiento hospitalario).

En cuanto a la evolución de este instrumento, después de que en el año 2006 se produjera una considerable reducción de la AOD reembolsable en el sector salud (en años anteriores el FAD había llegado a ser más de la mitad de la AOD bilateral en salud), en 2007 y 2008 volvió a incrementarse tanto en monto como en porcentaje. En 2009 y 2010, como podemos apreciar en el gráfico 3.10., se produce una importante reducción en términos tanto absolutos como relativos. Aún así, insistimos en que es un instrumento poco idóneo para el sector salud y sería conveniente reducirlo progresivamente hasta su desaparición.

GRÁFICO 3.10. EVOLUCIÓN DE LOS DESEMBOLSOS DE FAD PARA SALUD Y % SOBRE AOD BILATERAL. 2005-2010



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

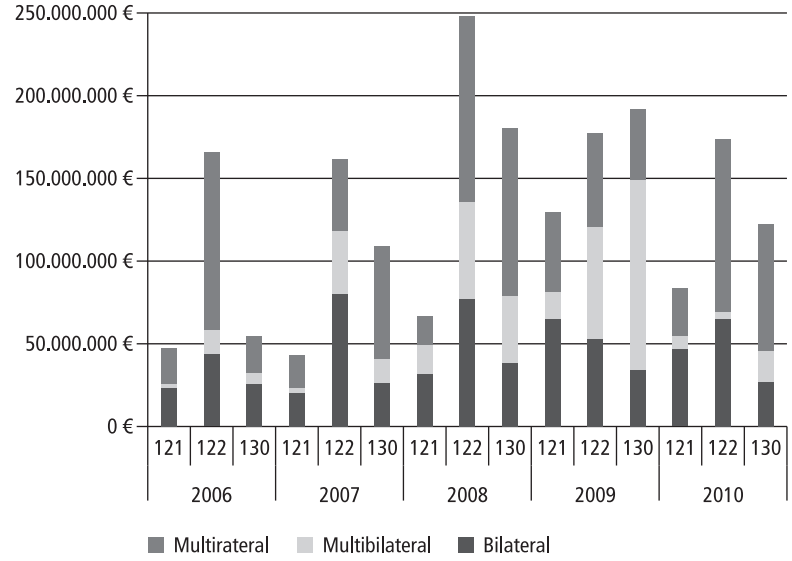
2.4. DISTRIBUCIÓN SECTORIAL DE LA AOD EN SALUD

Si consideramos la composición sectorial de la AOD en salud en 2010, podemos ver que, a diferencia de 2009, en que el mayor porcentaje se concentró en el subsector de programas y políticas de población y salud reproductiva con el 38,3% del total de la AOD en salud, en 2010 el subsector de salud básica es el que más recibe (45,7%).

El patrón de distribución de la AOD de cada subsector por canales es muy diferente (ver gráfico 3.4.): en el subsector de salud general la financiación es principalmente bilateral; en el de salud básica está más equilibrada aunque predomina la multilateral; y en el de salud sexual y reproductiva es principalmente multilateral, sobre todo por la inversión en la lucha contra el sida a través del Fondo Global.

Resulta llamativo que, en los últimos años, la evolución de la distribución por subsectores ha sido muy cambiante, lo que nos muestra la falta de la predictibilidad de la ayuda sanitaria española para los países socios.

GRÁFICO 3.11. EVOLUCIÓN DE LA AOD EN SALUD POR SUBSECTORES Y CANALES, 2006-2010



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

En la tabla 3.9. aparece con más detalle la desagregación por componentes CRS y canales. En 2010 el mayor peso relativo lo tiene el componente de política sanitaria y gestión administrativa (12110), con el 17,3%, componente muy coherente con el fortalecimiento de sistemas públicos de salud. El componente de lucha contra ETS incluido el sida (13040), que el año pasado recibió casi el 23% de toda la AOD en salud, bajó en 2010 al 15,7%.

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

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

personal en los diferentes ámbitos (12181, 12281 y 13081). Todos ellos juntos apenas llegan al 8,4% de la AOD en salud.

TABLA 3.9. DESAGREGACIÓN DE LA AOD EN SALUD POR CANALES Y COMPONENTES CRS, 2010

CAD/CRS	Bilateral	Multibilateral	Multilateral	TOTAL	%
121	46.753.184 €	8.490.000 €	30.212.731 €	85.455.916 €	22,31%
12110	32.797.089 €	8.240.000 €	25.548.004 €	66.585.093 €	17,38%
12181	-1.785.281 €	0 €	378.079 €	-1.407.202 €	-0,37%
12182	7.347.758 €	250.000 €	455.449 €	8.053.207 €	2,10%
12191	8.393.618 €		3.831.200 €	12.224.818 €	3,19%
122	65.647.008 €	4.486.462 €	104.930.896 €	175.064.366 €	45,70%
12220	25.988.161 €	57.172 €	27.125.288 €	53.170.621 €	13,88%
12230	13.283.387 €		1.580.785 €	14.864.173 €	3,88%
12240	8.979.406 €	3.500.000 €	7.482.097 €	19.961.503 €	5,21%
12250	6.792.467 €	920.020 €	11.176.469 €	18.888.956 €	4,93%
12261	2.696.375 €	9.270 €	790.773 €	3.496.418 €	0,91%
12262	2.579.698 €		42.260.224 €	44.839.922 €	11,71%
12263	217.622 €		13.274.729 €	13.492.351 €	3,52%
12281	5.109.891 €	0 €	1.240.531 €	6.350.422 €	1,66%
130	27.573.738 €	19.056.788 €	75.894.478 €	122.525.004 €	31,99%
13010	523.031 €	250.000 €	9.905.577 €	10.678.608 €	2,79%
13020	18.457.300 €	12.500.400 €	11.045.048 €	42.002.748 €	10,97%
13030	1.823.818 €	6.006.388 €	197.389 €	8.027.595 €	2,10%
13040	5.249.568 €	300.000 €	54.625.313 €	60.174.881 €	15,71%
13081	1.520.020 €	0 €	121.152 €	1.641.172 €	0,43%
TOTAL	139.973.930 €	32.033.250 €	211.038.106 €	383.045.286 €	100%

Fuente: elaboración propia a partir de datos seguimiento PACI 2010.

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

Dentro del subsector de salud general (121) es especialmente notorio y positivo el incremento del componente de política sanitaria y gestión administrativa (12110) que, entendemos, implica un refuerzo de los sistemas de salud; casi se cuadruplicó entre 2006 y 2009, pero en 2010 ha tenido una disminución muy fuerte. También ha tenido un incremento importante el componente de investigación médica (12182).

En el subsector de salud básica (122), quizás lo más destacable sean las oscilaciones que se producen en los diversos componentes. Desde que en 2007, con la revisión

de códigos CAD, se introdujeran los códigos 12262 y 12263 sobre control de la malaria y la tuberculosis, ambos han tenido un peso creciente en dicho subsector.

Respecto al subsector de programas y políticas de población y salud reproductiva (130), el incremento más llamativo es el que se ha operado en el componente de lucha contra ETS incluido el sida (13040), fundamentalmente por los aportes crecientes de la cooperación española al GFATM. Con todo, en 2010 ha experimentado también un fuerte retroceso. En general, en los demás componentes se venía dando también una tendencia de crecimiento, resultando especialmente interesante el que se ha operado en el último año en el componente de planificación familiar (13030) que en estos 5 años se ha multiplicado por 66. Aunque es fácil incrementar cuando se parte de una posición tan baja, esperamos que el incremento no sea esporádico sino que marque una tendencia. En 2010 se ha producido también una disminución importante en políticas de población (13110) que se ha situado en valores similares a los de cuatro años atrás.

TABLA 3.10. EVOLUCIÓN DE LA AOD EN SALUD POR COMPONENTES CRS, 2006-2010

	2006	2007	2008	2009	2010
121	47.604.996 €	43.772.828 €	67.137.498 €	129.644.866 €	85.455.916 €
12110	29.193.462 €	29.295.917 €	46.493.106 €	109.488.193 €	66.585.093 €
12181	2.325.145 €	2.318.905 €	1.847.458 €	646.066 €	-1.407.202 €
12182	646.540 €	4.008.906 €	4.109.146 €	5.452.783 €	8.053.207 €
12191	15.439.849 €	8.149.100 €	14.687.788 €	14.057.824 €	12.224.818 €
122	167.176.461 €	163.356.847 €	249.408.046 €	177.828.448 €	175.064.366 €
12220	55.438.268 €	35.062.685 €	51.636.537 €	46.628.746 €	53.170.621 €
12230	28.874.019 €	42.390.716 €	36.098.264 €	19.300.691 €	14.864.173 €
12240	4.335.982 €	32.836.565 €	42.739.382 €	10.674.241 €	19.961.503 €
12250	72.017.726 €	18.470.601 €	67.182.752 €	32.391.773 €	18.888.956 €
12261	3.227.531 €	1.897.806 €	2.901.888 €	1.793.755 €	3.496.418 €
12262	0 €	16.782.526 €	25.675.314 €	40.452.018 €	44.839.922 €
12263	0 €	10.801.748 €	15.685.681 €	20.796.917 €	13.492.351 €
12281	3.282.935 €	5.114.200 €	7.488.228 €	5.790.307 €	6.350.422 €
130	54.932.405 €	108.721.881 €	180.255.617 €	190.897.094 €	122.525.004 €
13010	8.252.735 €	11.856.872 €	26.919.604 €	19.235.240 €	10.678.608 €
13020	16.227.843 €	29.362.512 €	53.790.310 €	50.563.955 €	42.002.748 €
13030	121.210 €	762.344 €	805.408 €	5.342.760 €	8.027.595 €
13040	29.950.781 €	66.328.206 €	96.909.602 €	113.441.210 €	60.174.881 €
13081	379.836 €	411.947 €	1.830.693 €	2.313.929 €	1.641.172 €
TOTAL	269.713.862 €	315.851.556 €	496.801.161 €	498.370.408 €	383.045.286 €

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

2.5. DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA DE LA AOD EN SALUD

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

Si atendemos, en primer lugar, al total de la AOD en salud, casi la mitad se destinó en 2010 a África, especialmente a África subsahariana. América Latina recibió el 22,6% y Asia el 16%. El resto de continentes recibieron porciones poco significativas. Casi el 10% de la AOD en salud fue no especificada geográficamente.

TABLA 3.11. ORIENTACIÓN GEOGRÁFICA DE LA AOD EN SALUD, 2010.

ÁREAS GEOGRÁFICAS	AOD SALUD 2010	%
ÁFRICA	**180.663.840 €**	**47,17%**
Norte de África	13.455.385 €	
África subsahariana	162.150.370 €	
No especificado	5.058.085 €	
AMÉRICA	**86.549.510 €**	**22,60%**
América Central y Caribe	30.045.786 €	
América del Sur	41.209.076 €	
No especificado	15.294.648 €	
ASIA	61.243.452 €	15,99%
Asia oriental	21.354.940 €	
Asia central	9.846.963 €	
Sur de Asia	27.880.751 €	
No especificado	2.160.797 €	
OCEANÍA	**2.542.566 €**	**0,66%**
ORIENTE MEDIO	**7.618.403 €**	**1,99%**
EUROPA	**6.732.282 €**	**1,76%**
PVD no especificados	**37.695.232 €**	**9,84%**
TOTAL	**383.045.286 €**	

Fuente: elaboración propia a partir de datos seguimiento PACI 2010.

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

- Grupo A. Países de asociación amplia, en los cuales se debería concentrar a final del período al menos el 65% de la AOD especificable geográficamente.

- Grupo B. Países de asociación focalizada, que podrían concentrar el 20% de la AOD especificable geográficamente, ya que el Plan Director establece que, entre el grupo A y B deberían acumular el 85% de la ayuda.
- Grupo C. Países generalmente de renta media con una asociación orientada a consolidar logros de desarrollo, que no deberían recibir más del 15% de la AOD.

Si analizamos la AOD en salud de 2010 desde este punto de vista, podemos observar que los porcentajes están bastante alejados del ideal establecido por el Plan Director para el final del período y para el conjunto de la AOD. Casi el 39% de la AOD especificable geográficamente se destina a países no prioritarios.

TABLA 3.12. ORIENTACIÓN GEOGRÁFICA DE LA AOD EN SALUD SEGÚN CATEGORÍAS DEL PLAN DIRECTOR, 2010

PRIORIDADES III PD	AOD SALUD 2010	%
Grupo A	123.976.762 €	40,91%
Grupo B	36.002.983 €	11,88%
Grupo C	25.176.572 €	8,31%
No prioritario	117.885.071 €	38,90%
TOTAL especificada	303.041.389 €	100%
No especificada	80.003.897 €	

Fuente: elaboración propia a partir de datos seguimiento PACI 2010.

Esto se produce por el mayor peso que tiene la ayuda multilateral en la AOD en salud, junto al hecho de que muchas de las contribuciones a organismos multilaterales de desarrollo se dirigen a países que no son prioritarios para la cooperación española. Destaca el apoyo al GFAMT que supone más de la mitad de los fondos destinados a países no prioritarios.

Por otro lado, también podemos hacer un análisis geográfico según los niveles de renta de los países receptores. La siguiente tabla nos muestra que, sobre el total de AOD en salud, es el grupo de los países menos avanzados (PMA) los que reciben un mayor porcentaje de ayuda en 2010.

TABLA 3.13. ORIENTACIÓN GEOGRÁFICA DE LA AOD EN SALUD SEGÚN NIVEL DE RENTA DE LOS RECEPTORES, 2010

Grupos de países por niveles de renta	AOD SALUD 2010	%
PMA	131.163.029 €	34,24%
Otros de renta baja	33.729.872 €	8,81%
Renta media baja	109.475.594 €	28,58%
Renta media alta	28.672.895 €	7,49%
No especificado	80.003.897 €	20,89%
TOTAL	383.045.286 €	

Fuente: elaboración propia a partir de datos seguimiento PACI 2010.

Los países que recibieron mayores cantidades de AOD en salud en 2010 fueron los siguientes:

TABLA 3.14. PAÍSES QUE RECIBIERON MAYOR CANTIDAD DE AOD EN SALUD, 2010

PAÍSES DESTACADOS	AOD SALUD 2009	CATEGORÍA III PD	AOD SALUD 2010
Etiopía	22.264.050 €	Grupo A	15.626.347 €
Mozambique	18.674.859 €	Grupo A	11.494.708 €
Tanzania	14.793.472 €	No prioritario	7.196.377 €
Argentina	13.759.698 €	Grupo C	15.187.979 €
Marruecos	12.734.134 €	Grupo A	8.959.176 €
India	12.611.270 €	No prioritario	15.285.496 €
Rep. Dem. Congo	12.084.151 €	Grupo B	10.360.397 €
Egipto	11.456.718 €	Grupo C	642.748 €
Perú	11.027.650 €	Grupo A	10.943.161 €
Vietnam	8.516.465 €	Grupo A	1.763.338 €
Malí		Grupo A	9.223.614 €
Nigeria		No prioritario	16.945.914 €

Fuente: elaboración propia a partir de datos seguimiento PACI 2010.

Como podemos ver, siguen apareciendo algunos países no prioritarios en la lista de los más financiados. De hecho, en 2010 dos de los cuatro países que recibieron mayor financiación en salud eran países no prioritarios para la cooperación española. Dos de los países que en 2009 recibieron un volumen significativo de ayuda en salud (Egipto y Vietnam) han visto muy reducido el monto. La ayuda que estos dos países recibieron en 2009 se produjo principalmente por vía de créditos FAD y en 2010 apenas han recibido ayuda por este instrumento.

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

África, que el año pasado recibió el 55% de la AOD bilateral en salud, recibe en 2010 un porcentaje similar a América Latina, el 42%; Asia-Pacífico el 5,4%. Por lo que respecta al esfuerzo de los diferentes agentes, la AGE está más orientada a África (43% de la ayuda bilateral, aunque en 2009 fueron casi 20 puntos más), las comunidades autónomas y los entes locales están más orientados a América Latina (50 y 52% respectivamente).

TABLA 3.15. ORIENTACIÓN GEOGRÁFICA DE LA AOD BILATERAL EN SALUD, 2010

	AGE	CC AA	EE LL	UNIV.	TOTAL	%
América	30.969.892 €	23.355.221 €	4.215.824 €	1.076.160 €	59.617.096 €	42,59%
África	36.156.873 €	19.698.676 €	3.178.319 €	194.839 €	59.228.707 €	42,31%
Asia-Pacífico	4.641.058 €	2.369.047 €	577.194 €	5.000 €	7.592.299 €	5,42%
Europa	254.423 €	0 €	17.500 €	0 €	271.923 €	0,19%
No especificado	12.025.000 €	1.126.140 €	52.550 €	60.215 €	13.263.905 €	9,48%
	84.047.247 €	**46.549.083 €**	**8.041.387 €**	**1.336.214 €**	**139.973.930 €**	**100,00%**

Fuente: elaboración propia a partir de datos seguimiento PACI 2010.

En cuanto a la orientación según los criterios del Plan Director, la ayuda bilateral se acerca mucho más a las previsiones del Plan que el total de AOD e incluso ha mejorado respecto a 2009, como figura en la tabla 3.7.

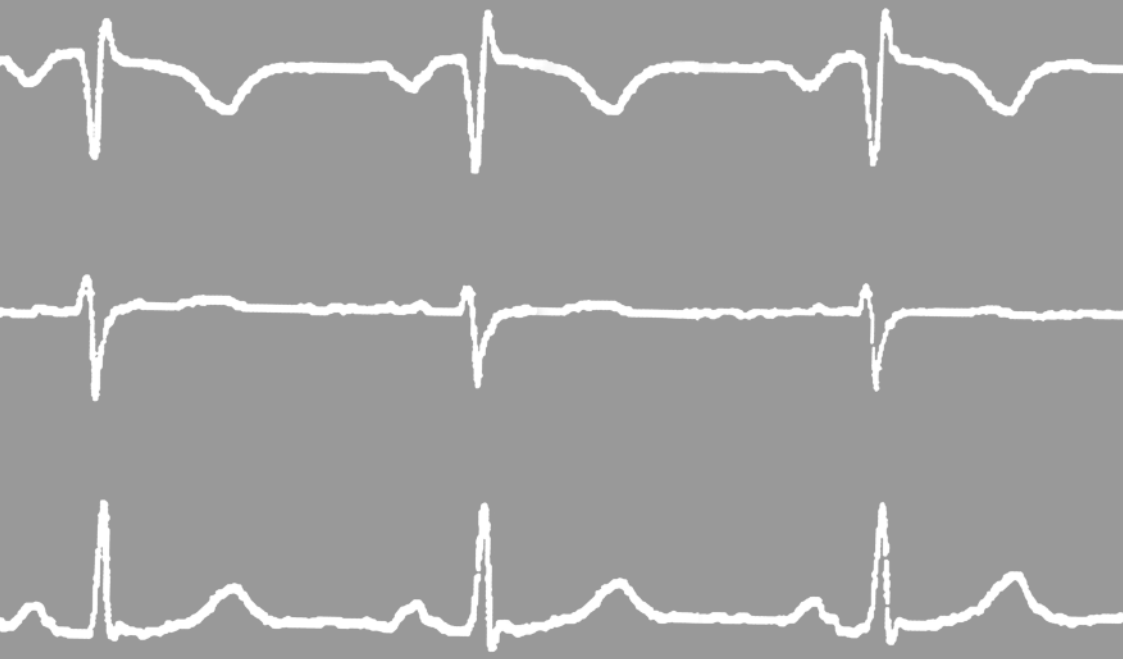
En lo que se refiere a la distribución geográfica de la ayuda bilateral en salud según los niveles de renta de los países destinatarios, también hay diferencia respecto al cómputo global; el mayor porcentaje de bilateral corresponde a los países de renta media baja, seguidos muy cerca por los países menos adelantados (PMA). Se ha producido también en este año un incremento de la AOD bilateral en salud canalizada hacia países de renta media alta.

TABLA 3.16. DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA DE LA AOD BILATERAL EN SALUD SEGÚN NIVEL DE RENTA DE LOS RECEPTORES. 2009 Y 2010

Grupos de países por niveles de renta	OD bilateral SALUD 2009	%	AOD bilateral SALUD 2010	%
PMA	60.671.633 €	38,93%	50.377.268 €	35,99%
Otros de renta baja	7.251.159 €	4,65%	-1.659.958 €	-1,19%
Renta media baja	64.542.084 €	41,42%	55.206.708 €	39,44%
Renta media alta	17.413.443 €	11,17%	20.649.204 €	14,75%
No especificado	5.956.883 €	3,82%	15.400.710 €	11,00%
TOTAL	155.835.203 €		139.973.930 €	

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de seguimiento del PACI 2009 y 2010.

La cooperación española en salud se encuentra en una situación crítica. Por una parte, la crisis económica que afecta al Estado español sirve de excusa para disminuir las cantidades destinadas a cooperación en salud a pesar de sus consecuencias, muchas veces irreversibles. Además, la incertidumbre económica que vive la población puede ayudar a que las reducciones no sean mal vistas por el conjunto de la ciudadanía. Por otra parte, existe cierta fatiga de la ayuda, ya que no se ven resultados a corto plazo. Sin embargo, debemos considerar que la cooperación en salud, a pesar de ser muy mejorable, no es una partida prescindible, sino que es uno de los elementos fundamentales que contribuye a que el derecho universal a la salud sea reconocido como tal y permita que cualquier persona tenga acceso a un sistema de salud eficaz, eficiente, respondiendo a sus necesidades. Como cualquier derecho universal, obliga a los Estados a poner los medios necesarios para cumplirlo. Apoyar la atención primaria de salud, fortalecer los sistemas públicos de salud y ser coherente con estos principios debería ser prioritario en cualquier cooperación sanitaria.



CAPÍTULO IV.
LA SALUD EN LA COOPERACIÓN DESCENTRALIZADA

1.- INTRODUCCIÓN

La cooperación descentralizada, compuesta por la cooperación de las comunidades autónomas (CC AA) y de las entidades locales (EE LL), es un elemento singular de la cooperación española por su relevancia: en 2010 ha financiado en su conjunto más de 8.500 acciones de cooperación. A pesar de estas cifras, la cooperación descentralizada en 2010 ha disminuido de forma apreciable, siguiendo y profundizando la tendencia de recortes iniciada en 2009. La cooperación descentralizada, en conjunto, ha destinado 510.415.159 euros, cantidad que supone 82.805.600 euros menos y una disminución del 14% con respecto al año anterior.

El descenso se da en los dos actores de la cooperación descentralizada, la autonómica y la local; en cifras absolutas de una forma mucho más pronunciada en la cooperación autonómica, aunque como se observa en la tabla 4.1, la disminución porcentual es mayor en la cooperación local. En concreto, la cooperación autonómica desciende 57.014.286 euros, mientras que la cooperación de las entidades locales lo hace en 25.791.314 euros. Este recorte de la AOD descentralizada en su conjunto en 2010 es menor porcentualmente que el que se ha producido en el mismo periodo en la cooperación estatal.

TABLA 4.1. EVOLUCIÓN DE LA COOPERACIÓN DESCENTRALIZADA

	2007	2008	2009	2010	Dif. 09-10
CC AA	389.753.319	464.709.158	446.037.922	389.023.636	-12,79 %
EE LL	121.499.227	148.775.501	147.182.837	121.391.523	-17,53%
TOTAL	511.252.546	613.484.659	593.220.759	510.415.159	-13,96%

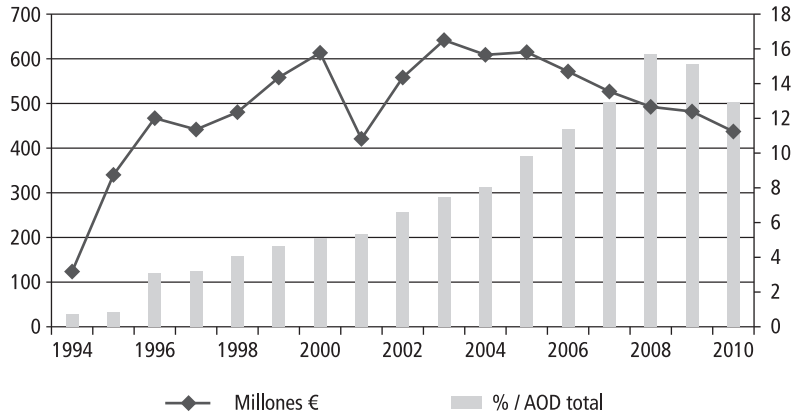
Fuente: elaboración propia a partir de datos del seguimiento de los PACI 2007-2010

Si analizamos la tendencia de la cooperación descentralizada en cifras absolutas, observamos que las de 2010 suponen profundizar en el retroceso que comenzó en

2009 con el cambio en el incremento continuo de los últimos 15 años. Si relacionamos la ayuda de comunidades autónomas y entidades locales con el conjunto de la AOD española, vemos que se mantiene la tendencia a disminuir el peso relativo de la AOD descentralizada en el conjunto de la AOD española desde 2003, situándose en 2009 en el 11,36%, retrocediendo más de un punto desde 2009. Ambos actores disminuyen su peso respecto al año anterior. Las autonomías han aportado en 2010 el 8,66% del conjunto de la AOD española y las entidades locales, solamente, el 2,7%, cuando en 2009 supuso 9,4% y 3,1% respectivamente.

Como en 2009, este dato, unido a la mayor reducción de la cooperación estatal, nos muestra que la disminución del peso de la cooperación descentralizada es debido a un menor gasto y compromiso de esta cooperación, a diferencia de lo ocurrido en años anteriores que se debía al mayor incremento del volumen de ayuda de la Administración General del Estado (AGE).

GRÁFICO 4.1. EVOLUCIÓN DE LA AOD DESCENTRALIZADA EN ESPAÑA. 1994-2010



Fuente: elaboración propia a partir de los datos del seguimiento de los PACI 1994 – 2010

En cuanto a la evolución del porcentaje de cada comunidad autónoma, y aunque no se dan grandes variabilidades, observamos que existen varias comunidades autónomas que aumentan su peso de forma significativa, mientras que otras lo reducen de forma considerable. La cooperación vasca y la catalana (después de varios años de descenso) incrementan de forma notable su peso dentro del conjunto de la cooperación descentralizada, mientras que la cooperación valenciana sigue disminuyendo, seguida de la andaluza que se reduce por primera vez en los últimos años.

TABLA 4.2. EVOLUCIÓN DEL PORCENTAJE DE CADA COMUNIDAD AUTÓNOMA EN EL TOTAL DE AOD AUTONÓMICA 2006-2010

	2006	2007	2008	2009	2010
Andalucía	16,37	20,99	20,82	22,27	20,73
Aragón	1,89	2,05	2,07	2,38	2,89
Asturias	3,54	3,32	2,53	2,54	3,12
Baleares	4,34	4,21	3,36	3,35	2,54
Canarias	2,47	4,56	4,03	3,64	3,10
Cantabria	1,58	1,4	1,1	1,31	0,52
Cataluña	17,57	14,82	13,52	12,85	14,58
C-LM	10,75	9,29	8,68	10,40	9,80
CyL	3,61	3,36	2,22	2,66	2,70
Extremadura	1,81	2,54	1,96	3,09	3,70
Galicia	1,81	2,75	2,12	2,76	2,76
La Rioja	0,9	1,14	0,88	0,87	1,09
Madrid	10,23	7,95	8,39	8,54	9,21
Murcia	1,31	1,31	1,1	1,06	0,56
Navarra	5,11	4,88	4,45	4,63	5,27
País Vasco	8,84	7,54	8,79	8,89	11,40
C. Valenciana	7,86	7,86	13,95	8,78	5,97
Melilla	0	0,02	0,02	0,00	0,03
TOTAL	100	100	100	100	100

Fuente: elaboración propia a partir de los datos del seguimiento de los PACI 2006-2010.

A lo largo de los años, la AOD autonómica se concentra en seis comunidades: Andalucía, Cataluña, País Vasco, Madrid, Comunidad Valenciana y Castilla-La Mancha, que en 2010 suponen el 71,70% del total de AOD autonómica. Si incorporamos la comunidad navarra, se alcanza prácticamente el 77%, lo que indica el diferente nivel de compromiso con la cooperación por parte de las comunidades autónomas.

Cabe destacar este año el incremento en la AOD que proviene de las universidades, cuyas cifras brutas en 2010 alcanzan 11.495.574 euros, un 21% más que el año anterior. Aunque las cifras son modestas en comparación con otros actores, es uno de los pocos que incrementa su aportación en cooperación en 2010. Además, la función principal de las universidades en cooperación debería ir más allá de realizar acciones de cooperación. Su aportación al sector a través del conocimiento científico y la investigación debe ser clave en los próximos años para la mejora de la calidad de las acciones de cooperación. La universidad deberá proporcionar los argumentos teóricos necesarios para seleccionar aquellas acciones que sean más eficaces, sostenibles y de mayor impacto en la población.

2. LAS CIFRAS DE LA COOPERACIÓN DE LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS

Las comunidades autónomas en su conjunto han destinado a AOD 389.023.636 euros, una cifra sensiblemente inferior al año anterior. Su contribución no es homogénea, como tampoco lo es la gestión de recursos. Sin embargo, existen otros factores, como el interés que las comunidades autónomas dedican al sector de la cooperación, que explica gran parte de la variabilidad.

Este año solamente cinco autonomías incrementan su AOD, destacando el País Vasco tanto en cifras absolutas (más de 4,7 millones de euros) y porcentualmente con un incremento del 11,86% respecto a 2009. Por el contrario, la Comunidad Valenciana disminuye más del 40% con respecto al año anterior, una disminución porcentual, similar al año anterior, lo cual supone que la Comunidad Valenciana está perdiendo claramente el interés en el sector de la cooperación. Por volumen también debemos destacar la disminución de cerca del 19% de Andalucía, aunque mantiene el primer puesto como la comunidad que más destina a cooperación, seguida muy de lejos por Cataluña. En 2010 solo cuatro autonomías tienen diferencias porcentuales de menos del 5% entre 2009 y 2010, aunque otras tres no superan el 6%.

TABLA 4.3. AOD NETA POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS

CC AA	2007	%	2008	%	2009	%	2010	%	Variación 2010/2009	% Variación 10 / 09
Andalucía	81.798.541	20,99	96.775.351	20,82	99.333.442	22,27	80.656.809	20,73	-18.676.633	-18,80
Aragón	8.008.170	2,05	9.610.565	2,07	10.603.015	2,38	11.260.180	2,89	657.165	6,20
Asturias	12.938.623	3,32	11.776.201	2,53	11.325.801	2,54	12.149.189	3,12	823.388	7,27
Baleares	16.414.377	4,21	15.594.107	3,36	14.924.160	3,35	9.867.813	2,54	-5.056.347	-3,88
Canarias	17.778.637	4,56	18.746.030	4,03	16.225.134	3,64	12.050.300	3,10	-4.174.834	-5,73
Cantabria	5.469.245	1,4	5.116.708	1,1	5.850.388	1,31	2.039.289	0,52	-3.811.099	-5,14
Cataluña	57.768.931	14,82	62.827.889	13,52	57.301.759	12,85	56.734.335	14,58	-567.424	-0,99
C-LM	36.218.580	9,29	40.341.400	8,68	46.390.370	10,40	38.125.839	9,80	-8.264.531	-7,82
CyL	13.114.683	3,36	10.333.747	2,22	11.886.118	2,66	10.514.280	2,70	-1.371.838	-11,54
Extremadura	9.897.984	2,54	9.087.860	1,96	13.774.550	3,09	14.396.489	3,70	621.939	4,52
Galicia	10.703.097	2,75	9.873.774	2,12	12.289.957	2,76	10.748.153	2,76	-1.541.804	-12,55
La Rioja	4.436.818	1,14	4.078.224	0,88	3.866.889	0,87	4.224.228	1,09	357.339	9,24
Madrid	30.973.098	7,95	38.979.100	8,39	38.078.638	8,54	35.836.242	9,21	-2.242.396	-5,89
Murcia	5.121.307	1,31	5.130.756	1,1	4.744.959	1,06	2.188.329	0,56	-2.556.630	-53,88
Navarra	19.017.170	4,88	20.699.796	4,45	20.649.818	4,63	20.508.760	5,27	-141.058	-0,68
País Vasco	29.379.900	7,54	40.837.201	8,79	39.649.544	8,89	44.352.387	11,40	4.702.843	11,86
C. Valenciana	30.629.358	7,86	64.815.651	13,95	39.143.379	8,78	23.241.013	5,97	-15.902.366	-40,63
Melilla	84.800	0,02	84.800	0,02	0	0,00	130.000	0,03	130.000	
TOTAL	323.908.212	100	389.753.319	100	446.037.922	100	389.023.635	100	57.014.286	-12,79

Fuente: elaboración propia a partir de los datos del seguimiento de los PACI 2007-2010

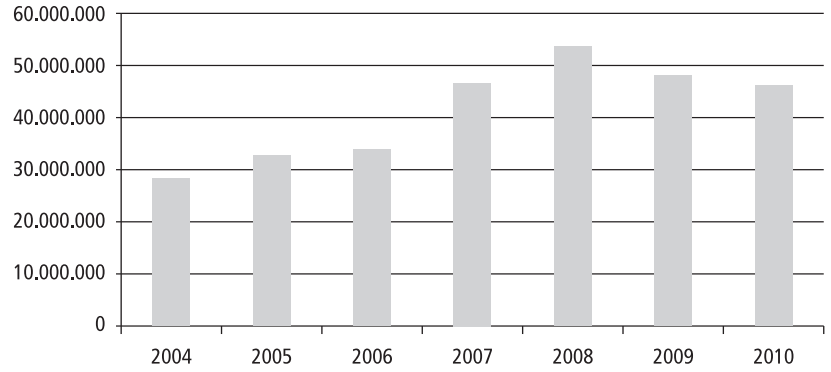
Si analizamos la evolución de la AOD en los últimos años debemos destacar que hay pocas comunidades autónomas (Asturias y Aragón) que mantienen durante estos años una tendencia constante de crecimiento. Otras mantienen presupuestos estables, como Navarra o la Rioja, pero la gran mayoría sufren altibajos en sus presupuestos. Cada año, las cantidades que la mayoría de las comunidades autónomas destinan a cooperación son muy variables, lo que dificulta la predictibilidad de la ayuda.

Este año no hemos podido analizar el esfuerzo real que realizan las autonomías a través de los desembolsos de AOD de las comunidades autónomas en relación a variables como el presupuesto que gestionan, la AOD per cápita o el porcentaje destinado a servicios sociales básicos, ya que los datos del seguimiento PACI no estaban disponibles en las fechas en que cerramos este informe. La reducción de las partidas presupuestarias para cooperación nos indica que, en su conjunto, el porcentaje del presupuesto que se destina a la AOD así como la AOD per cápita serán menores que en 2009.

3. LA SALUD EN LA COOPERACIÓN AUTONÓMICA

La cooperación autonómica sigue siendo uno de los agentes más relevantes de la cooperación española en el sector salud. Sin embargo, y como vemos en el gráfico 4.2., debemos subrayar que en 2010 la ayuda sanitaria autonómica volvió a disminuir en sus cifras absolutas, con una reducción de más de 1.800.000 euros, alcanzando 46.765.525 euros. Sin embargo, el peso de la salud en el conjunto de la AOD autonómica se ha incrementado hasta el 11,3%, debido al profundo retroceso de la cooperación descentralizada. No obstante, este porcentaje aún queda lejos del objetivo de destinar el 15% de la AOD a salud.

GRÁFICO 4.2. EVOLUCIÓN DE AOD EN SALUD PROCEDENTE DE CCAA (INCLUYE VÍA OMUDES)



Fuente: elaboración propia a partir de los datos del seguimiento de los PACI 2004-2010

Tampoco esta disminución de las cifras absolutas ha tenido su repercusión en cuanto al peso porcentual de la cooperación sanitaria autonómica con respecto a la AOD española para salud, situándose en el 12,21% del total de la AOD sanitaria del conjunto del Estado, 2,56% más que en 2009. Este hecho nos viene a confirmar que la cooperación sanitaria estatal ha reducido más sus presupuestos que la descentralizada.

Se mantiene, como en años anteriores, la gran diferencia entre autonomías en cuanto al presupuesto que destinan a salud. Al igual que el año pasado, Andalucía y Cataluña mantienen su liderazgo, acompañadas por Navarra, Castilla-La Mancha y País Vasco. La suma de las cinco comunidades supone más del 62% de toda la ayuda autonómica destinada a salud.

Como observamos en la siguiente tabla, no existe una continuidad en los presupuestos de cooperación sanitaria de la mayor parte de las comunidades autónomas. Destacamos que el descenso global del presupuesto para salud en la AOD autonómica no es uniforme: hay cinco autonomías que aumentan sus presupuestos en salud, subrayando el aumento en más de un millón de euros del País Vasco. El resto de comunidades autónomas, doce, disminuyen sus presupuestos, destacando Cantabria que, después del importante incremento que tuvo en 2009 –casi duplicó la ayuda sanitaria– en 2010 reduce un 83%.

TABLA 4.4. DISTRIBUCIÓN DE LA AOD EN SALUD DE LAS CC AA 2010

Comunidad autónoma	2008		2009		2010		% AOD 2010
	Monto (€)	%	Monto (€)	%	Monto (€)	%	
Andalucía	5.940.434	10,93	11.834.120	24,34	11.527.364	24,65	14,29
Aragón	1.350.003	2,48	995.441	2,05	1.046.870	2,24	9,30
Asturias	1.249.923	2,3	1.376.376	2,83	1.146.211	2,45	9,43
Baleares	1.931.632	3,55	689.650	1,42	644.717	1,38	6,53
Cantabria	481.701	0,89	865.373	1,78	150.000	0,32	7,36
Canarias	2.126.988	3,91	2.282.596	4,69	2.087.763	4,46	17,33
Cataluña	9.630.898	17,72	6.547.897	13,46	6.251.867	13,37	11,02
CLM	4.545.804	8,36	4.600.579	9,46	3.855.896	8,25	10,11
CyL	1.552.200	2,86	1.542.406	3,17	1.643.468	3,51	15,63
Extremadura	1.317.921	2,42	1.768.471	3,64	2.534.035	5,42	17,60
Galicia	840.544	1,55	1.173.367	2,41	1.559.071	3,33	14,51
La Rioja	692.500	1,27	519.000	1,07	526.140	1,13	12,46
Madrid	5.330.517	9,81	3.917.776	8,06	3.716.021	7,95	10,37
Murcia	155.991	0,29	260.979	0,54	49.866	0,11	2,28
Navarra	3.488.482	6,42	4.573.829	9,41	4.527.643	9,68	22,08
País Vasco	2.808.327	5,17	1.903.295	3,91	3.068.815	6,56	6,92
C Valenciana	10.907.533	20,07	3.778.551	7,77	2.429.777	5,20	10,45
Total	54.351.397	100	48.629.706	100	46.765.525	100,00	0,00

Fuente: elaboración propia a partir de los datos del seguimiento de los PACI 2008-2010

Para saber si existe un compromiso con el sector por parte de las comunidades autónomas, no podemos fijarnos exclusivamente en las cifras absolutas, ya que no tienen en cuenta su diferente tamaño y capacidad de gestión, sino que debemos conocer qué porcentaje del total de la AOD se destina a salud. Las organizaciones firmantes del informe solicitamos a todos los actores que se destine un mínimo del 15% de la AOD para cumplir los compromisos adquiridos. Solamente Navarra –con un gran margen con respecto al resto–, Extremadura, Canarias y Castilla y León lo cumplen. Galicia y Andalucía se acercan a ese porcentaje. Por el contrario, seis comunidades autónomas destinan menos del 10%, destacando Murcia –apenas el 2,28%– y, por su importancia, el País Vasco con el 6,92%.

Es evidente que la AOD en el sector salud por parte de las comunidades autónomas, como agentes relevantes de la cooperación española, debe seguir mejorando su predictibilidad a través de procesos de planificación adecuados que permitan mantener la ayuda constante para el sector. La incorporación de los compromisos de la Declaración de París

sobre la Eficacia de la Ayuda al Desarrollo y la Agenda de Accra debe ser prioritaria en las políticas y procesos de planificación de la cooperación autonómica y, particularmente, de la cooperación en salud. Como ya advertíamos en el informe del año pasado, es complicado generar procesos de desarrollo a medio y largo plazo si cada año existe una enorme variabilidad en el presupuesto destinado al sector salud, impidiendo a los receptores de la ayuda planificar de forma eficaz sus propios recursos, necesarios para llevar a cabo los procesos de cooperación. En este ambiente de reducción de la cooperación, la mejora de la calidad de la ayuda debería ser una prioridad para todos los donantes.

La principal vía de canalización de la AOD sanitaria autonómica sigue siendo a través de las ONGD españolas, normalmente del propio ámbito autonómico, que reciben más del 74% del presupuesto global para cooperación sanitaria, 4 puntos más que el año anterior. Las entidades públicas del país donante son la segunda vía de canalización, el 17,39%, lo que supone generar consorcios con otras entidades públicas y, por lo tanto, aumentar el impacto de las acciones. El resto de los actores es prácticamente irrelevante, ya que ninguno alcanza ni el 3% como vía de canalización.

Cabe destacar que este año aparecen como vías de canalización las entidades lucrativas como universidades o centros de investigación privados, aunque la cantidad destinada es, en estos momentos, anecdótica se debería establecer sobre qué fundamentos y acuerdos hay que financiar con dinero público centros privados que pueden llegar a tener beneficios. Este año solo ha habido una aportación a una entidad público-privada y señalamos la enorme disminución habida en la cooperación sanitaria a través de Naciones Unidas, pasando de 3.200.000 euros a 216.000 euros en 2010.

TABLA 4.5 VÍAS DE CANALIZACIÓN DE LA AOD AUTONÓMICA EN SALUD

VIAS DE CANALIZACION	AOD salud 2010	%
Entidades públicas del país donante	8.131.158	17,39
Entidades públicas del país socio	669.900	1,43
ONGD internacionales	1.128.438	2,41
ONGD nacionales del país donante	34.628.736	74,05
ONGD del país socio	70.503	0,15
Otras ENL del país donante	331.551	0,71
Otras ENL del país socio	1.004.160	2,15
Asociaciones público-privadas	200.000	0,43
Naciones Unidas	216.442	0,46
Universidad pública país donante	343.589	0,73
Universidad/centro investigación privado	41.047	0,09
TOTAL	**46.765.525€**	**100,00**

Fuente: elaboración propia a partir de los datos del seguimiento del PACI 2010

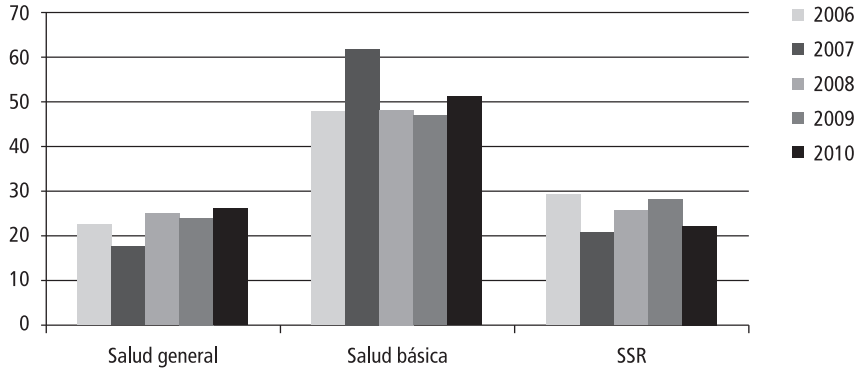
3.1. DISTRIBUCIÓN DE AOD AUTONÓMICA EN SALUD VÍA ORGANISMOS MULTILATERALES DE DESARROLLO (OMUDES)

La apuesta por los organismos multilaterales en salud por parte de las autonomías prácticamente ha desaparecido en 2010. De los 3.286.648 euros del año 2009 se han reducido hasta los 216.442 euros, lo que supone una reducción de más del 93%. Esta cifra supone solamente el 0'46% de la ayuda en salud autonómica, pero la falta de previsibilidad de la AOD autonómica nos impide saber si la reducción se ha debido a una situación coyuntural, a la crisis económica, a una pérdida de interés por este instrumento o a una decisión planificada. Las cinco acciones financiadas por el instrumento multibilateral son para organizaciones dependientes de Naciones Unidas.

3.2. COMPOSICIÓN SECTORIAL DE LA AYUDA AUTONÓMICA EN SALUD

Al desglosar la cooperación autonómica en salud en los tres sectores básicos que promueve el CAD, observamos que en 2010 se mantiene como prioridad la salud básica por encima de los otros dos sectores, con más de la mitad de toda la ayuda autonómica sanitaria. En el sector de salud reproductiva existe un retroceso de más de seis puntos porcentuales, alcanzando el 22%. Mientras, la salud general aumenta más de un punto porcentual y se sitúa como el segundo sector CAD con cerca del 26%. Estas cifras suponen un cambio con respecto a 2009, en el que la salud reproductiva estaba por encima de la salud general. Mantenemos nuestra propuesta de conseguir un cierto equilibrio entre los tres sectores, siempre que las acciones vayan a favorecer la atención primaria de salud y el fortalecimiento de los sistemas de salud, los dos ejes estratégicos que deben orientar toda la ayuda en salud.

GRÁFICO 4.3. DISTRIBUCIÓN SECTORIAL DE AOD EN SALUD DE LAS CC AA. 2006-2010



Fuente: elaboración propia a partir de los datos del seguimiento del PACI 2006-2010

Si consideramos los subsectores CRS, observamos que seis subsectores de los 17 totales concentran en 2010 la AOD sanitaria autonómica, sumando más del 72% del total. Este año el apoyo a políticas de salud (15,88%) desplaza la atención sanitaria básica a un segundo puesto (15,2%), seguida de la atención en salud reproductiva (12,73%). Las infraestructuras sanitarias básicas, que lideraban el año pasado al resto de subsectores, caen al cuarto puesto (11,63%), seguido por el control de enfermedades infecciosas y la nutrición básica. Como podemos ver en la siguiente tabla, la concentración en subsectores se da cada año, pero los subsectores elegidos suelen cambiar, lo que nos indica que la concentración es heterogénea. No obstante, en 2010 parece que se priorizan aquellos sectores que son más adecuados para fortalecer los sistemas sanitarios y la atención primaria de salud.

TABLA 4.6. DISTRIBUCIÓN DE LA AOD DESEMBOLSADA POR LAS CC AA. 2007-2010

Código	AOD desembolsada	2007		2008		2009		2010	
		miles €	%	miles €	%	miles €	%	miles €	%
121	**Salud general**	**8.285**	**17,5**	**13.777**	**25,35**	**11.739**	**24,14**	**12.115**	**25,91**
12110	Política sanitaria y gestión administrativa	2.044	4,3	3.669	6,75	5.162	10,62	7.425	15,88
12181	Enseñanza y formación médicas	922	2	739	1,36	796	1,64	44	0,09
12182	Investigación médica	867	1,8	1,155	2,13	1.151	2,37	1.312	2,81
12191	Servicios médicos	4.4.51	9,4	8,214	15,11	4.630	9,52	3.334	7,13
122	**Salud básica**	**29.052**	**61,5**	**26.383**	**48,54**	**22.982**	**47,26**	**24.142**	**51,62**
12220	Atención sanitaria básica	9.327	19,7	6.987	12,86	6.712	13,80	7.072	15,12
12230	Infraestructura sanitaria básica	12.679	26,8	8.945	16,46	8.599	17,68	5.438	11,63
12240	Nutrición básica	2.067	4,4	3.203	5,89	3.404	7,00	4.026	8,61
12250	Control enfermedades infecciosas	1.547	3,3	2.818	5,18	1.328	2,73	4.106	8,78
12261	Educación sanitaria	733	1,6	1.713	3,15	811	1,67	1.830	3,91
12262	Control de la malaria	473	1	557	1,03	621	1,28	568	1,21
12263	Control de la tuberculosis	228	0,5	332	0,61	263	0,54	-	-
12281	Formación personal sanitario	1.997	4,2	1.827	3,36	1.244	2,56	1.102	2,36
130	**Población y salud reproductiva**	**9.938**	**2,1**	**14.191**	**26,11**	**13.908**	**28,60**	**10.508**	**22,47**
13010	Pol. Población y gestión admva	79	0,2	685	1,26	281	0,58	738	1,58
13020	Atención en S.R.	2.675	5,7	8.349	15,36	8.280	17,03	5.954	12,73
13030	Planificación familiar	416	0,9	33	0,06	246	0,51	720	1,54
13040	Lucha ETS, incluido VIH	6.639	14	3.897	7,17	3.841	7,90	2.551	5,46
13081	Formación RR HH en población y SR	129	0,3	1.226	2,26	1.260	2,59	545	1,17
	TOTAL	**47.275**	**100**	**54.351**	**100**	**48.629**	**100**	**46.766**	**100**

Fuente: elaboración propia a partir de los datos del seguimiento de los PACI 2007-2010

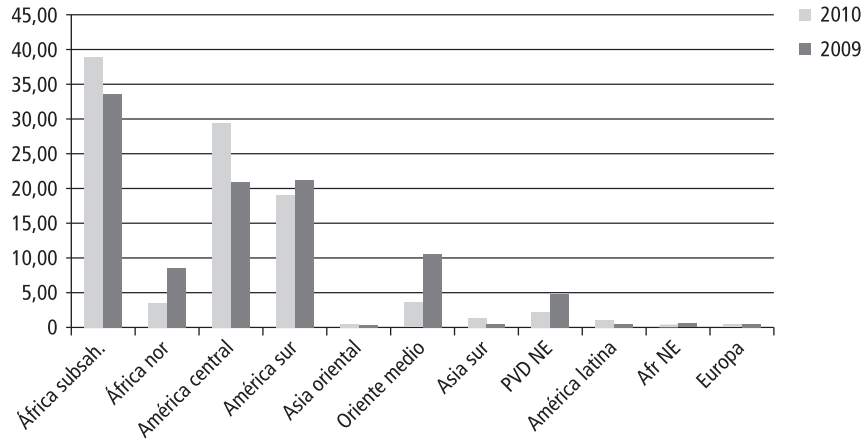
Si hablamos de la tendencia en los últimos cuatro años, observamos que muchos subsectores se comportan con una gran variabilidad. No obstante, consideramos muy positivo el creciente interés en el subsector de política sanitaria y gestión que ha asumido en el sector salud general el rol prioritario que jugaba hasta hace pocos años los servicios médicos, subsector más relacionado con la atención especializada. En el sector de salud general, las comunidades autónomas deberían prestar más atención a la formación de recursos humanos, dada su importancia y las carencias tan importantes que existen el mundo. En cuanto a la salud básica, se destaca el incremento en la nutrición básica y en el control de enfermedades infecciosas, así como en educación sanitaria. La tuberculosis, siendo una de las tres enfermedades infecciosas más importante, no recibe ninguna ayuda por parte de la cooperación autonómica. Por último, en salud reproductiva, aunque los dos primeros subsectores como la atención en salud reproductiva y la lucha contra las ETS son los que más aportaciones reciben, se reducen de forma considerable en relación a años anteriores. También resaltamos los incrementos en los subsectores de políticas de población y en planificación familiar, aunque se reduce a la mitad el de formación de personal en salud reproductiva.

3.3. DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA DE LA AYUDA EN SALUD

En 2010 la orientación geográfica de la AOD autonómica en salud se ha concentrado prioritariamente en dos continentes: América Latina es el que más ayuda en salud recibe de la cooperación autonómica (48,77%), incrementando en más de seis puntos porcentuales desde 2009, a lo que habría que añadir el 1,19% que se destina a ese continente, sin especificar el país. África se mantiene en el segundo puesto (42,44%), con cifras prácticamente iguales a las del año anterior. Sin embargo, la cooperación sanitaria en Asia y Oriente Medio se reduce más de la mitad, quedándose en el 5,19%. El aumento en la concentración geográfica nos parece positivo, al igual que la tendencia a la disminución de la ayuda no especificada geográficamente (2,41% en 2010), ya que puede distorsionar los análisis.

África subsahariana sigue siendo la región que más ayuda autonómica recibe en salud, más de 18,2 millones de euros (38,92%), dos millones de euros y cinco puntos porcentuales respecto de las cifras de 2009. Por el contrario, América Central crece hasta 13.882.181 euros, más de 3,5 millones con respecto a 2009, y se sitúa en el segundo puesto. Este incremento y la reducción de más de un millón de euros para América del Sur relegan a esta región al tercer puesto. También se reduce de forma significativa la ayuda a Oriente Medio y al norte de África, con disminuciones de 4 y 2,5 millones de euros respectivamente.

GRÁFICO 4.4. DISTRIBUCIÓN REGIONAL DE LA AOD EN SALUD DE LAS CC AA 2009/2010 (%)



Fuente: elaboración propia a partir de los datos del seguimiento de los PACI 2009-2010

La salud básica es el subsector prioritario en todas las regiones del mundo y, salvo en África subsahariana que alcanza el 44,45%, supera el 50% del conjunto de la ayuda. Señalamos que, cuando no se especifican los países, la prioridad casi absoluta la tiene la salud general, con el 89%, el segundo sector más financiado en todas las regiones salvo en Asia del sur y Oriente Medio, donde la salud reproductiva tiene un porcentaje más alto que la salud general.

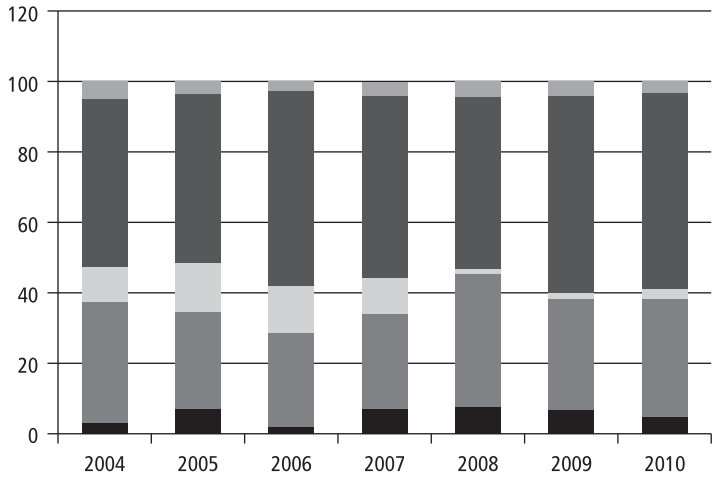
TABLA 4.7. DISTRIBUCIÓN DE LA AOD EN SALUD DE LAS CC AA POR SECTORES 2010

AOD desembolsada								
	SALUD GENERAL		SALUD BÁSICA		POBLACION Y SALUD REPRODUCTIVA		TOTALES %	
	€	%	€	%	€	%		
AFRICA NORTE	367.503	22,32	925.732	56,22	353.482	21,47	1.646.717	3,52
AFRICA SUBSAHARIANA	4.419.648	24,28	8.090.914	44,45	5.691.397	31,27	18.201.959	38,92
AMERICA CENTRAL	3.551.214	25,58	8.188.010	58,98	2.142.957	15,44	13.882.181	29,68
AMERICA DEL SUR	2.023.607	22,67	5.394.879	60,44	1.507.162	16,89	8.925.649	19,09
ASIA SUR	23.873	3,81	402.949	64,28	200.000	31,91	626.822	1,34
ASIA ORIENTAL	0	-	61.943	100,00	0	-	61.943	0,13
ORIENTE MEDIO	236.104	13,59	938.846	54,04	562.503	32,38	1.737.453	3,72
PVD NO ESPECIFICADOS	1.493.994	88,78	138.807	8,25	50.000	2,97	1.682.801	3,60

Fuente: elaboración propia a partir de los datos del seguimiento del PACI 2010

Si observamos lo que ha sucedido en los últimos años con respecto a la distribución de la AOD autonómica en salud en función del nivel de renta de los países receptores, en 2010 se mantiene la misma tendencia en la apuesta clara por los países de renta media baja, que reciben el 54% del total de la ayuda, porcentaje similar al año 2009. Con respecto a los PMA, el conjunto de las autonomías les destina cerca del 33% de sus recursos en 2010, y recupera en parte las cifras que se redujeron el año anterior. Se sigue apostando más por países de renta media alta (4,12%) que por países de renta baja (2,29%), aunque se crece un punto porcentual con respecto a 2009. Como venimos señalando en informes anteriores, para ser más eficaz, la mayor apuesta por los países de rentas medias obliga a la cooperación autonómica a tener presente que se debe concentrar la ayuda en las bolsas de pobreza donde se encuentra la población con mayores problemas de salud.

GRÁFICO 4.5. PORCENTAJE DE ASIGNACIÓN DE LA AYUDA AUTONÓMICA EN SALUD EN FUNCIÓN DE LA RENTA



Fuente: elaboración propia a partir de los datos del seguimiento de los PACI 2004-2010

El monto total de AOD en salud destinado a PMA se estabiliza en 2010, con un ligero incremento respecto a 2009 –un punto porcentual– que supuso, con más de 15 millones de euros, el 32,89% de la AOD sanitaria de las comunidades autónomas. El interés por los PMA no es homogéneo en todas las comunidades autónomas. Sin embargo, hemos mejorado respecto al año anterior. Como podemos observar en la tabla siguiente, la AOD sanitaria destinada a PMA de todas las comunidades autónomas, salvo Andalucía (14%) y Murcia (que no destina nada a los PMA y su aportación a la cooperación es simbólica), supera el 20%.

TABLA 4.8. AOD EN SALUD DIRIGIDA A PMA POR LAS CCAA. 2010 AOD DESEMBOLSADA

CCAA	AOD en salud dirigida a PMA 2010		% AOD en salud para PMA/ total dirigido a PMA	**Total AOD dirigida a PMA 2010**
	€	% sobre AOD sanitaria		
Andalucía	1.667.587	14,47	9,38	17.772.678
Aragón	376.600	35,97	23,67	1.591.206
Asturias	319.742	27,90	16,40	1.949.824
Baleares	363.563	56,39	24,33	1.494.152
Cantabria	100.000	66,67	28,94	345.536
Canarias	1.083.603	51,90	43,48	2.492.365
Cataluña	2.504.347	40,06	31,87	7.857.255
CLM	1.576.925	40,90	18,20	8.663.807
CyL	689.364	41,95	41,60	1.657.169
Extremadura	1.345.644	53,10	32,87	4.094.365
Galicia	363.351	23,31	32,94	1.102.949
La Rioja	155.619	29,58	23,63	658.672
Madrid	1.283.883	34,55	27,59	4.653.538
Murcia	0	-	-	448.962
Navarra	1.703.413	37,62	45,81	3.718.230
País Vasco	1.199.330	39,08	16,81	7.132.620
C Valenciana	649.017	26,71	19,09	3.399.816
Total	15.381.989	32,89	22,28	69.033.145

Fuente: elaboración propia a partir de los datos del seguimiento del PACI 2010

Con respecto a 2009, en 2010 se han reducido en 10 los países receptores de la AOD autonómica en salud, distribuyéndose en 47 países. De los diez que más recursos reciben nueve están incluidos entre los países prioritarios A y la República Democrática del Congo está incluida en el grupo B de países de atención focalizada, lo que nos confirma que la cooperación autonómica está bien orientada hacia las prioridades geográficas de la cooperación española. Esos diez países suponen el 59% de toda la AOD sanitaria autonómica, aunque debemos destacar que el monto destinado a países no especificados se sitúa en el cuarto lugar de la AOD autonómica con 2.810.272 euros.

Perú es el país que más AOD en salud autonómica recibe, seguido de El Salvador y República Dominicana. Mozambique es el primer país africano de la lista, a mucha distancia de los tres primeros. Este año la orientación hacia América es más intensa y solamente tres países pertenecen al continente africano, donde hay mayores problemas de salud. El resto, salvo los Territorios Palestinos, pertenece a una de las dos

regiones americanas. La variabilidad de las prioridades de los países parece reducirse: solamente dos no estaban entre los 10 primeros en 2009.

TABLA 4.9. 10 PAÍSES MAYORES RECEPTORES POR VOLUMEN DE AOD AUTONÓMICA EN SALUD. 2010

PAÍS	DESEMBOLSO 2010
Perú	4.527.982
El Salvador	4.353.132
R. Dominicana	4.045.943
Mozambique	2.534.872
Senegal	2.429.694
Bolivia	2.167.755
Guatemala	2.148.299
R.D.Congo	2.051.916
Nicaragua	1.732.302
Territorios Palestinos	1.729.948

Fuente: elaboración propia a partir de los datos del seguimiento del PACI 2010

En cuanto a la orientación geográfica según las categorías de países del Plan Director, observamos que el conjunto de la AOD autonómica en salud destina la gran mayoría, (82,63%) a los países prioritarios de los grupos A y B. Según el Plan Director, en 2012 estos dos grupos deben recibir el 85% de la ayuda asignable geográficamente, por lo que la cooperación autonómica está cerca de conseguirlo. Estos datos nos vuelven a indicar que la cooperación autonómica en salud está bien orientada a las prioridades geográficas del Plan Director y que, por tanto, asume en gran medida la concentración geográfica que ha propuesto la cooperación estatal.

TABLA 4.10. DISTRIBUCIÓN DE AOD FINANCIADA POR CCAA SEGÚN CATEGORÍAS DE PAÍSES RECEPTORES DEL PLAN DIRECTOR. 2010

PRIORIDADES III PD	AOD SALUD 2010	%
Grupo A	32.861.736 €	74,76%
Grupo B	3.460.891 €	7,87%
Grupo C	1.918.411 €	4,36%
No prioritario	5.714.215 €	13,00%
TOTAL especificado	43.955.253 €	100%
No especificado	2.523.564 €	

Fuente: elaboración propia a partir de los datos del seguimiento del PACI 2010

4.- LAS ENTIDADES LOCALES

El análisis de las entidades locales entraña dificultad debido a la gran variedad de instituciones que se engloban en esa definición y que tienen dimensiones y capacidades muy diferentes, como diputaciones, ayuntamientos, mancomunidades, etc… En 2010, 146 entidades locales, 15 más que el año anterior, han destinado recursos de su AOD al sector de la salud: de los 121.391.523 euros que ha supuesto el total de la AOD de las entidades locales solamente 8.041.387 euros (6,62%), se han destinado a dicho sector. En 2010 la aportación a la AOD de las entidades locales en su conjunto disminuye en casi 9 millones de euros, mientras que la cooperación sanitaria, que es un porcentaje mínimo del conjunto de esta cooperación, ve reducido su monto en casi 3 millones. Estos datos nos muestran el escaso interés que las entidades locales muestran por el sector de la salud y la tendencia a alejarse cada vez más del objetivo de destinar el 15% de la AOD al sector sanitario

Si analizamos la AOD en salud de las entidades locales por la comunidad a la que pertenecen (ver la siguiente tabla), observamos que las entidades locales pertenecientes al País Vasco son las que este año aportan más a la AOD en salud. Este hecho es debido a la brusca reducción de las entidades locales madrileñas, que en 2009 pasan de gestionar 2.460.000 euros a algo más de 389.000 en 2010. Esta disminución se debe, principalmente, a la reducción del Ayuntamiento de Madrid, que en 2009 gestionaba casi dos millones de euros en el sector de la salud y en 2010 no ha subvencionado ninguna acción de cooperación sanitaria.

Consideramos que la cooperación, especialmente la cooperación en salud, debe ser prioritaria en cualquier presupuesto público, ya que estamos hablando del acceso a derechos universales como el acceso a la salud, que deben ser preferentes dentro de cualquier política pública, igual que lo consideramos un derecho para todos los que habitamos en los países desarrollados. Además, una de las ventajas de la cooperación descentralizada es que puede apoyar iniciativas que quedan fuera de los grandes compromisos internacionales y afectan a muchas personas que no tienen otros instrumentos para mejorar su calidad de vida. Un ayuntamiento de la importancia de Madrid no puede quedarse fuera de los compromisos establecidos por la comunidad internacional para lograr un mundo más equitativo, sobre todo en el campo de la salud, donde el acceso a los servicios sanitarios sigue siendo un gran reto mundial.

Como viene sucediendo en los años anteriores, Cataluña y Andalucía son las comunidades con el mayor número de entidades locales que destinan recursos a salud: 29 y 16 respectivamente.

TABLA 4.11. AOD BILATERAL DE ENTIDADES LOCALES POR COMUNIDAD AUTÓNOMA DE PERTENENCIA

EELL / CCAA	AOD SALUD 2010	Nº EELL
EELL Andalucía	816.011 €	16
EELL Aragón	562.765 €	6
EELL Asturias	479.625 €	5
EELL Baleares	456.817 €	4
EELL Canarias	185.995 €	5
EELL Cantabria	130.993 €	5
EELL Cataluña	1.118.658 €	29
EELL País Vasco	1.699.439 €	12
EELL Castilla - La Mancha	489.078 €	9
EELL Castilla y León	528.979 €	14
EELL Extremadura	127.500 €	3
EELL Galicia	62.941 €	2
EELL La Rioja	66.429 €	2
EELL Madrid	389.132 €	9
EELL Murcia	98.691 €	5
EELL Navarra	310.013 €	7
EELL C. Valenciana	518.320 €	13
TOTAL	**8.041.387 €**	**146**

Fuente: elaboración propia a partir de los datos del seguimiento del PACI 2010

En cuanto a qué entidades locales han dedicado más presupuesto a la AOD en salud, en 2010 ocupa el primer lugar la Diputación de Vizcaya, con 800.000 euros, seguida de los ayuntamientos de Barcelona, Palma de Mallorca, Zaragoza y Gijón, que ya estaban en la lista del año anterior. No obstante, todas las cantidades de estas entidades locales, salvo las de Palma de Mallorca, se han visto reducidas con respecto a 2009. En esta lista aparece la Diputación de Sevilla en sexto lugar. Esas seis entidades suponen solamente el 32% del conjunto de la AOD de entidades locales en salud, lo que nos indica la elevada dispersión de este tipo de ayuda.

TABLA 4.12. ENTIDADES LOCALES CON MAYOR AOD EN SALUD 2010, EN EUROS

EE LL	AOD SALUD 2010
Diputación Vizcaya	801.044
Ayto. Barcelona	561.189
Ayto. Palma de Mallorca	366.727
Ayto. Zaragoza	353.685
Ayto. Gijón	274.000
Dip. Provincial Sevilla	237.964

Fuente: elaboración propia a partir de los datos del seguimiento del PACI 2010

En su conjunto, las entidades locales han realizado 423 acciones de cooperación sanitaria, 17 menos que en el año 2008, manteniendo, como en los últimos años, un amplio espectro en cuanto a la cantidad desembolsada por acción: algunas solo suponen 250 euros mientras que otras alcanzan 169.000 euros, siendo la media 19.000 euros. Como ya hemos comentado, este comportamiento es coherente con el desarrollo de pequeños proyectos que pueden quedar al margen de las grandes líneas de trabajo en el sector.

En cuanto a la orientación geográfica, este año han disminuido las coincidencias con las prioridades geográficas de la cooperación española, aunque se destina el 73% de su AOD sanitaria a los países prioritarios de los grupos A y B. Aún le faltan 12 puntos para cumplir con el objetivo global de la cooperación española de destinar el 85% de la cooperación a los países prioritarios A y B en 2012, objetivo que debería priorizarse, aunque se debe mantener la especificidad de la cooperación local que ya hemos comentado anteriormente.

TABLA 4.13. DISTRIBUCIÓN DE AOD FINANCIADA POR EE LL SEGÚN CATEGORÍAS DE PAÍSES RECEPTORES DEL PLAN DIRECTOR. 2010

PRIORIDADES III PD	AOD SALUD 2010	%
Grupo A	5.487.603€	68,80%
Grupo B	359.211€	4,50%
Grupo C	868.851€	10,89%
No prioritario	1.260.409€	15,80%
TOTAL especificado	7.976.075€	100%
No especificado	65.312€	

Fuente: elaboración propia a partir de los datos del seguimiento del PACI 2010

En cuanto a la orientación geográfica por el nivel de renta de los receptores, las entidades locales tienen un comportamiento bastante similar a la cooperación autonómica. Apoyan más a los países de renta media baja que la cooperación autonómica (58,7%), seguido de los PMA (25,8%). Al igual que ocurría en la AOD autonómica, se apuesta más por países de renta media alta (11,02%) que por países de renta baja (3,6%). Este año cabe destacar que, prácticamente, no existen cantidades destinadas a países no especificados (0,81%), lo que ayuda a asegurar la credibilidad de los datos del análisis realizado.

TABLA 4.14. DISTRIBUCIÓN SEGÚN NIVEL DE RENTA

PRIORIDADES III PD		Cantidades en €	%
No especificado (NE)		65.312	0,81
Países menos adelantados (PMA)		2.074.658	25,80
Países renta baja (PRB)		289.395	3,60
Países renta media (PRM)	PRMA – media alta	886.351	11,02
	PRMB – media baja	4.725.671	58,77
Totales		8.041.387	100

Fuente: elaboración propia a partir de los datos del seguimiento del PACI 2010

La distribución regional tiene algunas diferencias si la comparamos con la cooperación autonómica en cuanto a sus prioridades. La cooperación local tiene como primer destino América Central (31%), siendo África subsahariana la segunda región que más AOD sanitaria recibe (29%). Al igual que sucede en la cooperación autonómica, el continente americano en su conjunto es el destinatario de más del 50% del total de la ayuda sanitaria de dichas entidades, seguido del continente africano con el 39%.

Como en la cooperación autonómica, solicitamos a las entidades locales que prioricen África subsahariana dado que es la región con mayores problemas de salud.

TABLA 4.15. DISTRIBUCIÓN REGIONAL DE LA AOD BILATERAL NETA EN SALUD DE LAS EE LL. 2010

Zonas geográficas		EUROS	%
PVD no especificados		63.382	0,79
ORIENTE MEDIO		263.501	3,28
EUROPA		17.500	0,22
ASIA	Asia oriental	23.510	0,29
	Asia central	115.847	1,44
	Asia sur	174.336	2,17
AMÉRICA LATINA	América sur	1.718.978	21,38
	América central	2.496.846	31,05
ÁFRICA	África subsahariana	2.306.453	28,68
	África norte	861.034	10,71
TOTALES		8.041.387	100

Fuente: elaboración propia a partir de los datos del seguimiento del PACI 2010

En cuanto a la composición sectorial y subsectorial de la ayuda local, se mantiene la tendencia a incrementar las partidas destinadas a salud básica, subiendo seis puntos porcentuales en 2010 y superando el 61% del conjunto de la AOD sanitaria local. Este incremento se ha debido a la reducción de las partidas en salud reproductiva, que cuenta con escasa financiación (16%).

En cuanto a los subsectores, los servicios médicos se siguen manteniendo como la principal apuesta dentro de la salud general, con cerca del 55% de toda la ayuda de este sector y el 12% de la AOD sanitaria de las entidades locales. En salud básica, como sucedía en la cooperación autonómica, la atención sanitaria básica y las infraestructuras son los subsectores que reciben más ayuda: 18% y 17% del total de la ayuda sanitaria local, respectivamente. Destacamos el importante incremento porcentual que ha tenido la nutrición básica. Asimismo, la cooperación local mantiene su apuesta por la educación sanitaria incrementando sus cifras respecto a 2009, aunque solo alcanza el 6,16% del total de la cooperación sanitaria local.

La atención en salud reproductiva y la lucha contra enfermedades de transmisión sexual son los subsectores prioritarios: 7,17% y 5,8% del total de AOD local en salud respectivamente. Cabe señalar que, si bien en 2009 la planificación familiar aumentó de forma considerable hasta alcanzar el 3% del conjunto de la AOD sanitaria local, en 2010 vuelve a ver reducido su presupuesto y no llega al 1%. Se mantiene la escasa importancia que las entidades locales otorgan a las políticas y a la formación en este sector.

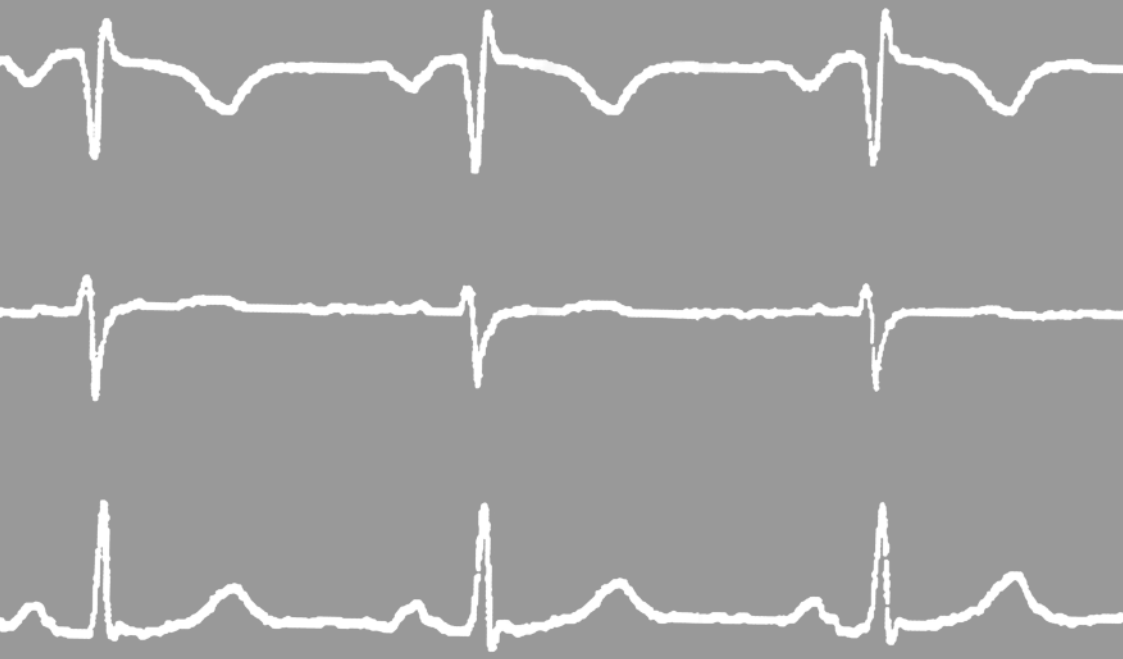
TABLA 4.16. COMPOSICIÓN SUBSECTORIAL DE LA AOD TOTAL EN SALUD DE EE LL.2010

CAD / CRS		AOD 2010	%
121	**Salud general**	**1.777.235 €**	**22,10**
12110	Política sanitaria y gestión administrativa	651.112 €	8,10
12181	Enseñanza y formación médicas	116.782 €	1,45
12182	Investigación médica	37.682 €	0,47
12191	Servicios médicos	971.659 €	12,08
122	**Salud básica**	**4.929.666 €**	**61,30**
12220	Atención sanitaria básica	1.473.090 €	18,32
12230	Infraestructura sanitaria básica	1.377.349 €	17,13
12240	Nutrición básica	1.090.084 €	13,56
12250	Control enfermedades infecciosas	221.746 €	2,76
12261	Educación sanitaria	495.728 €	6,16
12262	Control de la malaria	8.505 €	0,11
12263	Control de la tuberculosis	117.872 €	1,47
12281	Formación personal sanitario	145.290 €	1,81
130	**Prog/Pol. Pob. y SR.**	**1.334.486 €**	**16,60**
13010	Pol. Población y gestión admva	69.395 €	0,86
13020	Atención en S.R.	576.420 €	7,17
13030	Planificación familiar	74.194 €	0,92
13040	Lucha ETS, incluido VIH	466.295 €	5,80
13081	Formación RR HH en población y SR	148.182 €	1,84
	TOTAL	**8.041.387 €**	**100,00**

Fuente: elaboración propia a partir de los datos del seguimiento del PACI 2010

En este ambiente de reducción de las partidas de AOD, insistimos de nuevo en la importancia que tiene la cooperación descentralizada para ayudar a reconocer un derecho tan básico como es el acceso a servicios de salud. Sus mayores valores en la cooperación sanitaria se centran en la menor influencia que tienen otros factores económicos o políticos en la definición de las acciones y su estrecha relación con la sociedad civil, que permite centrar las actividades en las poblaciones más vulnerables. Es importante que reclamemos no solo la cantidad de la ayuda sino también la calidad de la misma, para ser más eficaces, eficientes y tener mayor impacto. Consideramos que sigue plenamente vigente el decálogo para la cooperación descentralizada en salud[1], que puede ser un primer paso para mejorar la calidad de la ayuda sanitaria.

1. Ver el informe "La salud en la cooperación al desarrollo y la acción humanitaria 2010"



CAPÍTULO V. ACCIÓN HUMANITARIA

El año 2010 fue un año especialmente castigado por crisis humanitarias, la mayoría en regiones empobrecidas. Los desastres naturales abundaron en todo el planeta, llegándose a contabilizar cerca de 250 catástrofes de gran envergadura en 32 países, en muchos casos prevenibles y la mayor parte afectaron a zonas empobrecidas, muy pobladas, sin recursos suficientes para mejorar las infraestructuras ni para establecer mecanismos de respuesta apropiados. Más de 215 millones de personas sufrieron las terribles consecuencias de desastres, lo que supone casi el doble de la población afectada en 2009.

En 2010 destaca el terremoto que se produjo el 12 de enero en Haití y que provocó una catástrofe de gran magnitud en cuanto a población afectada y al impacto en infraestructuras y ámbito socioeconómico. Se estima en 2,8 millones las personas afectadas directamente, 222.570 víctimas, 80.000 desaparecidos y 300.000 heridos. Asimismo, tuvieron graves consecuencias las inundaciones que durante los meses de julio y agosto devastaron Pakistán. Causaron importantes desplazamientos de población, más de 20 millones de personas afectadas y paralizaron el desarrollo socioeconómico del país.

Otros desastres de gran impacto en la población fueron:

- Los terremotos de Chile e Indonesia.
- Las inundaciones de Burkina Faso y Bangladesh.
- Los ciclones del sureste asiático.
- Los huracanes en Centroamérica.
- La sequía de la región del Sahel y la posterior crisis alimentaria en Níger.
- La sequía del Cuerno de África en 2010 y 2011 que ha provocado más de 13 millones de personas desnutridas.
- Más de 6.000 víctimas por la epidemia de cólera en Haití.

Las crisis humanitarias se deben no solo a fenómenos de la naturaleza sino también a conflictos armados o situaciones de violencia. La mayoría de estas crisis siguen afectando a África subsahariana y, lejos de resolverse, se agudizaron más durante 2010. Se contabilizaron unos 30 conflictos activos en otros tantos países donde parte de la población escapa de la violencia para sobrevivir. Destacaron por el impacto en la población los conflictos de Sudán, Afganistán, República Democrática del Congo, Palestina, Somalia, Djibuti, Chad, Irak y Colombia. También se produjeron crisis en Costa de Marfil y Yemen y luchas interétnicas en Kirguistán. Se mantiene la tensión y la violencia esporádica en zonas en situación de postconflicto como Sri Lanka, Sierra Leona, Líbano o los Territorios Saharauis.

Dichos conflictos han causado grandes movimientos de población que han aumentado en 2010: 27,5 millones de desplazados internos y 10,5 millones de refugiados.

Muchos de los conflictos son recurrentes con exacerbaciones, lo cual, unido al ascenso del número y alcance de los desastres naturales, a la crisis financiera internacional y el aumento del precio de los alimentos ha provocado un efecto multiplicador en la población. Los procesos de rehabilitación y recuperación de las poblaciones afectadas por crisis humanitarias son muy lentos.

1. AYUDA HUMANITARIA INTERNACIONAL

La respuesta internacional al incremento de las crisis humanitarias en 2010 alcanzó la cifra global de 16.700 millones de dólares, de los cuales 12.400 millones han correspondido a aportaciones gubernamentales mientras que las aportaciones privadas han supuesto 4.300 millones de dólares.

Se trata de un claro incremento tanto de la financiación pública como privada, pero de menor alcance que el incremento de la demanda por necesidades. Un ejemplo de ello fue que, de los llamamientos realizados por Naciones Unidas para financiar intervenciones humanitarias, tan solo se cubrió el 70% de lo solicitado: 7.100 millones de dólares.

Como en años anteriores, las aportaciones de los países de la OCDE – CAD suman la mayoría de las aportaciones gubernamentales globales (11.800 millones de dólares), mientras que los países no OCDE aportaron a la financiación de la acción humanitaria 623 millones de dólares en 2010. En ambos casos las aportaciones crecieron frente al año 2009.

TABLA 5.1. FINANCIACIÓN DE LOS PAÍSES MIEMBROS DEL CAD OCDE PARA ACCIÓN HUMANITARIA (MILLONES DE DÓLARES CORRIENTES)

	2006	2007	2008	2009
Bilateral	6.800,02	6.665,68	9.049,12	8.874,73
Multilateral	1.404,37	1.576,30	2.088,83	1.748,49
TOTAL	8.204,39	8.241,98	11.137,95	10.623,22

Fuente: Creditor Reporting System

Los mayores contribuyentes a la acción humanitaria internacional continúan siendo EE UU y la Unión Europea. Los principales receptores siguen siendo los países situados en África subsahariana.

La mayoría de los fondos de los donantes continúa canalizándose a través de organizaciones multilaterales (ayuda multilateral y ayuda multibilateral). Las agencias, programas y fondos de Naciones Unidas y el Banco Mundial gestionan la ayuda de los donantes ejecutando sus programas y acciones en los países receptores finales de la ayuda humanitaria. Se mantiene la canalización a través del resto de actores de la ayuda humanitaria en el ámbito internacional: ONG, organizaciones internacionales y el sector público.

TABLA 5.2. CANALIZACIÓN DE LA FINANCIACIÓN DE LA AH INTERNACIONAL EN 2010

Multilateral (agencias ONU, programas, fondos, Banco Mundial)	63%
ONG	17%
Organizaciones internacionales (CICR; Movimiento Internacional de la Cruz Roja y Media Luna Roja)	9%
Sector público con las agencias gubernamentales	9%
Otros	2%

Fuente: elaboración propia a partir de datos de Naciones Unidas

La canalización a través de agencias de naciones Unidas comprende OCHA, OMS, FAO, UNICEF, Programa Mundial de Alimentos, ACNUR y UNRWA; los tres últimos continúan gestionando la mayoría de los fondos destinados a ayuda humanitaria.

La canalización de fondos a través del Financial Tracking Service (FTS) de la ONU creció respecto al año anterior, alcanzando 853 millones de dólares:

1. Fondos comunes humanitarios (CHF) administrados por PNUD: 261 millones de dólares.
2. Fondos de respuesta de emergencias (ERF) administrados por OCHA: 164 millones de dólares.

3. Fondo central de respuesta de emergencias (CERF) administrados por OCHA: 429 millones de dólares.

Si bien es evidente el incremento de la financiación internacional de la ayuda humanitaria, hay que tener en cuenta algunos factores. Por un lado, el terremoto de Haití y las inundaciones de Pakistán movilizaron unos dos mil millones de dólares. Por otro lado los costes de la acción humanitaria se han incrementado en los últimos años, en gran medida debido al aumento del precio de los alimentos, por el peso que tiene la partida destinada a ayuda alimentaria. Esto contribuyó a que el número de llamamientos de los procesos consolidados[1] de la ONU no cubiertos en 2010 aumentaran respecto a años previos.

Se sigue apreciando la falta de equivalencia entre la dimensión de algunas crisis y la asignación de fondos. Esta disparidad de financiación ha hecho que emergencias complejas hayan sido tratadas de forma dispar en cuanto a financiación. Las decisiones de financiación de los donantes siguen estando en función de otros criterios y no estrictamente en función de las necesidades propias de las crisis. Se deberían establecer prioridades en función de las necesidades y mayor transparencia en la asignación de fondos por parte de los gobiernos.

Otro aspecto deficitario de la acción humanitaria continúa siendo la escasa financiación destinada a la reducción de riesgos así como la débil apuesta por la vinculación entre ayuda humanitaria y desarrollo.

FONDO CENTRAL DE RESPUESTA A EMERGENCIAS

En 2005 la Asamblea de la ONU creó el Fondo Central de Respuesta a Emergencias (CERF) y ha servido para asegurar la financiación rápida de las intervenciones humanitarias en emergencias. Un ejemplo de la eficiencia de este mecanismo lo muestra la intervención en el terremoto de Haití: en los primeros tres días, antes que interviniera cualquier otro donante, se asignaron 25 millones de dólares.

TABLA 5.3 FONDO CENTRAL DE RESPUESTA DE EMERGENCIAS EVOLUCIÓN DE FONDOS 2006 - 2010

CERF	2006	2007	2008	2009	2010
Total (millones de dólares)	259,3	350,9	428,8	397,4	415,2

Fuente: elaboración propia a partir del Informe anual CERF 2010. OCHA

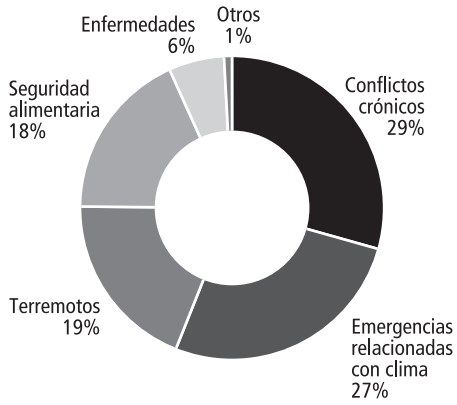
1. Instrumento de financiación que permite planificar una respuesta humanitaria coordinada dirigida a emergencias en situaciones de crisis crónicas y complejas que están previstas y se vienen realizando desde hace años

En 2010 el CERF reunió 430 millones de dólares provenientes de Estados miembros de la ONU y del sector privado, de los que se ejecutaron el 96,5%. Estos 415,2 millones de dólares sirvieron para financiar 469 proyectos de acción humanitaria en 45 países.

Los mayores contribuyentes a los fondos CERF durante 2010 fueron: Reino Unido, Holanda, Suecia, Noruega, Canadá, Irlanda, España, Alemania, Dinamarca y Australia. La mayoría de los países mantienen sus aportaciones a los fondos. La contribución de España, que ascendió a 39.585.000 dólares, se vio recortada en cerca de 5 millones respecto al año anterior.

Del total de fondos CERF, se destinaron 276 millones de dólares a países que precisaban ayuda urgente para paliar las consecuencias de las emergencias que les afectaban. El 65% (195 millones de dólares) se dedicó a atender emergencias causadas por desastres naturales, destacando 52 millones de dólares destinados a la emergencia causada por las inundaciones en Pakistán, seguido del terremoto de Haití y la crisis alimentaria en Níger.

GRÁFICO 5.1. DESGLOSE DEL DESTINO DE LOS FONDOS DE RESPUESTA RÁPIDA: 276 MILLONES DE DÓLARES



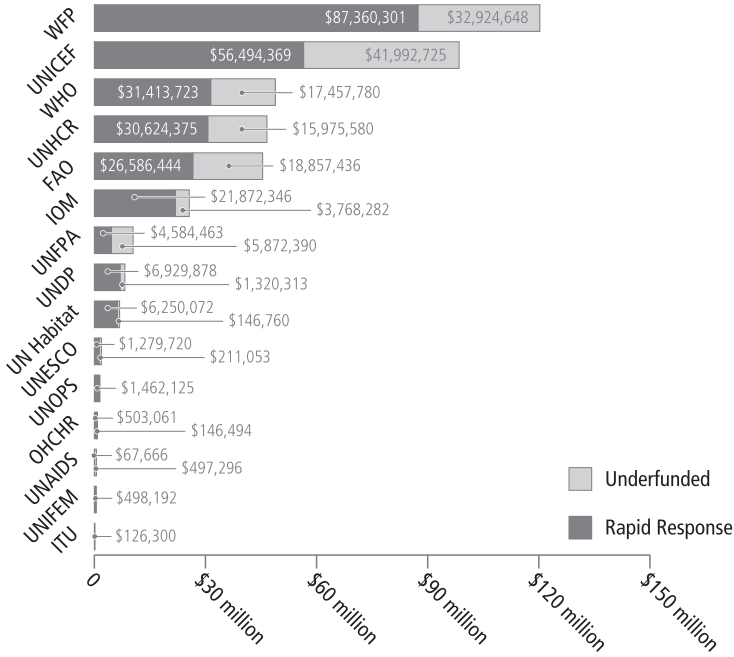
Fuente: Informe anual CERF 2010. OCHA

Por el contrario, los fondos destinados a la acción humanitaria en zonas en conflicto descendieron a 81,2 millones de dólares. Sin embargo, en algunos de los países en los que las necesidades eran importantes no se dispuso de fondos para su financiación.

Más del 90% de los fondos se canalizaron a través de las Agencias de la ONU: PMA, UNICEF, OMS, ACNUR y FAO, lo cual está en consonancia con las agencias más operativas para hacer frente a las necesidades de la población afectada en las situa-

ciones de emergencia humanitaria. No obstante, sería deseable que se incrementaran los fondos canalizados a través de ACNUR que se ocupa de atender a la población más vulnerable: las personas refugiadas y desplazadas.

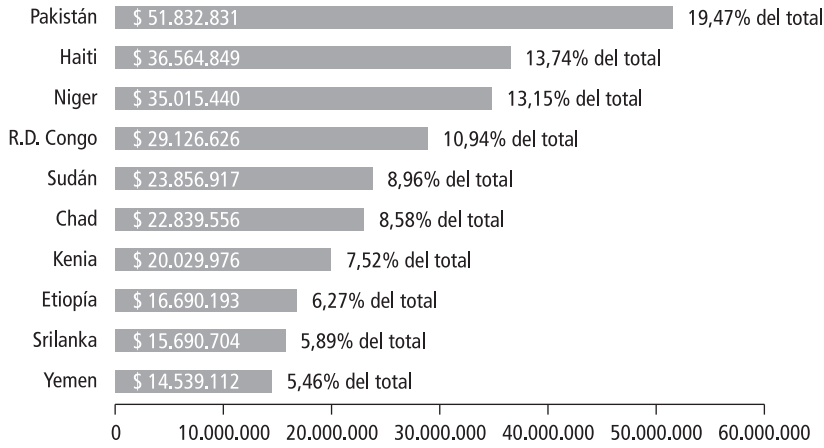
GRÁFICO 5.2. AGENCIAS A TRAVÉS DE LAS QUE SE CANALIZARON FONDOS CERF EN 2010



Fuente: Informe anual CERF 2010. OCHA

En cuanto a la distribución geográfica de los fondos CERF, en consonancia con las grandes catástrofes naturales ocurridas durante el año, se destinaron principalmente a desastres naturales, como las inundaciones de Pakistán, el terremoto de Haití y la sequía en Níger. Al contrario que en el año anterior, las zonas afectadas por conflictos no fueron prioritarias en la asignación de los fondos. En 2010 se destinaron ayudas, fundamentalmente, a la República Democrática del Congo, Sudán y Chad en África subsahariana

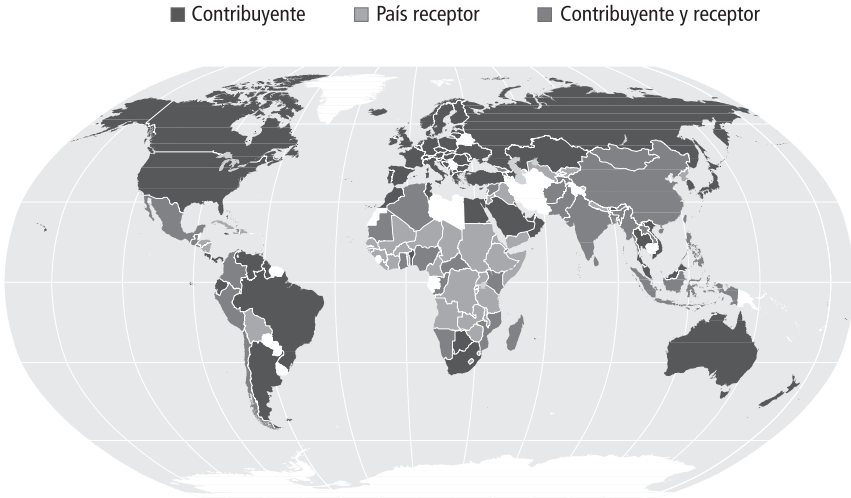
GRÁFICO 5.3. PRINCIPALES PAÍSES RECEPTORES DE FONDOS CERF EN 2010



Fuente: Informe anual CERF 2010. OCHA

Se aprecia la distribución mundial de los países donde se destinaron fondos para financiar intervenciones humanitarias así como los países contribuyentes.

GRÁFICO 5.4. PAÍSES CONTRIBUYENTES Y RECEPTORES DE FONDOS CERF

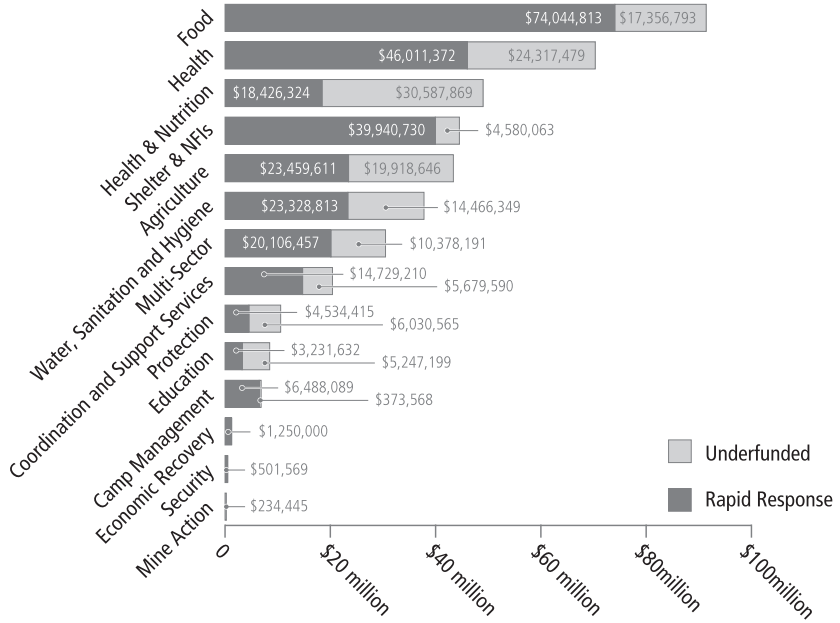


Fuente: Informe anual CERF 2010. OCHA

El destino sectorial de la ayuda humanitaria a través de los CERF fue durante 2010 similar a años anteriores. El sector alimentación fue prioritario: 90 millones de dólares, siguiéndole la atención en salud, la proporción de cobijo, provisión de agua y saneamiento, y coordinación. Una distribución que, con la salvedad del bajo monto destinado a protección, mantiene la lógica de las necesidades en situaciones de emergencia.

Hay que reseñar que el porcentaje destinado a cobijo y agricultura –11% en conjunto– responde a las necesidades de las poblaciones de Haití, Pakistán y Chile afectadas por catástrofes naturales con gran destrucción de viviendas y tierras de cultivo. Sin embargo, sería deseable equilibrar las partidas destinadas a emergencia con otros aspectos relevantes de la acción humanitaria como la reducción de riesgos o la rehabilitación.

GRÁFICO 5.5. DESTINO SECTORIAL DE LA AYUDA HUMANITARIA DE LOS CERF



Fuente: Informe anual CERF 2010. OCHA

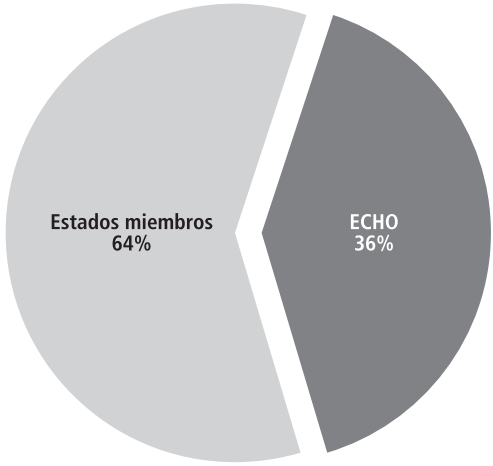
La eficacia de los CERF, al atender de forma rápida las necesidades de poblaciones en riesgo vital en situaciones de emergencia, hace que se haya convertido en un fondo prioritario para su financiación por los donantes. Desde su creación, 122 Estados han contribuido a estos fondos y la canalización de financiación se ha visto facilitada por parte de los donantes para cubrir la acción humanitaria en situaciones de emergencia.

2. LA AYUDA HUMANITARIA DE LA UNIÓN EUROPEA

La Unión Europea, junto a Estados Unidos y Japón, es uno de los mayores donantes para acción humanitaria en el ámbito internacional. En 2010 los fondos destinados por la Unión Europea a ayuda humanitaria ascendieron a 2.957 millones de euros. Del total de los fondos, los Estados miembros gestionaron el 64%, mientras que el 36% fueron aportaciones conjuntas de la Comisión Europea.

El gran número y la complejidad de las crisis humanitarias justifican que el porcentaje de fondos aportados de forma conjunta por la Comisión Europea siga incrementándose en el futuro.

GRÁFICO 5.6. DISTRIBUCIÓN DE FONDOS DE AYUDA HUMANITARIA DE LA UNIÓN EUROPEA EN 2010



Fuente: DGPOLDE

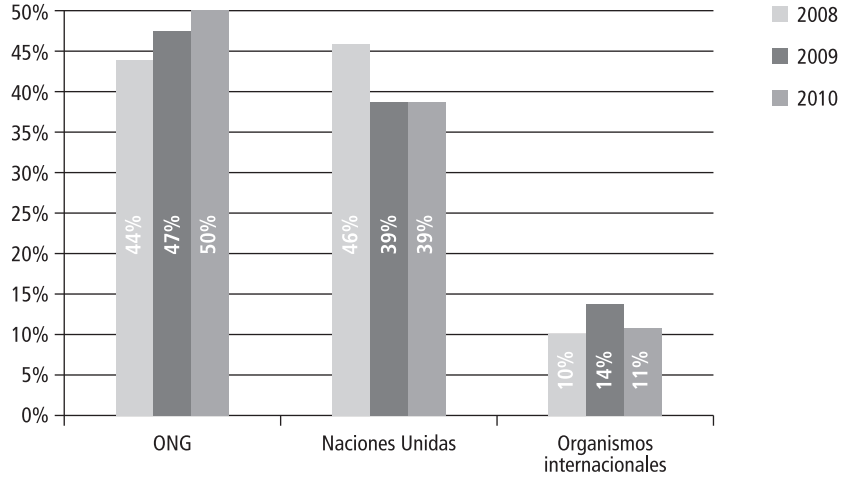
La Comisión Europea gestiona los fondos para intervenciones humanitarias a través de la Oficina Humanitaria (ECHO). Durante 2010 asignó 1.115 millones de euros a las múltiples crisis que se produjeron en el planeta, lo que supone un incremento casi del 20% respecto a los 931,7 millones de euros ejecutados en 2009.

Estos fondos sirvieron para proporcionar asistencia a más de 150 millones de personas en 80 países. El 44% de los fondos se destinaron a paliar los efectos causados por desastres naturales, el 41% para atender a las poblaciones afectadas por crisis complejas, crónicas y el restante 15% para otras crisis sucedidas durante 2010.

El presupuesto inicial de ECHO fue de 835 millones de euros, pero a lo largo del año se incrementó en función de las necesidades con otros fondos hasta alcanzar 1.115 millones de euros. Así, por ejemplo, se usaron fondos de la Reserva de Ayuda de Emergencias para complementar las ayudas en Haití y Pakistán. También hubo aportaciones del Fondo Europeo para el Desarrollo que se usaron para las múltiples crisis sucedidas a lo largo del año en África subsahariana.

Los fondos gestionados por ECHO se canalizaron como en años previos a través de ONG, agencias de la ONU y organizaciones internacionales.

GRÁFICO 5.7. EVOLUCIÓN DE LA DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE FONDOS DE ECHO



Fuente: Informe anual de ECHO 2010

Durante 2010 las ONG que tienen firmado el acuerdo de asociación, en su mayoría de implantación internacional, canalizaron el 50% de los fondos para financiar intervenciones de acción humanitaria. Las agencias de la ONU canalizaron el 39%, fundamentalmente, a través del Programa Mundial de Alimentos, ACNUR, UNRWA y UNICEF. El 11% restante se canalizó a través de organizaciones internacionales como el Comité Internacional de la Cruz Roja y la FICR.

En cuanto al destino geográfico, los fondos fueron mayoritariamente asignados a 39 países en los que se produjeron crisis relevantes durante 2010, aunque de estos, 16 fueron catalogados como extremadamente vulnerables y concentraron el 58% del total de la ayuda.

Por regiones, África subsahariana concentró el 42% de los fondos, porcentaje justificado si se tiene en cuenta que, de los 16 países con mayor vulnerabilidad por crisis humanitarias, 13 se encuentran en esa región. El continente asiático aparece en segundo lugar como receptor de los fondos, la mayoría destinados a Pakistán y Afganistán y a los países del sureste asiático afectados por ciclones e inundaciones. Latinoamérica y el Caribe fueron destino del 14% de los fondos que se concentraron en Haití y Chile. Por último, Oriente Medio, donde se perpetúa el conflicto palestino-israelí, e Irak recibieron el 9% de los fondos.

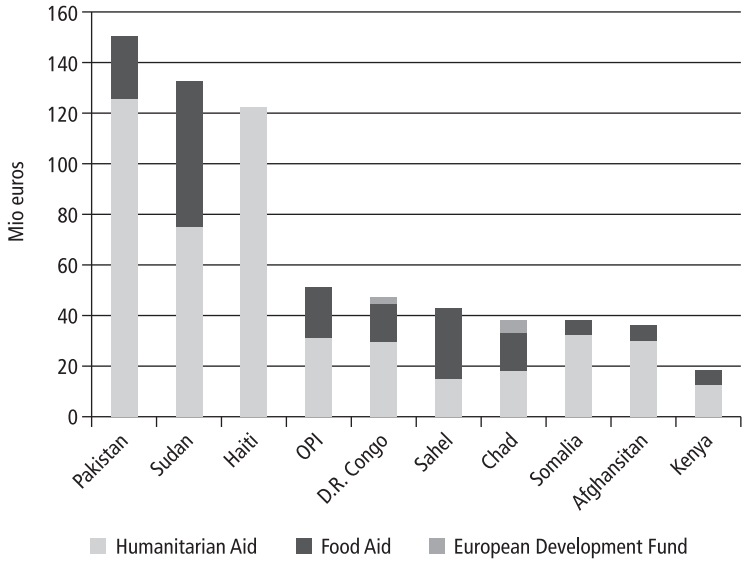
TABLA 5.4. DESTINO GEOGRÁFICO DE FONDOS GESTIONADOS POR ECHO EN 2010

Continente	Cantidad en millones de euros	Porcentaje
África	468,5	42%
Asia	281,4	25%
Latinoamérica y Caribe	158,5	14%
Oriente Medio	98,0	9%
Total	1.114,8	

Fuente: elaboración propia a partir de datos del Informe anual ECHO 2010

El destino por países muestra la concentración de los fondos para paliar las catástrofes naturales de Pakistán y Haití y los múltiples conflictos activos en Sudán.

GRÁFICO 5.8. PRINCIPALES PAÍSES RECEPTORES DE FONDOS DE ECHO EN 2010



Fuente: Informe anual ECHO 2010

La evolución del destino geográfico de los fondos a lo largo de los últimos cuatro años muestra la estrategia de ECHO de destinar los fondos a regiones del planeta donde se concentran las mayores necesidades de acción humanitaria. En el caso de emergencias complejas que no aparecen en los medios, se destinó el 17% para cubrir parte de las necesidades de 12 de estas crisis olvidadas.

El destino de los fondos por sectores muestra que las mayores aportaciones fueron destinadas a ayuda humanitaria que incluye proporcionar cobijo, asistencia sanitaria, agua y saneamiento y nutrición. Le sigue la partida destinada a ayuda alimentaria. Con partidas más bajas aparece la protección de las poblaciones. La destinada a prevención de riesgos es casi testimonial, el 3%, lo que supone un retroceso de casi la mitad comparado con el año anterior y resulta del todo insuficiente si pensamos que la estrategia de prevención de riesgos en las zonas del planeta más afectadas por desastres y conflictos es la de mayor impacto a largo plazo.

TABLA 5.5. DISTRIBUCIÓN POR SECTORES DE FONDOS GESTIONADOS POR ECHO EN 2010

Sectores	Porcentaje
Ayuda humanitaria	68%
Ayuda alimentaria	23%
Asistencia técnica	3%
Protección	3%
Preparación desastres	3%

Fuente: elaboración propia a partir de datos del Informe anual ECHO 2010

En la mayoría de los casos hay que destacar la rápida respuesta de ECHO con disponibilidad de fondos ante situaciones de emergencia, la estrategia multilateral y la financiación en función de necesidades. Es necesario que la estrategia de los últimos años sea el referente para el futuro.

3. LA ACCIÓN HUMANITARIA EN ESPAÑA

En los últimos años, el gobierno de España es uno de los mayores donantes en ayuda humanitaria figurando entre los cinco primeros países donantes en el ámbito internacional. Sin embargo, en términos de financiación, a pesar de ser 2010 un año en el que se produjeron algunas de las mayores catástrofes naturales de la década, la respuesta disminuyó un 23,4% con respecto al año anterior, lo que significa un retroceso sin precedentes en acción humanitaria por parte de la cooperación española.

TABLA 5.6. AOD ESPAÑOLA DESTINADA A ACCIÓN HUMANITARIA, POR CANALES

	2009	2010	Variación 09/10
Bilateral	78.771.408 €	86.429.959 €	7.658.551 €
Multibilateral	231.914.802 €	123.900.685 €	-108.014.117 €
Multilateral	154.350.615 €	145.768.223 €	-8.582.392 €
TOTAL	465.036.825 €	356.098.868 €	-108.937.957 €

Fuente: Informe anual ECHO 2010

Este notable descenso en la financiación de la ayuda humanitaria es aun más llamativo si se tiene en cuenta que 2009 fue un año con menos crisis humanitarias. El descenso es más relevante si se compara con el claro incremento generalizado de los fondos en el ámbito internacional, 700 millones de dólares como respuesta a las graves crisis que tuvieron lugar durante 2010.

El porcentaje destinado a ayuda humanitaria sobre el total de la AOD, en 2010 alcanzó el 7,9% lo que supone una disminución con respecto a años previos, si bien está en sintonía con las recomendaciones del CAD.

Con esta importante partida presupuestaria, la ayuda humanitaria sigue una línea estratégica diferenciada dentro de la cooperación española. Con una estructura organizativa consolidada en la Oficina de Acción Humanitaria se apuesta por una mejor gestión y coordinación de la ayuda. Destaca la adhesión a iniciativas internacionales de concepción avanzada de la acción humanitaria. Sin embargo, los compromisos adquiridos no se desarrollan como sería de esperar y un ejemplo son los retrasos en la aplicación de los principios de la *Good Humanitarian Donorship*, el Consenso Europeo de Acción Humanitaria y la responsabilidad de proteger.

3.1. LA ACCIÓN HUMANITARIA BILATERAL

Los fondos gestionados por vía bilateral ascendieron a poco más de 210 millones de euros lo que supone el 59% del total de la ayuda humanitaria española en 2010. Se observa un descenso apreciable si se compara con el 67% del año anterior, un dato destacable si se tiene en cuenta que en este tipo de ayuda el donante decide el destino de los fondos.

Del total de la ayuda gestionada por vía bilateral, el 59% se canalizó a través de OMUDES[2] (multibilateral) y el 41% de forma puramente bilateral. En este último caso, se canalizaron más de la mitad de los fondos a través de ONG españolas frente a un testimonial 0,23% del país socio. Sería deseable incrementar el porcentaje canalizado a través de ONG del país socio, bien directamente o a través de consorcios con ONG españolas. Se trata de potenciar las organizaciones de la sociedad civil del país socio en cuanto a intervenciones de acción humanitaria en su propio entorno. De igual forma, se debería aumentar el escaso 4% de fondos canalizados a través de entidades públicas del país socio en un intento de fortalecer la capacidad de respuesta humanitaria del sector público del país afectado por la crisis.

2. OMUDES: Organismos Multilaterales de Desarrollo

TABLA 5.7. AOD ESPAÑOLA BILATERAL PARA ACCIÓN HUMANITARIA EN 2010, POR VÍAS DE CANALIZACIÓN

	2010	
	AOD	%
Entidades públicas del país donante	18.581.759 €	21,50%
Entidades públicas del país socio	3.430.396 €	3,97%
ONGD internacionales	16.945.330 €	19,61%
ONGD del país donante	44.943.934 €	52,00%
ONGD del país socio	200.000 €	0,23%
Otras ENL del país donante	32.693 €	0,04%
Otras ENL del país socio	77.081 €	0,09%
Universidades públicas del país donante	101.901 €	0,12%
Otras entidades	1.833.478 €	2,12%
Entidades con ánimo de lucro del país donante	283.387 €	0,33%
TOTAL	86.429.959 €	

Fuente: elaboración propia a partir de datos DGPOLDE

En el caso de la ayuda multibilateral, se mantiene la tendencia acertada de canalizar la mayoría de los fondos a través de agencias de la ONU. Sin embargo, este mecanismo de ayuda deja en manos del donante la decisión del destino anual de la ayuda, lo que supone mayor incertidumbre y dificultades a la planificación global por parte de OCHA. Sería deseable asignarlos a fondos comunes de la ONU, lo que contribuiría a una planificación más eficaz en el reparto y una garantía para financiar la ayuda humanitaria destinada a los conflictos crónicos, que no depende de vaivenes en la asignación anual.

TABLA 5.8. AOD ESPAÑOLA MULTIBILATERAL PARA AH, POR VÍAS DE CANALIZACIÓN

ORGANISMOS	2009		2010	
	AOD	%	AOD	%
ONGD INTERNACIONALES	9.200.607 €	4%		
NACIONES UNIDAS	203.264.195 €	88%	110.697.190 €	89%
UNIÓN EUROPEA	12.500.000 €	5%		
BANCO MUNDIAL	500.000 €	0%	9.852.217 €	8%
OTROS OMUDES	6.450.000 €	3%	3.351.279 €	3%
TOTAL	231.914.802 €		123.900.685 €	

Fuente: elaboración propia a partir de datos DGPOLDE

Aunque el porcentaje de fondos distribuidos por vía multibilateral sigue siendo elevado, este año muestra un descenso relativo sobre el total de 14 puntos respecto al año previo. Este es un dato destacable y una tendencia que la cooperación española debería mantener en el futuro.

3.2. LA ACCIÓN HUMANITARIA MULTILATERAL

Los fondos canalizados por vía multilateral ascendieron a 145,7 millones de euros, lo que supone el 41% del total de la ayuda humanitaria española. En los últimos años se observa una clara tendencia al incremento del peso relativo de la acción humanitaria multilateral. Como se apuntaba en el apartado anterior, favorece la planificación de la ayuda por parte de los organismos a través de los que se canaliza la ayuda.

TABLA 5.9. AOD ESPAÑOLA MULTILATERAL PARA ACCIÓN HUMANITARIA EN 2010, POR VÍAS DE CANALIZACIÓN

	2010	
	AOD	%
Naciones Unidas	57.550.265 €	39,48%
Unión Europea	88.205.991 €	60,51%
Otros OMUDES	11.967 €	0,01%
TOTAL	145.768.223 €	

Fuente: elaboración propia a partir de datos DGPOLDE

El monto total de los fondos canalizados a través de organismos internacionales de acción humanitaria suma tanto los compromisos de cuotas obligatorias como las contribuciones voluntarias. Se mantiene el porcentaje del 60% para organismos de la Unión Europea, fundamentalmente ECHO, y el 40% para fondos comunes gestionados por OCHA y las agencias de la ONU.

La cooperación española es la quinta mayor contribuyente del mundo a fondos CERF de la ONU destinados a intervenciones de emergencia: 39,5 millones de dólares. Se mantiene una apuesta clara y eficaz por financiar el fondo de reserva que desde OCHA se gestiona para proporcionar respuestas a tiempo a las catástrofes como las de Haití o Pakistán.

La distribución geográfica de la acción humanitaria muestra que tres regiones aglutinaron el 75% de la ayuda en 2010, África subsahariana, Centroamérica y el sur y centro de Asia. La concentración de la ayuda humanitaria en esas regiones es coherente por ser las zonas del planeta más afectadas por crisis humanitarias.

TABLA 5.10. AOD ESPAÑOLA DESTINADA A ACCIÓN HUMANITARIA, POR REGIONES

	2009	2010
África del norte	8.325.060 €	5.206.369 €
África subsahariana	219.406.906 €	117.102.637 €
África, no especificado		580.000 €
América Central	39.560.472 €	84.861.393 €
América Latina, no especificado	4.415.096 €	233.719 €
América del Sur	8.536.311 €	4.043.191 €
Asia, no especificado	416.728 €	15.240 €
Asia central	37.490.934 €	25.820.902 €
Asia del sur	34.026.195 €	36.904.443 €
Asia oriental	23.397.122 €	12.927.530 €
Europa	2.132.256 €	1.695.066 €
Oceanía	339.379 €	532.817 €
Oriente Medio	59.147.872 €	35.314.164 €
PVD no especificado	27.842.493 €	30.861.396 €
TOTAL	465.036.824 €	356.098.868 €

Fuente: elaboración propia a partir de datos DGPOLDE

El incremento relativo sobre el total, el 15,68% más en la ayuda canalizada a Centroamérica, concretamente a Haití, contrasta con el retroceso del 14,3% en la ayuda destinada a África subsahariana. Desde todos los ámbitos se ha acogido positivamente el esfuerzo llevado a cabo en la emergencia de Haití, pero, lamentablemente, se ve empañado por la disminución en una proporción similar de los fondos destinados a África subsahariana que continúa estancada en numerosos conflictos que ocasionan millones de personas desplazadas y mortales hambrunas.

Se mantiene la proporción relativa de ayuda destinada a paliar las consecuencias humanitarias de los conflictos activos en Oriente Medio.

Analizando el destino de fondos según necesidades humanitarias y nivel de desarrollo se aprecia una disminución del 8% a países de renta media-baja y un incremento en los países menos adelantados. Se considera positiva esta tendencia porque en 2010 las mayores crisis humanitarias se concentraron, como es habitual, en regiones y países catalogados como menos adelantados.

TABLA 5.11. AOD ESPAÑOLA DESTINADA A ACCIÓN HUMANITARIA, POR NIVEL DE RENTA DE LOS RECEPTORES.

	2009	2010
Países menos adelantados	241.803.926 €	201.382.720 €
Países de renta baja	53.582.373 €	40.502.214 €
Países de renta media-baja	31.554.089 €	74.007.530 €
Países de renta media-alta	1.278.000 €	3.491.148 €
No especificados	36.818.437 €	36.715.256 €
TOTAL	465.036.824 €	356.098.868 €

Fuente: elaboración propia a partir de datos DGPOLDE

3.3. LA ACCIÓN HUMANITARIA POR SECTORES

La distribución de la ayuda humanitaria por sectores CRS y canales muestra que durante 2010 la mitad de los fondos se emplearon en proporcionar bienes y servicios necesarios durante las emergencias. Un destino acorde con las catástrofes acaecidas durante el año. Le sigue en volumen la partida empleada para ayuda alimentaria de emergencia destinada a hacer frente a la inseguridad alimentaria y, especialmente, a combatir la desnutrición aguda existente desde hace cuatro años en las regiones más empobrecidas de África subsahariana. Se mantiene el porcentaje de fondos empleados para tareas de reconstrucción que deberá aumentar notablemente el próximo año cuando se inicie la fase de rehabilitación de las catástrofes acaecidas en 2010.

TABLA 5.12. AOD ESPAÑOLA DESTINADA A ACCIÓN HUMANITARIA EN 2010, POR SECTORES CRS Y CANALES

	Bilateral	Multibilateral	Multilateral	TOTAL
Ayuda y servicios materiales de emergencia	45.468.083 €	54.520.974 €	77.891.722 €	177.880.779 €
Ayuda alimentaria de emergencia	4.078.795 €	46.821.216 €	41.185.462 €	92.085.473 €
Coordinación de los servicios de protección de la ayuda	8.578.641 €	4.926.301 €	3.603.784 €	17.108.726 €
Ayuda a la reconstrucción y rehabilitación	19.485.704 €	17.177.217 €	15.042.532 €	51.705.452 €
Prevención de desastres	8.818.737 €	454.977 €	8.044.723 €	17.318.437 €
TOTAL	86.429.959 €	123.900.685 €	145.768.223 €	356.098.868 €

Fuente: elaboración propia a partir de datos DGPOLDE

Al igual que en años anteriores, se mantiene una exigua asignación del 5% a la gestión de riesgos. Consideramos que debe ser una apuesta estratégica el apoyo al desarrollo para que los sistemas de prevención y respuesta sean más eficaces en las regiones del planeta más empobrecidas, especialmente las que tienen más alta probabilidad de ser afectadas por desastres naturales. Todo en ello, basado en el empleo más racional de los recursos financieros para la mitigación de desastres, tal y como recomienda el *Protocolo de Hyogos*.

3.4. LA ACCIÓN HUMANITARIA POR AGENTES

La Administración General del Estado continúa siendo el principal financiador de la cooperación española: 91%. La cooperación descentralizada aportó en 2010 el 9% restante.

El principal agente estatal fue el Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación que gestionó el 75% de los fondos destinados a la acción humanitaria. Se refuerza el liderazgo del MAEC que, paulatinamente y año tras año, incrementa el porcentaje de gestión de este tipo de fondos. No disponemos de los datos desagregados de gestión por parte de AECID y de la Secretaría de Estado de Cooperación Internacional que permitiría conocer la cantidad de fondos gestionados directamente por la Oficina de Acción Humanitaria con criterios técnicos.

Son destacables los esfuerzos de planificación y desarrollo organizativo por parte de la DGPOLDE y AECID tendentes a una acción humanitaria conceptualmente más avanzada y de mayor eficacia y a una mejora en la calidad de la gestión. En 2010 destaca el proceso iniciado para elaborar y establecer unos estándares operativos en algunos sectores como el de salud, que pueden servir como guía o referencia para los diferentes agentes. Sin embargo, tales iniciativas se contemplan con desconfianza cuando se vislumbra que van dirigidas a reforzar la estrategia de la intervención directa en emergencias por parte de la Oficina de Acción Humanitaria. Consideramos que la AECID debería cumplir su papel de donante y centrar sus limitados recursos humanos en la participación en organismos y foros internacionales de acción humanitaria, en acciones de mejora de la calidad de las intervenciones y en tareas de coordinación de los múltiples agentes que intervienen en la ayuda humanitaria en España.

TABLA 5.13. AOD DE LA AGE PARA ACCIÓN HUMANITARIA EN 2010, POR AGENTES Y CANALES

AGENTES	BILATERAL	MULTIBILATERAL	MULTILATERAL	TOTAL
MAEC	68.714.089 €	116.433.475 €	57.550.265 €	242.697.830 €
Min. Defensa	1.062.577 €			1.062.577 €
Min. Economía y Hacienda			88.217.958 €	88.217.958 €
MINTC	-8.333.333 €			-8.333.333 €
TOTAL	61.443.333 €	116.433.475 €	145.768.223 €	323.645.031 €

Fuente: elaboración propia a partir de datos DGPOLDE

El Ministerio de Economía y Hacienda, como en años anteriores, canalizó una cuarta parte de los fondos destinados a acción humanitaria a través de su aportación a la Unión Europea. Se trata de una parte proporcional del total de fondos aportados a la Unión Europea por el Estado español. La contabilización de estos fondos por parte de la DGPOLDE se atribuye a la vía multilateral.

La partida contabilizada por el Ministerio de Defensa como acción humanitaria durante 2010, al igual que en 2009, es insignificante. Se reafirma la tendencia a no considerar como acción humanitaria las intervenciones del ejército español en las zonas en catástrofe o conflicto. Es deseable que en el año próximo desaparezca el epígrafe del Ministerio de Defensa como agente de cooperación en acción humanitaria, al igual que ha sucedido este año con el Ministerio de Comercio y Turismo que hasta 2009 continuaba contabilizando como acción humanitaria los créditos FAD concedidos a los países que sufrían catástrofes.

Se aprecia una evolución claramente positiva hacia una gestión de fondos por parte de la AGE destinados a acción humanitaria con criterios propios de este tipo de ayuda.

3.5. LA ACCIÓN HUMANITARIA DESCENTRALIZADA

El total de financiación de la acción humanitaria aportada por la cooperación descentralizada fue de 32,4 millones de euros en 2010, el 9% del total de la acción humanitaria del Estado español.

TABLA 5.14. AOD ESPAÑOLA PARA ACCIÓN HUMANITARIA EN 2010, POR AGENTES Y CANALES

AGENTES	BILATERAL	MULTIBILATERAL	MULTILATERAL	TOTAL	%
AGE	61.443.333 €	116.433.475 €	145.768.223 €	323.645.031 €	91%
CC AA	17.781.579 €	6.939.006 €		24.720.585 €	7%
EE LL	7.013.817 €	528.203 €		7.542.020 €	2%
Universidades	191.231 €			191.231 €	0%
TOTAL	86.429.959 €	123.900.685 €	145.768.223 €	356.098.868 €	

Fuente: elaboración propia a partir de datos DGPOLDE

Las comunidades autónomas contribuyeron con 24,7 millones de euros, una cifra similar al año previo, con un peso relativo que supone el 7% del total de ayuda, muy lejos del 18,36% alcanzado en 2007.

TABLA 5.15. EVOLUCIÓN DEL PORCENTAJE DE AYUDA HUMANITARIA TOTAL APORTADA POR LA COOPERACIÓN DESCENTRALIZADA CON RESPECTO A LA ADMINISTRACIÓN GENERAL DEL ESTADO

	2006	2007	2008	2009	2010
Cooperación descentralizada	15,5%	21,9%	12%	6,1%	9 %
AGE	84,5%	78,1%	88%	93,9%	91%

Fuente: elaboración propia a partir de datos DGPOLDE

Las entidades locales aumentaron su aportación de 5,5 millones de euros en 2009 a 7,5 millones en 2010. Esta cifra supone el 2% del total de la ayuda humanitaria del Estado.

La participación de la universidad continúa siendo testimonial cuando sería deseable una mayor implicación en la acción humanitaria. Las aportaciones en conocimientos técnicos, expertos e investigación son una fuente de valor añadido cada vez más necesaria para mejorar la calidad de las intervenciones en acción humanitaria.

Si se analizan las aportaciones de las comunidades autónomas se aprecia un claro protagonismo de cuatro de ellas. Casi la mitad del total de fondos de la cooperación descentralizada los aportó Andalucía, algo más de 8 millones de euros. Castilla-La Mancha, País Vasco y Cataluña con aportaciones alrededor de 2,5 millones de euros constituyen las autonomías más avanzadas en cuanto a aportaciones para acción humanitaria. El resto de autonomías realizaron aportaciones muy discretas respecto al total.

TABLA 5.16. AOD DE CADA COMUNIDAD AUTÓNOMA PARA AYUDA HUMANITARIA EN 2009 Y 2010

CC AA	2009	2010	Variación 09/10
Andalucía	3.610.025 €	11.615.810 €	8.005.785 €
Aragón	923.873 €	903.217 €	-20.656 €
Asturias	623.584 €	1.102.180 €	478.596 €
Baleares	476.200 €	187.324 €	-288.876 €
Cantabria	115.000 €	83.000 €	-32.000 €
Canarias	48.137 €	129.721 €	81.584 €
Cataluña	3.997.000 €	2.403.535 €	-1.593.465 €
País Vasco	2.696.177 €	2.563.056 €	-133.121 €
Castilla-La Mancha	7.143.670 €	2.816.046 €	-4.327.624 €
Castilla y León	233.685 €	159.811 €	-73.874 €
Extremadura	425.449 €	686.466 €	261.017 €
Galicia	720.000 €		-720.000 €
La Rioja	18.000 €	242.685 €	224.685 €
Madrid	658.353 €	855.505 €	197.152 €
Melilla		130.000 €	130.000 €
Murcia		93.000 €	93.000 €
Navarra	122.952 €	107.081 €	-15.871 €
Comunidad Valenciana	1.280.984 €	642.149 €	-638.835 €
TOTAL	23.093.089 €	24.720.585 €	1.627.496 €

Fuente: elaboración propia a partir de datos DGPOLDE

Por **sectores** el 70% de los fondos se destinaron a financiar bienes y servicios básicos para atender las emergencias y el 21% a tareas de reconstrucción y rehabilitación. Con un exiguo 3,67% se sigue sin apostar por la gestión de riesgos como una medida clara para mitigar los efectos de los desastres en las regiones más empobrecidas y vulnerables del planeta.

TABLA 5.17. AOD DE LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS PARA AYUDA HUMANITARIA EN 2009 Y 2010 POR SECTORES CRS

	2009	2010	Variación 09/10
Ayuda y servicios materiales de emergencia	13.580.394 €	17.470.647 €	3.890.253 €
Ayuda alimentaria de emergencia	1.952.114 €	839.050 €	-1.113.064 €
Coordinación de los servicios de protección de la ayuda	265.000 €	141.007 €	-123.993 €
Ayuda a la reconstrucción y rehabilitación	3.674.664 €	5.361.910 €	1.687.246 €
Prevención de desastres	3.620.917 €	907.971 €	-2.712.946 €
TOTAL	23.093.089 €	24.720.585 €	1.627.496 €

Fuente: elaboración propia a partir de datos DGPOLDE

Respecto al destino geográfico de la ayuda humanitaria gestionada por las comunidades autónomas, durante 2010, dos terceras partes se destinó a Latinoamérica. Este hecho revela la abrumadora respuesta a la catástrofe que afectó a Haití. Sin embargo y a imagen de lo sucedido con la distribución de los fondos en el ámbito estatal, las aportaciones a África subsahariana (16,9%) sobre el total descendieron a la mitad de años previos.

Una disminución similar se aprecia en las aportaciones a Oriente Medio (9,66%) sobre el total se destinaron fundamentalmente a paliar las consecuencias del conflicto palestino israelí.

TABLA 5.18. AOD DE LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS DESTINADA A ACCIÓN HUMANITARIA, POR REGIONES.

	2009	2010
África	7.415.309 €	4.178.895 €
América Latina	7.695.435 €	15.886.448 €
Asia	1.261.819 €	1.506.126 €
Oriente Medio	4.595.026 €	2.388.900 €
PVD no especificado	2.125.500 €	760.216 €
TOTAL	23.093.089 €	24.720.585 €

Fuente: elaboración propia a partir de datos DGPOLDE

Resulta relevante que, a pesar de haberse producido las mayores catástrofes durante 2010 en los países mas empobrecidos, más de un tercio de la ayuda humanitaria descentralizada se haya dirigido a países de renta media-baja. Se deberían corregir estas asignaciones y redirigirlas hacia países de renta baja.

TABLA 5.19. AOD DE LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS DESTINADA A ACCIÓN HUMANITARIA, POR NIVEL DE RENTA DE LOS RECEPTORES

	2009	2010
Países menos adelantados	7.280.402 €	13.429.708 €
Países de renta baja	804.982 €	1.326.646 €
Países de renta media-baja	11.422.012 €	8.429.230 €
Países de renta media-alta	1.195.193 €	724.785 €
No especificados	2.390.500 €	810.216 €
TOTAL	23.093.089 €	24.720.585 €

Fuente: elaboración propia a partir de datos DGPOLDE

La cooperación descentralizada sigue mejorando en el ámbito de la acción humanitaria a través de un desarrollo teórico de concepciones avanzadas, adaptándose a iniciativas internacionales de calidad, mejorando la planificación estratégica y creando instrumentos específicos de financiación a través de convenios con ONG. En esta línea, se debería apostar claramente por una mayor coordinación con el resto de actores del Estado, especialmente en las respuestas a emergencias.

VIOLENCIA DE GÉNERO EN SITUACIONES DE EMERGENCIA: EL CASO DE HAITÍ

Ricardo Angora
Médicos del Mundo

La violencia de género es un problema estructural con especial incidencia en el contexto de Haití, que se ha visto agravado tras el pasado terremoto en enero de 2010. Se trata de un país en situación de bajo desarrollo humano con una sociedad en la que perdura una gran discriminación hacia las mujeres.

Antes de describir la situación conviene definir el concepto "*violencia de género*", que incluye fundamentalmente tanto la violencia física como la sexual por razón de género. La OMS la define como "*cualquier acto sexual, intento de obtener un acto sexual, comentarios o proposiciones no deseados, o acciones de tráfico sexual de personas, utilizando coacción, amenazas o fuerza física, por cualquier persona independientemente de la relación con la víctima, en cualquier escenario, incluido pero no limitado al hogar o al trabajo*".

Otras formas de violencia por razón de género son el matrimonio forzado, las comprobaciones de virginidad, cualquier clase de humillación, la mutilación genital, el aborto forzado, impedir el derecho a usar cualquier método contraceptivo o de protección contra enfermedades de transmisión sexual.

Todas estas formas de violencia de género son perpetradas primordialmente por varones contra mujeres y ponen en riesgo la vida de quienes la sufren. Este artículo hace referencia a la violencia sexual en Haití, sin desarrollar otros tipos de violencia ejercida hacia las mujeres. En su conjunto suponen una violación de los derechos humanos, del derecho a la salud física y mental, del derecho a la libertad, a la seguridad y a la vida.

En los últimos años múltiples organizaciones locales e internacionales vienen advirtiendo del elevado número de mujeres –principalmente mujeres en situación de pobreza– que sufren violencia de género en Haití y de la permisividad que existe al respecto.

Aunque no se intenta en este cuadro de opinión cuantificar los casos de violencia de género en Haití, conviene acreditar con algunos estudios y encuestas la magnitud del problema en el país, lo que justifica su divulgación y denuncia, especialmente en lo que se refiere a la violencia sexual.

En un estudio nacional acerca de la violencia, llevado a cabo en 1995 en 14 municipalidades, se detectaron 1.935 casos. Entre estos, un 33% de violencia física; 37% de violencia sexual; 13% de violaciones y 13% otras formas de violencia de género. Estos datos son similares a los obtenidos en otro estudio llevado a cabo por la psicóloga Benjamin Roselin, que en 2008, sobre una muestra de 1.505 mujeres en 9 departamentos de Haití, encontró que un 70% de las mujeres entrevistadas habían sido víctimas de algún tipo de violencia de género: un 65% por hombres del entorno y un 36% por sus parejas.

Una encuesta publicada en Lancet en 2006, sobre datos recogidos entre febrero de 2004 y diciembre de 2005, estimaba en 35.000 las mujeres que habían sufrido violencia sexual en Puerto Príncipe. Otras encuestas realizadas muestran que las más vulnerables son las adolescentes, mujeres que vivían solas con niños, viudas y mujeres con trastorno mental.

Esta situación estructural de importante violencia de género en Haití se agravó tras el terremoto del 12 de enero de 2010. Cientos de miles de personas perdieron la vida y otras tantas sufren secuelas. La enorme destrucción de infraestructuras y viviendas ha ocasionado una gran alteración del funcionamiento socioeconómico del país causando grandes dificultades de acceso a servicios sociales básicos. Igualmente, se ha producido una gran desestructuración social tanto de grupos o comunidades como de familias. Todos estos factores son causa de un deterioro notable de las condiciones de vida.

La alteración de la vida social junto al aumento de la inseguridad ha incrementado, en gran medida, las acciones de violencia sexual contra las mujeres, sobre todo en los sectores más empobrecidos de las zonas castigadas por el seísmo, con especial incidencia en los campos de damnificados.

Los equipos de las organizaciones humanitarias que han intervenido tras la catástrofe han referido en sus informes las atenciones prestadas a mujeres objeto de violencia sexual. Las organizaciones sanitarias, como Médicos del Mundo, destacan en sus informes lesiones físicas, lesiones genitales, infecciones de transmisión sexual, transmisión de VIH/SIDA e importantes secuelas como el prolapso, las fístulas e incontinencia que van a condicionar disfunción sexual e infertilidad en el futuro. Otras consecuencias de la violencia sexual determinada en las mujeres atendidas han sido embarazos tras violaciones y en ocasiones abortos autoinducidos con grave riesgo para la vida de estas mujeres.

Sin embargo, los recursos sanitarios para proporcionar atención y cuidados suponen una importante carencia en el país. En muchos centros no existe disponibilidad de profesionales para atender a las mujeres víctimas. Allí donde lo hay, el personal sanitario no está suficientemente cualificado para una adecuada atención a mujeres afectadas por violencia sexual. Muchos centros no disponen de material sanitario necesario para la atención de estos casos. En muchas zonas del país, las mujeres no tienen acceso a los servicios públicos de salud.

En respuesta, los equipos sanitarios de las organizaciones humanitarias han proporcionado atención sanitaria a las mujeres víctimas de violencia sexual. Se han realizado reparaciones quirúrgicas de las lesiones. En casos de violación se ha aplicado el protocolo, administrando profilaxis antibiótica para ITS[3] y profilaxis post-exposición a VIH/SIDA así como

3. Infecciones de transmisión sexual

contracepción de emergencia. La mayoría de las organizaciones sanitarias aplican el MISP[4] en estos casos siguiendo las recomendaciones internacionales, que también incluyen una atención cuidadosa, en un espacio reservado y con registros confidenciales para evitar estigmatización social y represalias de los perpetradores.

Tan trascendente como las lesiones físicas es el trauma psicológico. Las mujeres atendidas por los equipos sanitarios presentaban síntomas de ansiedad, somatizaciones, trastornos del sueño y síntomas depresivos, que les producía un importante sufrimiento y estrés, pero muchas de ellas no recibieron apoyo inicial ya que no existen servicios públicos de atención psicológica en Haití, teniendo que recurrir a la búsqueda de atención privada. Incluso en estos casos no existen servicios privados especializados para la atención adecuada a menores que han sufrido violencia sexual.

Una parte importante de las mujeres no atendidas psicológicamente en los primeros momentos consultaron más tarde por síntomas de estrés postraumático, consumo de sustancias de abuso e ideación autolítica[5]. Existe la percepción de que muchas mujeres no relataron la violencia sufrida ya sea por vergüenza, auto-culpabilidad o por temor a estigmatización social o represalias. Estos hallazgos hicieron que parte de las organizaciones humanitarias sanitarias desplazaran al terreno equipos de atención psicológica, conscientes de que una atención psicológica adecuada de las mujeres que han sido objeto de violencia sexual puede llegar a prevenir trastornos de salud mental a largo plazo.

Durante la atención psicológica estas mujeres referían el rechazo familiar y en la comunidad, llegando en algunos casos a la estigmatización social. Como consecuencia, las mujeres se aislaban y en ocasiones la desesperación les ha llevado a manifestar ideación suicida, con paso al acto en situaciones extremas.

En línea con las carencias de servicios públicos, en el país hay un déficit de servicios sociales que actúen en estos casos. Las organizaciones humanitarias han desarrollado intervenciones psicosociales dirigidas a la reintegración social de la mujer víctima y la normalización de la vida familiar y social. También se ha promocionado la realización de campañas de sensibilización en las comunidades porque a nivel social existe cierta indiferencia y permisividad, sobretodo en la violencia conyugal, que hace que las mujeres que sufren violencia sexual se encuentren en una situación de indefensión. Existen tabúes culturales al respecto; la tradición, la religión y la cultura influyen para no actuar claramente contra la violencia de género.

La violencia sexual no es sentida como una prioridad por el conjunto de la sociedad. No se aprecia una respuesta institucional contundente para detener esta violación de derechos. La existencia de una administración centralizada, con falta de recursos y debilidad organizativa, no ayuda a atajar esta situación, a lo que se suma en el momento actual unas instituciones aún más debilitadas por los efectos del terremoto.

Las instituciones de justicia del país presentan, en general, importantes debilidades. Los agentes de policía, fiscales y jueces tienen poca formación al respecto y no actúan con los medios necesarios para identificar y juzgar a quienes cometen actos de violencia de género. Esto hace que la mayoría de los casos de violencia contra la mujer no sean formalmente investigados, ni perseguidos ni castigados. La falta de respuesta adecuada institucional da lugar a sensación de impunidad y también a que las mujeres víctimas se pongan en riesgo cuando inician el proceso de denuncia.

Ante esta situación existe una manifiesta preocupación política que se refleja en la priorización de la erradicación de cualquier tipo de violencia ejercida contra las mujeres en el seno del Ministerio de la Condición Femenina y de los Derechos de las Mujeres. Especialmente prioritaria es la lucha contra la violencia sexual ejercida contra las mujeres. Sin

4. Minimun Initial Service Package elaborado por el FNUAP
5. Ideas o pensamientos acerca de cometer suicidio sin llegar al acto.

embargo, cuenta con escasos recursos para su implementación y desde su puesta en marcha no se han apreciado grandes avances.

La falta de medios provoca falta de confianza en las instituciones, lo que ha hecho que la propia sociedad civil se haya organizado para dar una respuesta. Las organizaciones civiles, por otra parte, más apegadas al terreno, disponen de un mejor conocimiento de las necesidades y la forma de ayuda. Aunque las organizaciones locales también se han visto notablemente afectadas por la catástrofe, quedando mermada su capacidad de respuesta a este paso atrás en el desarrollo de la sociedad haitiana que supone la violencia de género.

Las organizaciones internacionales, con el FNUAP a la cabeza, dentro de sus estrategias en Haití, han establecido como prioritaria la lucha contra la violencia de género. A esta línea se suman otras agencias de Naciones Unidas, como ONU-Mujeres, IOM, UNICEF, OMS y numerosas ONG en su voluntad de acompañar a la sociedad haitiana en la lucha contra la violencia ejercida contra las mujeres.

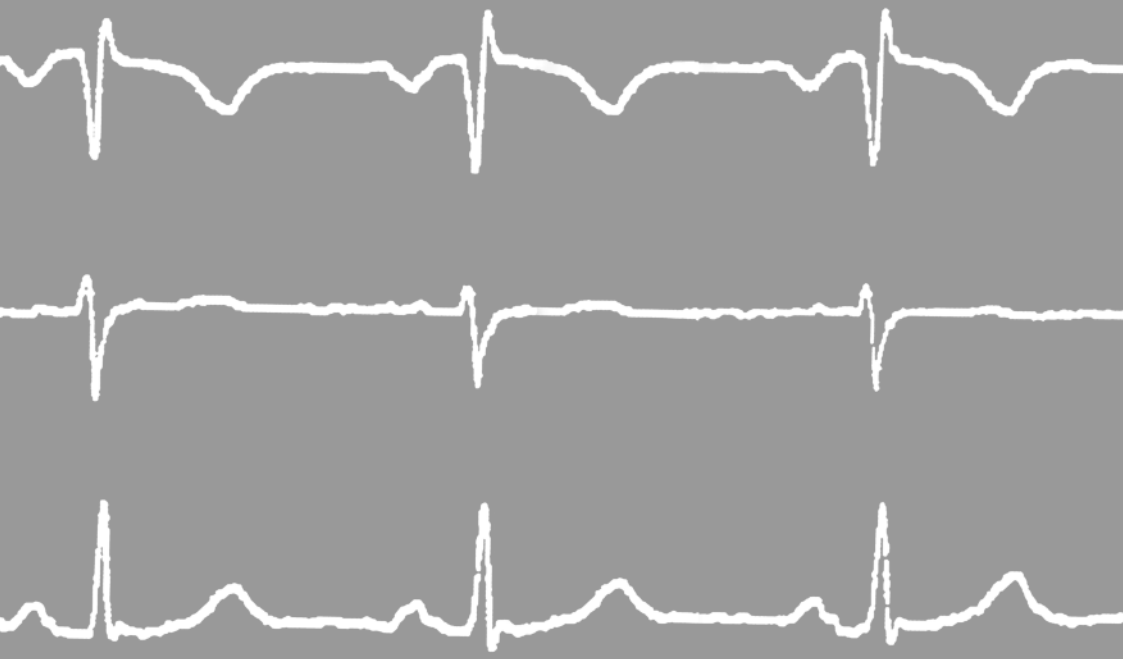
Las ONG coinciden con la práctica totalidad de actores que intervienen en el campo psicosocial que la prioridad en este ámbito, en el momento actual en Haití, es atender y prevenir la violencia sexual ejercida contra las mujeres.

Para articular y coordinar a todos los actores que actúan en el ámbito de la lucha contra la violencia de género, se creó la plataforma *La Concertation Nationale contre les violences faites aux femmes*. Aglutina a los principales actores implicados en combatir la violencia de género en Haití: el Estado, principalmente a través del Ministerio de la Condición Femenina y los Derechos de las Mujeres, la sociedad civil organizada (las organizaciones y asociaciones locales) y las agencias y organizaciones internacionales. Esta plataforma es el máximo exponente y el referente de lucha contra la violencia de género en Haití y es la clave para el desarrollo de cualquier acción en ese sentido. Desde esta plataforma se define una estrategia de actuación a través del "Plan Nacional de lucha contra la violencia ejercida contra las mujeres" para el periodo 2006-2011. Si bien esta plataforma coordina y promueve las acciones de los diferentes actores implicados, puede decirse que su área de acción está muy centralizada en la capital, con poca presencia en el resto del territorio.

Igualmente sucede con las asociaciones locales de mujeres que hacen acompañamiento a las mujeres que sufren violencia de género, la mayoría ubicadas en Puerto Príncipe: URAMEL; SOFA; FOCAL. FOSREF; KAY FAMM; KOFAVIVH. Sin embargo, en el ámbito territorial se han identificado varias asociaciones locales: "Femmes Solidaires"; UTRECH; "L'espoir de la femme haitienne" y "AFO" que trabajan apoyando a mujeres. Aunque sus escasos recursos, que provienen en su mayoría de organizaciones internacionales, limitan bastante sus actuaciones.

Las organizaciones internacionales debemos desarrollar una mayor implicación en participar junto con el resto de actores en la erradicación de la violencia de género. Pero también debemos considerar el empoderamiento de las mujeres, para hacer valer el completo control de su sexualidad. En el caso de las mujeres víctimas nuestra tarea debe extenderse a promover la denuncia de los delitos directa o indirectamente a través de organizaciones especializadas en la protección de derechos humanos. En cualquier caso debe quedar garantizada la colaboración con las instituciones, actores locales e internacionales. Se impone apostar por una estrategia de prevención, que supondrá a la larga una mejora de la salud física y mental, así como del bienestar social de las mujeres que sufren violencia de género.

Las mejoras de la salud y el bienestar psicosocial de las mujeres afectadas por violencia de género son un fin en sí mismo, pero además son un elemento clave para el funcionamiento de una sociedad bajo principios de igualdad y no discriminación. Indirectamente suponen una contribución al desarrollo global de tal forma que las acciones en este campo deben consolidarse no solo como promoción y defensa de los derechos humanos, sino además como un instrumento de lucha contra la pobreza y, globalmente, como política de desarrollo.



CAPÍTULO VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1. Muchos de los avances obtenidos en el sector de la salud en los últimos años se ven amenazados actualmente por la crisis económica mundial, que puede debilitar más los frágiles sistemas de salud de los países en desarrollo y disminuir las aportaciones a la cooperación internacional en salud. La financiación de los sistemas de salud es uno de los elementos clave para asegurar la cobertura universal.

En los últimos 15 años, la salud mundial ha conseguido avances incuestionables, pero el coste de la sanidad puede tener consecuencias muy negativas para muchas personas. Se estima que cada año unos 150 millones de personas de todo el mundo se enfrentan a gastos sanitarios catastróficos, debido a los pagos directos por los servicios sanitarios, y más de 100 millones de personas acaban por debajo del umbral de la pobreza debido a los gastos sanitarios. Una de las causas es el modo de financiación de los sistemas de salud basado en el pago directo por el enfermo, que es el más inequitativo y el que pone barreras infranqueables a millones de personas para el acceso a los sistemas de salud.

Apoyamos las recomendaciones de la OMS para que la financiación de cualquier sistema sanitario deba tener, obligatoriamente, las siguientes características: consolidación de los fondos mancomunados de financiación y adopción del sistema de prepago obligatorio; prepago estandarizado y organizado a través de impuestos generales y/o contribuciones obligatorias al seguro médico; y utilización de los recursos de manera más eficiente y equitativa.

2. La evolución del cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, desde su firma en el año 2000, mantiene sus claroscuros. Mientras que las cifras globales invitan al optimismo, las personas más vulnerables se encuentran más lejos de ver cumplidos dichos objetivos.

La consecución de los ODM en 2015 sigue siendo el compromiso internacional más importante en el ámbito de la cooperación, pero tal compromiso no se ve acompañado de presupuestos adecuados. Solo en los 49 países de ingresos más bajos, el déficit general de financiación para los ODM relacionados con la salud supone 26.000 millones de dólares en 2011, y en 2015 puede llegar a 42.000 millones.

No obstante, los avances obtenidos desde 1990 hasta nuestros días en los tres ODM de salud son incuestionables: 12.000 muertes menos de niños y niñas al día; en 1990 la mortalidad materna era de 440 madres/100.000 nacidos vivos, actualmente esta cifra desciende a 290; la tasa de incidencia de vih/sida y la mortalidad debida a la malaria han bajado el 25%. Sin embargo, siguen pendientes muchos objetivos, por ejemplo, el de reducir la mortalidad materna para 2015 se prevé muy difícil de alcanzar si se mantiene la actual tendencia. Además, los logros no se han producido de forma uniforme. Hay una gran inequidad entre países, regiones (África subsahariana sigue siendo la región con mayores carencias en el sector salud) y entre zonas rurales y urbanas, sin olvidar la inequidad de género.

Ante esta situación, solicitamos que se redoblen los esfuerzos para lograr los ODM sobre todo en aquellas regiones, países y zonas con colectivos más vulnerables, limitando las iniciativas verticales y apostando por el fortalecimiento de los sistemas públicos de salud y por implementar la estrategia de atención primaria de salud.

3. El acceso a los sistemas de salud depende de muchos factores tanto internos (recursos humanos sanitarios, por ejemplo) como externos (determinantes sociales de la salud) que deben estar presentes en las políticas internacionales de cooperación en salud.

Un elemento clave para cualquier sistema sanitario es contar con recursos humanos suficientes y bien formados. El mundo se enfrenta a carencias de personal sanitario ya que ni los países desarrollados ni los que están en vías de desarrollo se libran de ello. Solo para conseguir los ODM se necesitarían 3 millones más de personas en recursos humanos sanitarios, distribuidos adecuadamente y con formación de calidad; en consecuencia, hay que hacer frente a este problema de forma integral. Para ello, en las políticas de cooperación sanitaria debe priorizarse la implementación del código voluntario de buenas prácticas para la contratación internacional del personal de salud, aprobado por la Asamblea de la OMS en 2010.

La salud no depende exclusivamente del sistema sanitario. Los determinantes sociales de la salud, tales como el desigual reparto de la riqueza o las inequidades de género o de educación, son factores externos clave para mejorar la salud de las personas.

Es necesario que todas las políticas de cooperación sanitaria incorporen una visión integral e integradora de la salud, teniendo en cuenta no solo los elementos propios

del sistema sanitario, sino también los factores sociales que les influyen. Para ello se debe profundizar en la implantación de un sistema que integre "la salud en todas las políticas" y se tomen en consideración las medidas intersectoriales necesarias para reducir las inequidades sanitarias, así como la aplicación de una estrategia basada en los determinantes sociales en todos los programas de salud pública.

4. En 2010, a pesar de la crisis económica que ya se hacía sentir, se produjo un incremento del volumen de fondos destinados a AOD por el conjunto de países del CAD.

La financiación de la ayuda creció un 7,5 % alcanzando la cifra de 128.720 millones de dólares. En este incremento destacan las contribuciones de algunos países como Australia, Canadá, Japón, Reino Unido y Estados Unidos. Sin embargo, destaca negativamente el retroceso de España que, con una disminución de 654 millones de dólares, es la mayor reducción en términos absolutos. Estos datos nos muestran que las decisiones sobre las cantidades que se destinan a la cooperación no dependen solamente de la situación económica, sino que están muy influidas por el ámbito político en el que se mueven.

A pesar del incremento global de 2010, es importante insistir en que la reducción de la ayuda internacional puede tener graves consecuencias para la comunidad internacional. Todos los países deberían asumir que el gasto en cooperación no es una partida prescindible, sino prioritaria, sobre todo si hablamos de servicios sociales básicos como salud o educación.

5. Entre 2006 y 2009 se ha producido una progresión interesante en el conjunto del CAD respecto a la cooperación en el sector salud, que pasó de representar el 7,34% de la AOD al 12,57%.

En esos cuatro años, la evolución de las aportaciones globales brutas de los países donantes del CAD, en los subsectores de la cooperación en salud, presenta una línea de crecimiento constante en salud básica y salud sexual y reproductiva, estancándose en salud general.

Es necesario un incremento en cantidad y calidad del apoyo al sector salud, al menos hasta alcanzar el 15% de toda la AOD, así como una mayor coherencia entre los recursos destinados a los diferentes subsectores y el impacto que tienen en el sector sanitario. Si se quiere mejorar la ayuda en salud es importante que se apoyen de manera significativa aquellos subsectores que incidan, específicamente, en la atención primaria de salud y el fortalecimiento de los sistemas públicos de salud.

6. A lo largo del período 2006-2009 el peso relativo de la salud en la AOD de la Comisión Europea ha ido disminuyendo progresivamente hasta situarse en el 4,35% en 2009, lejos del 15% que debería destinarse al sector.

Esta disminución es incompatible con la importancia que tiene la salud en la lucha contra la pobreza y dentro de las propias prioridades de la Unión Europea. El acceso a la salud es un derecho universal y la Comisión Europea, que dirige la salud pública europea y protege a sus ciudadanos de las enfermedades y amenazas a la salud, no puede ser indiferente ante las dificultades que gran parte de la población mundial tiene para acceder a servicios sanitarios suficientes y de calidad.

La Comisión Europea debe incrementar su compromiso con la salud de forma mucho más destacada, dándole al sector la importancia que tiene dentro de las políticas de cooperación.

7. La OMS ha puesto en marcha un proceso de reforma, precedido de una evaluación institucional, orientado a fortalecer su función de rectoría y promover la coherencia ante la gran cantidad de iniciativas y actores que pueblan el sector salud. Sin embargo, este proceso se basa en abrir la financiación de la OMS a la iniciativa privada comercial, lo que puede suponer conflictos de intereses en el ejercicio de sus funciones, como son la coordinación y la negociación de las políticas globales de salud.

Aunque resulta muy positivo que la OMS se encuentre en un proceso de reforma, hay que tener presente que uno de los aspectos críticos es su esquema de financiación que, actualmente, depende más de las contribuciones voluntarias (72%) que de las contribuciones obligatorias de los Estados miembros.

Este dato puede significar un déficit en la gestión interna de la institución al planificar muchas actividades cuyos presupuestos no entran dentro de los ingresos corrientes a las que tienen que hacer frente los Estados miembros y que, al ser voluntarias, pueden dejar de aportarlas en cualquier momento. Sería más lógico que, si los miembros de la OMS asumen los objetivos y resultados de la institución, asuman también en forma de cuotas su puesta en marcha.

Resulta preocupante la declaración contenida en uno de los documentos de planteamiento de la reforma señalando que la OMS podrá buscar fondos en "*Estados miembros con economías emergentes, fundaciones y el sector privado y comercial*"; lo cual podría poner en cuestión los fundamentos mismos de la OMS.

Creemos que la OMS debe ser una organización fuerte, eficaz y eficiente. Su función de rectoría mundial de la salud se basa sobre todo en su credibilidad, por lo que los gobiernos deben apoyarla sin fisuras. El próximo año es fundamental para determinar hacia dónde se dirige la reforma de la OMS. Los Estados miembros, entre ellos

España, deben hacer un profundo seguimiento de los pasos dados, de los resultados de la evaluación y del mantenimiento de la independencia.

8. En 2010 se ha producido un descenso significativo de la AOD española, que retrocede alrededor del 5% respecto al año anterior.

Además, teniendo presentes las previsiones del PACI 2011 así como los recortes que se están produciendo durante este año en la cooperación descentralizada y previendo que, como ha venido sucediendo año a año, la ejecución no supere el 90% de la AOD planificada, la ayuda española podría experimentar en 2011 un descenso del 20% respecto a 2010, es decir, casi el 30% menos de la cifra más alta de AOD que corresponde al año 2008.

Las organizaciones responsables de este informe consideramos que, mientras se retoma la senda hacia el 0,7% que estaba comprometido para 2012 y ha sido pospuesto hasta 2015, el Gobierno debe esforzarse en mejorar la ejecución de la AOD, acercándose al 100% de lo planificado, y debe garantizar que las reducciones no van a afectar a los servicios sociales básicos, especialmente al sector salud, ni a los PMA, como se comprometieron explícitamente la totalidad de grupos políticos en la reunión de la Comisión de Seguimiento del Pacto de Estado, en el mes de julio de 2010.

9. En 2010 la cooperación española destinó al sector salud 383 millones de euros, lo que representa un descenso de casi el 25% respecto a 2009 y el 22,5% menos de lo que se había planificado.

Este fuerte retroceso, que no es proporcional a la reducción global de la ayuda sino que es cinco puntos porcentuales superior a ésta, supone que solo el 8,5% del total de la AOD se destinó al sector salud. La mayor parte de la reducción se debe al recorte realizado por la AGE, principalmente en ayuda multibilateral.

Si a este dato tan negativo le unimos la previsión del PACI 2011 de destinar al sector salud solamente 225 millones de euros, es decir, poco más del 5% de toda la AOD planificada para ese año, la ayuda en salud se situará al final de 2011 en valores absolutos inferiores a los de 2006 y en el porcentaje sobre la AOD total más bajo de los últimos 10 años.

Dada la importancia que la comunidad de donantes reconoce al sector salud en la cooperación y la apuesta que España ha hecho en los últimos años, no parece coherente que en una situación de crisis mundial, en la que el derecho al acceso a la salud de las poblaciones empobrecidas se verá recortado, se produzcan reducciones en las partidas del sector salud y de forma tan desproporcionada. Reiteramos la recomendación realizada en anteriores informes de destinar el 15% de la AOD al sector salud,

como sector prioritario, para ayudar a cumplir los compromisos internacionales que ha firmado España.

10. En 2010 se producen algunos cambios positivos en cuanto a la canalización de la AOD en salud, sin embargo sigue existiendo una notable inestabilidad.

En los últimos cinco años, los canales utilizados (bilateral, multibilateral y multilateral) y los sectores priorizados (salud general, salud básica y salud sexual y reproductiva) han experimentado muchos cambios.

En 2010 crece el peso relativo de la ayuda bilateral en salud, lo que nos parece positivo de cara a que se produzca una mayor consolidación de los avances de la cooperación española en este sector. No obstante, el crecimiento relativo se ha debido, principalmente, a la disminución de la ayuda multibilateral, y no a una apuesta por la ayuda bilateral, que en cifras absolutas se ha reducido un 10% respecto a la cantidad del año anterior

Para mejorar la predictibilidad y la calidad de la ayuda, es conveniente que haya mayor estabilidad en cuanto a los canales: que se produzca un mayor equilibrio entre el canal bilateral y la canalización a través de OMUDES y que las asignaciones sean lo más coherentes posible con las opciones estratégicas de fortalecimiento de sistemas públicos y de atención primaria de salud.

11. En 2010 se ha dado un retroceso importante de los desembolsos de créditos FAD para el sector salud y de su peso relativo en la AOD bilateral.

Los desembolsos de FAD para salud no alcanzaron los 15 millones de euros, frente a más de 25 millones de 2009, lo cual supone el 11% de la AOD bilateral en salud, frente al 16% de 2009. Es un dato positivo que esperamos tenga continuidad y progresión.

Con la sustitución del FAD a partir de la nueva regulación que lo ha desagregado en dos instrumentos diferentes, de los cuales solo uno computará como AOD –FONPRODE– debería producirse una reducción o incluso desaparición del uso del crédito en este sector, ya que la previsión es que el FONPRODE no se utilice para financiar necesidades sociales básicas. Será importante hacer seguimiento del nuevo instrumento.

12. En la distribución sectorial ha ganado peso relativo la salud básica y lo han perdido la salud general y la salud sexual y reproductiva.

No se trata en realidad de un aumento de fondos destinados a salud básica, sino al mantenimiento del volumen de ayuda a este subsector, mientras que los otros dos han experimentado reducciones de casi el 35% respecto a 2009.

El subsector de salud general se ha apoyado más a través de ayuda bilateral, y los subsectores de salud básica y salud sexual y reproductiva se han apoyado más con ayuda multilateral.

Ha habido una evolución positiva de varios componentes relevantes desde el punto de vista de las prioridades estratégicas de la cooperación española en salud que, en el contexto de reducción de la ayuda en salud, ha tenido un incremento de fondos, como son la atención sanitaria básica, con un incremento de casi el 15% respecto a 2009; la educación sanitaria, que casi se ha duplicado respecto al año anterior y alcanza su nivel más alto de financiación de los últimos cinco años; y la planificación familiar, que aumentó un 50% y alcanza el nivel de financiación más alto de la historia de la cooperación española.

Por otro lado, se ha producido un retroceso destacable de dos componentes importantes para el fortalecimiento de sistemas de salud, como es la política sanitaria y gestión administrativa, que ha experimentado la disminución del 40%, y las políticas de población que han disminuido casi el 50%.

Es conveniente que la cooperación española procure reforzar y apoyar de forma estable aquellos subsectores y componentes que resultan más coherentes con sus opciones estratégicas de reforzamiento de sistemas de salud y atención primaria de salud.

13. La orientación geográfica de la ayuda española en salud en 2010 fue un año más, prioritariamente, hacia África, que recibió el 47% de toda la ayuda en salud. América Latina recibió el 22,6% y Asia el 16%.

Si analizamos la orientación geográfica desde el punto de vista del nivel de renta de los países receptores, el grupo de países que más ayuda en salud recibieron fueron los PMA (34%) seguidos de los países de renta media-baja (28,5%). Sin embargo, en ayuda bilateral este orden se invierte, recibiendo los países de renta media-baja el 41,4% y los PMA el 39%.

Desde el punto de vista de las prioridades geográficas del III Plan Director, casi el 40% de la ayuda especificable geográficamente se dirigió a países no prioritarios. Sin embargo, analizando la ayuda bilateral, este porcentaje se reduce al 1%.

De los tres países que más ayuda española en salud recibieron en 2010, dos son países no prioritarios para la cooperación española.

La cooperación española debe seguir avanzando en la mejora de la orientación geográfica de su ayuda en salud, de forma que sea más coherente con sus propias prioridades geográficas y preste más atención a los países con mayores necesidades de salud.

14. En 2010 la cooperación autonómica también ha reducido su aportación a la cooperación, concretamente, a la AOD sanitaria, siguiendo la tendencia de reducción de la ayuda iniciada en 2009.

La cooperación descentralizada sigue jugando un destacado papel en el conjunto de la cooperación española. Los mayores valores se centran en la menor influencia que tienen determinados factores económicos o políticos en la definición de sus acciones y su estrecha relación con la sociedad civil, que permite centrar sus actividades en las poblaciones más vulnerables.

En 2010 la AOD autonómica ha disminuido, siguiendo y profundizando la tendencia de recortes iniciada en 2009. En conjunto, ha destinado 510.415.159 euros, cantidad que supone unos 82 millones de euros menos y la disminución del 14% con respecto al año anterior. El descenso se da en los dos actores de la cooperación descentralizada, la autonómica y la local: en cifras absolutas, de forma mucho más pronunciada en la cooperación autonómica, 57 millones menos que el año anterior.

Asimismo, la ayuda sanitaria autonómica volvió a disminuir en cifras absolutas, con una reducción de más de 1.800.000 euros, alcanzando 46.765.525 euros. Sin embargo, la disminución no ha sido tan importante como la del conjunto de la AOD autonómica, incrementado su peso hasta suponer el 11,3% del total de la AOD autonómica. Igualmente, crece el porcentaje de la AOD sanitaria autonómica dentro de la AOD sanitaria estatal, suponiendo el 12,3% del total, 2,6% más que en 2009.

Existe una gran diferencia entre autonomías en cuanto al presupuesto que destinan a salud. Al igual que el año pasado, Andalucía y Cataluña mantienen su liderazgo, seguidas de Navarra, Castilla-La Mancha y País Vasco. La suma de las cinco comunidades supone más del 62% de toda la ayuda autonómica destinada a salud.

En cuanto a la orientación geográfica, se ha concentrado prioritariamente en dos continentes: América Latina (48,77%) y África (42,44%). Por regiones, África subsahariana es la destinataria de mayor AOD sanitaria. En cuanto a sectores, el 51% va a salud básica y se reduce hasta el 22% lo destinado a salud reproductiva. Aunque mejorable, la orientación geográfica y sectorial de la cooperación autonómica, en general, se puede considerar correcta.

La cooperación sanitaria autonómica tiene que mantener su presencia en la AOD sanitaria del conjunto del Estado y destinar el 15% a salud, evitando reducciones en sus partidas de cooperación sanitaria. Es importante que reclamemos no solo la cantidad de la ayuda sino también la calidad de la misma, para ser más eficaces, eficientes y tener mayor impacto. Consideramos que sigue plenamente vigente el decálogo para la cooperación descentralizada en salud que presentamos el año pasado, que puede ser un primer paso para mejorar la calidad de la ayuda sanitaria.

15. La cooperación local también ha disminuido sus presupuestos en cooperación sanitaria, a pesar de aumentar el número de entidades que han destinado recursos.

En 2010, 146 entidades locales, 15 más que el año anterior, han destinado recursos de su AOD al sector de la salud, pero de 121.391.523 euros solo 8.041.387 euros, el 6,62%, se ha destinado a dicho sector. La aportación a la AOD del conjunto de las entidades locales disminuye casi 9 millones de euros, mientras que la cooperación sanitaria (6,62%) ve reducido el monto en casi 3 millones. El mayor factor reductor ha sido la conducta del Ayuntamiento de Madrid: en 2009 gestionó casi 2 millones de euros en el sector de la salud y en 2010 no ha subvencionado ninguna acción de cooperación sanitaria.

El conjunto de las entidades locales tienen como primer destino de la ayuda América Central, priorizando la salud básica y dedicando escasa financiación a la salud reproductiva.

Es necesario que las entidades locales, sobre todo las importantes como el Ayuntamiento de Madrid, al igual que el resto de instituciones públicas, mantengan sus compromisos con la cooperación sanitaria, con el objetivo de que las poblaciones más vulnerables vean reconocido su derecho de acceso a un sistema de salud de calidad, adecuado y eficaz.

16. En 2010, año especialmente castigado por crisis humanitarias, los países del CAD han incrementado los fondos destinados a acción humanitaria un 11%.

Los mayores contribuyentes a la acción humanitaria internacional continúan siendo Estados Unidos y la Unión Europea; y los principales receptores, los países situados en África subsahariana.

Sin embargo, cabe señalar que, en los últimos años, los costes de la acción humanitaria se han incrementado, debido en gran medida al aumento del precio de los alimentos.

Además, se sigue apreciando la falta de equivalencia entre la dimensión de algunas crisis y la asignación de fondos. Esta disparidad de financiación ha hecho que algunas emergencias complejas hayan sido tratadas de forma dispar en cuanto a financiación.

Las decisiones de financiación de los donantes deben establecer prioridades en función de las necesidades y los gobiernos deben fomentar la transparencia en la asignación de fondos.

17. Frente al mayor esfuerzo del conjunto de países del CAD, se aprecia el dato negativo del retroceso de la ayuda humanitaria española, que en 2010 se redujo casi el 24%.

Este descenso supone que se destinó a acción humanitaria el 7,9% de la AOD, frente al 9,8% que se dedicó en 2009.

La disminución de la financiación española para acción humanitaria en 2010 se produjo en la ayuda canalizada a través de OMUDES, tanto por vía multilateral como, especialmente, por vía multibilateral.

Dicho descenso es muy llamativo si se tiene en cuenta que en 2009 hubo menos crisis humanitarias que en 2010.

En el ámbito de la acción humanitaria, la cooperación española debe mantener un compromiso estable y proporcionado a las necesidades.

18. La violencia de género, y en especial la violencia sexual, es un problema que se debe tener muy presente en las situaciones de emergencia. La experiencia en el terremoto de Haití nos permite resaltar la importancia de prestarle la adecuada atención.

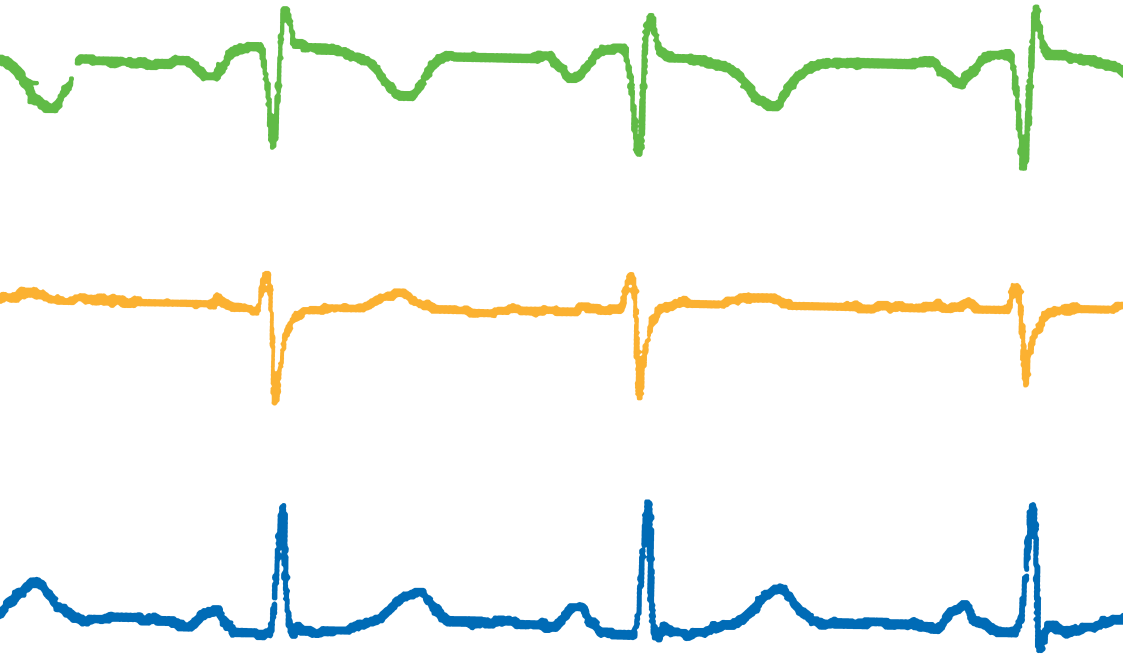
En los últimos años, múltiples organizaciones locales e internacionales vienen advirtiendo del elevado número de mujeres que sufren violencia de género en Haití y de la indiferencia y permisividad social que existe al respecto. Esta situación estructural se agravó tras el terremoto del 12 de enero de 2010. La alteración de la vida social junto al aumento de la inseguridad han incrementado, en gran medida, las acciones de violencia sexual contra las mujeres, sobre todo en los sectores más empobrecidos de las zonas castigadas por el seísmo, especialmente en los campos de damnificados.

Los equipos de las organizaciones humanitarias que han intervenido tras la catástrofe han referido en sus informes las atenciones sanitarias y psicológicas prestadas a mujeres objeto de violencia sexual, así como las acciones psicosociales desarrolladas para evitar la estigmatización y el rechazo.

La violencia sexual no es sentida como una prioridad por el conjunto de la sociedad y no se aprecia una respuesta institucional contundente para detener la violación de derechos. Además, las instituciones de justicia aglutinan a fiscales, jueces y agentes de policía con poca formación al respecto.

En las actuaciones de emergencia se deben incorporar estrategias de prevención de la violencia sexual, atención directa a las mujeres que la han sufrido así como promover la denuncia de los delitos, directa o indirectamente, a través de organizaciones especializadas en la protección de los derechos humanos.

ACRÓNIMOS

AAA	Agenda de Acción de Accra
ACNUR	Agencia de las Naciones Unidas para los Refugiados
AECID	Agencia Española de Cooperación Internacional y para el Desarrollo
AGCS	Acuerdo General sobre Comercio de Servicios
AGE	Administración General del Estado
AIM	Alianza Internacional de Microbicidas
AOD	Ayuda oficial al desarrollo
APS	Atención primaria de salud
ATTAC	Asociación por la Tasación de las Transacciones y por la Ayuda a los Ciudadanos
BAfD	Banco Africano de Desarrollo
BAsD	Banco Asiático de Desarrollo
BDR	Bancos regionales de desarrollo,
BM	Banco Mundial
BM AIF	Asociación Internacional de Fomento Banco Mundial
CAD	Comité de Ayuda al Desarrollo
CAP	Procedimiento de llamamientos unificados / Consolidated Appeals Process
CCAA	Comunidades autónomas
CEDEAO	Comunidad Económica de Estados del África Occidental
CERF	Fondo de Emergencia Central de Respuesta / Central Emergency Response Fund –
CHF	Fondos comunes para emergencias
CODC	Catálogo de ocupaciones de difícil cobertura
CRS	Sistema Acreedor de Información / Creditor Reporting System
CTL	Transacciones de divisas / Currency Transaction Levy
DDHH	Derechos humanos
DES	Documento estratégico salud
DGPOLDE	Dirección General de Planificación y Evaluación de Políticas de Desarrollo
DNDC	Iniciativa Medicamentos para Enfermedades Olvidadas / Drugs for Neglected Diseases initiative.
ECHO	Oficina de Ayuda Humanitaria de la Unión Europea
EELL	Entidades locales
ERC	Emergency Relief Coordinator
ETS	Enfermedades de transmisión sexual
FAD	Fondo de Ayuda al Desarrollo
FAO	Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura / Food and Agricultura Organization of the United Nations
FED	Fondo Europeo de Desarrollo
FG	Fondos globales
FIDA	Fondo Internacional para el Desarrollo Agrícola
FIEM	Fondo para la Internacionalización de la Empresa
FNUAP	Fondo de Población de las Naciones Unidas
FONPRODE	Fondo de Promoción para el Desarrollo
FTS	Financial Tracking Service
FTT	Financial Transaction Tax
GAVI	Alianza Global para las Vacunaciones e Inmunizaciones
GFATM	Fondo Global contra el sida, la malaria y la tuberculosis / The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria
IAVI	Iniciativa Internacional para la vacuna del sida / Internacional AIDS Vaccine Initiative
IFFIm	Facilidad financiera internacional para la inmunización
IHP	International Health Partnership
IOM	Organización Internacional para la Migraciones
IPPF	Federación Internacional de Planificación Familiar

MAEC	Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación
MASCE	Mesa de Armonización de Salud de la Cooperación Española
MCINN	Ministerio de Ciencia e Innovación
MEH	Ministerio de Economía y Hacienda
MINUSTAH	Misión de Estabilización de las Naciones Unidas en Haití.
MITC	Ministerio de Industria, Turismo y Comercio
MMV	Medicines for Malaria Venture
MSPS	Ministerio de Sanidad y Políticas Sociales
NNUU	Naciones Unidas
OAH	Oficina de Ayuda Humanitaria (AECID)
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico
OCHA (OCAH)	Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios / Office for the Coordination of Humanitarian Affairs
ODM	Objetivo de Desarrollo del Milenio
OEA -	Organización de Estados Americanos
OEI	Organización de Estados Iberoamericanos
OIEA	Organismo Internacional de Energía Atómica
OIM	Organización Internacional de las Migraciones
OMC	Organización Mundial del Comercio
OMS (WHO)	Organización Mundial de la Salud / World Health Organization)
OMUDES	Organismos multilaterales de desarrollo
ONDUC	Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito
ONGD	Organización no gubernamental de desarrollo
ONUSIDA	Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el sida
OPS	Organización Panamericana de Salud
OTC	Oficina técnica de cooperación
PACI	Planes anuales de cooperación internacional
PEPFAR	Plan presidencial de respuesta contra el sida
PIB	Producto interior bruto
PMA (WFP)	Programa Mundial de Alimentos / World Food Programme
PMA	Países menos adelantados
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
PRB	Países de renta baja
PRM	Países de renta media
PRMA	Países de renta media alta
PRMB	Países de renta media baja
RANSA	Reunión de Alto Nivel sobre Seguridad Alimentaria y Nutricional
RTVE	Radio Televisión Española
SECI	Secretaria de Estado de Cooperación Internacional
SEMEX	Sociedad Española de Médicos Extranjeros
SWAP	Sector Wide Approach
UE	Unión Europea
UN HABITAT	Programa de las Naciones Unidas para los Asentamientos Humanos
UNDG	Grupos de desarrollo de las Naciones Unidas
UNESCO	Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
UNIFEM	Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer
UNITAID	Facilidad internacional de compra de medicamentos
UNOPS	Oficina de las Naciones Unidas de Servicios para Proyectos
UNRWA	United Nations Relief and Works Agency for Palestine Refugees in the Near East
VIH/sida	Virus de la inmunodeficiencia humana