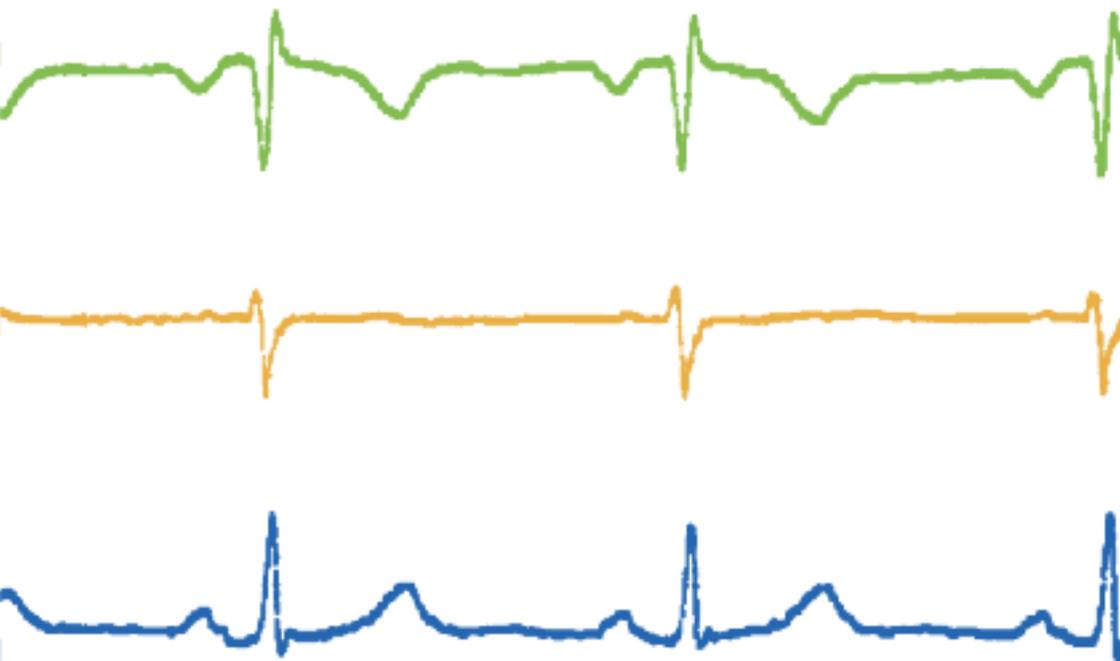


La salud en la cooperación al desarrollo y la acción humanitaria

Informe 2013



Equipo técnico

Carlos Mediano
José María Medina
Stefan Meyer

Equipo asesor

Félix Fuentenebro
José María Medina
Elena Urdaneta

Colaboradores:

Ricardo Angora
Emiliana Tapia

Edita

medicumundi
Prosalus
Médicos del Mundo

Trabajo de edición

Félix Fuentenebro

Diseño y maquetación

estudio blg

Impresión**Para cualquier información:****Federación de Asociaciones de Medicus Mundi en España**

Lanuzá 9, local / 28028 Madrid (España)

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

federacion@medicumundi.es

www.medicumundi.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 **medicumundi**, **Prosalus** y **Médicos del Mundo**.

La salud en la cooperación al desarrollo y la acción humanitaria

Informe 2013

medicmundi

Prosalus

Médicos del Mundo

ÍNDICE GENERAL

INTRODUCCIÓN	19
CAPÍTULO I. La salud en el mundo	23
1. Introducción	23
2. Evolución de los ODM en Salud	26
2.1. Objetivo 4: Reducir en 2/3 la mortalidad de menores de 5 años	28
2.2. Objetivo 5: Mejorar la salud materna	33
2.3. Objetivo 6: Combatir vih/sida, paludismo y otras enfermedades	39
2.4. Evolución de otros ODM	50
3. La agenda post 2015 y la cobertura universal como referente en salud	52
3.1. Después de 2015: de los ODM a los ODS	55
3.2. La cobertura universal: ¿próximo objetivo post 2015 en salud?	59
4. La agenda de la eficacia del desarrollo tras Busán: La Alianza Global para una Cooperación al Desarrollo Eficaz	70
5. Eventos destacados septiembre 2012-agosto 2013	74
6. Agenda Septiembre 2013- septiembre 2014.....	76
Situación de la Salud en España	77
- Valoración del impacto del Real Decreto ley 16/2012	78
- El impacto de la reforma en las mujeres víctimas de violencia de género	80
- La reforma sanitaria ¿Es legal?	86
- Desmantelando los mitos sobre la sanidad española	88
CAPÍTULO II. Perspectiva internacional	91
1. Introducción	91
2. Comité de Ayuda al Desarrollo.....	91
2.1. Evolución de la AOD en Salud	95
2.2. Composición sub - sectorial de la AOD en Salud	98
2.3. Distribución geográfica	102
3. Unión Europea	103
3.1. Composición sectorial de la ayuda en salud de la comisión europea....	105
3.2. Distribución Geográfica de la ayuda en salud de la comisión europea	107
4. Alerta sobre los posibles impactos de la reducción de la ayuda oficial al desarrollo en el sector salud.....	110

CAPÍTULO III. La salud en la cooperación española	113
1. Consideraciones generales.....	113
1.1. Consideraciones metodológicas sobre el cómputo de la AOD	113
1.2. Datos generales de la AOD en 2012	115
2. AOD en salud en 2012	116
2.1. Principales datos de la AOD en salud en 2012.....	116
2.2. Ayuda canalizada a través de organismos multilaterales	121
2.2.1. Introducción	121
2.2.2. AOD multilateral en salud 2012	122
2.2.3. AOD multilateral en salud 2012	122
2.3. Ayuda bilateral	124
2.4. Distribución sectorial de la AOD en salud	130
2.5. Distribución geográfica de la AOD en salud.....	134
3. Balance de la AOD en salud en el período de vigencia del III Plan Director	139
Tres estudios de caso de la cooperación española en salud	141
A. Estudio de caso Bolivia.....	141
B. Estudio de caso Perú	153
C. Estudio de caso Mozambique	162
CAPÍTULO IV. La salud en la cooperación descentralizada	177
1. Introducción	177
2. Evolución de la cooperación descentralizada	179
3. Las cifras de la cooperación de las comunidades autónomas	183
4. La salud en la cooperación autonómica	185
4.1. Distribución de AOD autonómica en salud vía organismos multilaterales de desarrollo (OMUDES)	189
4.2. Composición sectorial de la ayuda autonómica en salud	189
4.3. Distribución geográfica de la ayuda en salud.....	192
5. Las entidades locales	197
CAPÍTULO V. Acción humanitaria	205
1. Introducción	205
2. La Ayuda Humanitaria Internacional	208
2.1. Canalización de la ayuda internacional para Acción Humanitaria La Reforma Humanitaria en el seno de NNUU	211

3. La Ayuda Humanitaria de la UE	219
3.1. Destino geográfico de los fondos gestionados por ECHO	221
3.2. Destino de fondos por sectores	224
3.3. Vías de canalización de los fondos	225
4. La Acción Humanitaria de la cooperación española en 2012	227
4.1. La distribución geográfica de la Ayuda Humanitaria	229
4.2. La canalización de fondos	231
4.2.1 La Ayuda Humanitaria bilateral	233
4.2.2 La Ayuda Humanitaria multibilateral	234
4.2.3 La Ayuda Humanitaria multilateral	235
4.3. La Ayuda Humanitaria por sectores	235
4.4. La Ayuda Humanitaria por agentes	238
5. La acción Humanitaria descentralizada.....	240
6. Retos de la cooperación española en materia de Ayuda Humanitaria	243
CAPITULO VI. Conclusiones y recomendaciones	247

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1.1.	Tasa de mortalidad menores de 5 años cada 1.000 nacidos vivos. 1990-2011. Fuente: Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe 2013.....	29
Gráfica 1.2.	Porcentaje de niños de grupo etario apropiado que recibieron al menos una dosis de la vacuna del sarampión 2000 y 2011. Fuente: Objetivos Desarrollo del Milenio. Informe 2013.....	32
Gráfica 1.3.	Tasa de mortalidad materna/100.000 nacidos vivos, 1990, 2000 y 2011.Fuente: Objetivos Desarrollo del Milenio. Informe 2013. ..	34
Gráfica 1.4.	Proporción de mujeres atendidas 4 o más veces por personal cualificado durante el embarazo, 1990.2000 y 2011. Fuente: Objetivos Desarrollo del Milenio. Informe 2013	36
Gráfica 1.5.	Porcentaje de mujeres casadas o en relación de pareja con necesidades de planificación familiar insatisfechas, 1990, 2000, 2011. Fuente: Objetivos Desarrollo del Milenio. Informe 2013	38
Gráfica 1.6.	Millones de personas que viven infectadas por VIH, nuevas infecciones, y muertes por sida en el mundo, 1990-2012. Fuente: Informe 2012 ONUSIDA sobre epidemia mundial de sida ..	40
Gráfica 1.7.	Número de personas (millones) que reciben tratamiento antirretroviral 2002-2010 y de muertes por Sida 2000-2011. Fuente: Objetivos Desarrollo del Milenio. Informe 2013	43
Gráfica 1.8.	Proporción de niños menores de 5 años que duermen protegidos por mosquiteros impregnados con insecticida en países africanos, por región, 2010-2012. Fuente: Objetivos Desarrollo del Milenio. Informe 2013	44
Gráfica 1.9.	Fondos destinados a Tuberculosis. Informe 2012 sobre tendencias de financiación de la investigación en Tuberculosis 2005-2011. Treatment Action Group, Stop TB Partnership	47
Gráfica 1.10.	Inversiones en TBC 2011. Informe 2012 sobre tendencias de financiación de la investigación en Tuberculosis 2005-2011. Treatment Action Group, Stop TB Partnership.....	49
Gráfica 1.11.	Cronograma de la agenda post 2015. Fuente: UN Foundation and Dalberg analysis	57

Gráfica 1.12.	Las 3 dimensiones de la cobertura universal. Fuente: Informe OMS 2010	60
Gráfico 2.1	AOD de los países del CAD, como porcentaje del PIB, en 2012. Fuente: CAD OCDE	92
Gráfico 2.2.	Desembolsos brutos de AOD del conjunto de países del CAD por canales (en dólares corrientes) Fuente: Elaboración propia a partir de datos del CAD.....	94
Gráfico 2.3	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.....	95
Gráfico 2.4	Evolución de la AOD bilateral distribuible y del porcentaje destinado a salud por el conjunto de países del CAD (en dólares corrientes). Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Creditor Reporting System	96
Gráfico 2.5	Porcentaje de la AOD bilateral distribuible destinada a salud. Comparativa CAD España. Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Creditor Reporting System	97
Gráfica 2.6.	Desembolsos brutos de AOD del conjunto de países del CAD destinados a los sectores 121, 122 y 130 en el año 2010 por canales (en dólares corrientes). Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Creditor Reporting System	99
Gráfico 2.7.	Desembolsos brutos de AOD en salud de las Instituciones Europeas por sectores CRS (en millones de dólares corrientes). Elaboración propia a partir de datos del Creditor Reporting System.....	106
Gráfico 3.1.	Evolución de la AOD planificada y desembolsada 2002-2012. Fuente: elaboración propia a partir de los PACI y de los informes de seguimiento PACI	115
Gráfico 3.2.	Evolución del porcentaje de RNB para AOD, planificado y desembolsado 2002-2012. Fuente: elaboración propia a partir de los PACI y de los informes de seguimiento PACI.....	116

Gráfico 3.3.	Evolución de la AOD en salud y del porcentaje sobre el total de AOD, 2002-2012. Fuente. Elaboración propia a partir de los informes de seguimiento PACI. El dato de 2013 es una previsión en base a datos de planificación de SGCID	118
Gráfico 3.4.	AOD en salud por subsectores y canales, 2012. Fuente: elaboración propia a partir de datos seguimiento PACI 2012	120
Gráfico 3.5.	Evolución de la AOD en salud por agentes. 2006-2012. Fuente: elaboración propia a partir de datos seguimiento PACI....	121
Gráfico 3.6.	Evolución de la AOD en salud por canales. 2005-2012. Fuente: elaboración propia a partir de datos seguimiento PACI....	122
Gráfico 3.7.	Distribución de la AOD bilateral en salud por agentes financiadores, 2012. Fuente: Elaboración propia a partir de datos seguimiento PACI 2012	127
Gráfico 3.8.	Distribución geográfica de la AOD bilateral en salud por agentes, 2012. Fuente: Elaboración propia a partir de datos seguimiento PACI 2012	129
Gráfico 3.9.	Evolución de los desembolsos de AOD reembolsable para salud y % sobre AOD bilateral. 2005-2012 Fuente: elaboración propia a partir de datos seguimiento PACI 2012	130
Gráfico 3.10.	Evolución de la AOD en salud por subsectores y canales, 2006-2012. Fuente: elaboración propia a partir de datos seguimiento PACI 2012	131
Gráfico 4.1.	Evolución de la cooperación autonómica y local 2007-2011. Fuente: elaboración propia a partir de datos de los seguimientos de los PACI 2008 – 2012	180
Gráfico 4.2.	Evolución de la AOD descentralizada en España. 1994-2012. Fuente: elaboración propia a partir de datos de los seguimientos de los PACI.....	181
Gráfico 4.3	Evolución de AOD en salud procedente de comunidades autónomas. Fuente: elaboración propia a partir de datos del seguimiento del PACI 2005-2012.....	185
Gráfico 4.4.	Distribución sectorial de AOD en salud de las CC.AA. 2007 - 2012. Fuente: elaboración propia a partir de datos del seguimiento del PACI	190

Gráfico 4. 5.	Distribución regional de la AOD en salud de las CCAA 2011/2012 (%).Fuente: elaboración propia a partir de los datos del seguimiento de los PACI 2011-2012	193
Gráfico 4.6.	Asignación de la ayuda en función de la renta. Fuente: elaboración propia a partir de los datos del seguimiento de los PACI 2005-2012	194
Gráfico 5.1.	Financiación de la AH por la UE en 2012. Fuente: elaboración propia a partir de datos de la DG ECHO	219
Gráfico 5.2.	Evolución de financiación de AH de ECHO. Fuente: elaboración propia a partir de datos de la DG ECHO	220
Gráfico 5.3.	Destino geográfico de los fondos de ECHO para AH. Fuente: elaboración propia a partir de datos de la DG ECHO	222
Gráfico 5.4.	Destino Geográfico más destacados, por países, de fondos (en millones de Euros) gestionados por ECHO para AH en 2012. Fuente: elaboración propia a partir de datos de la DG ECHO	224
Gráfico 5.5.	Destino de la AH por sectores. Fuente: elaboración propia a partir de datos de la DG ECHO.....	225
Gráfico 5.6.	Contratos de AH de ECHO con Organizaciones. Fuente: elaboración propia a partir de datos de la DG ECHO	226
Gráfico 5.7.	Evolución de la AOD Española destinada a Acción Humanitaria. Fuente: Elaboración propia a partir de datos SGCID	228
Gráfico 5.8.	Distribución geográfica por regiones de la AH Española en 2012. Fuente: Elaboración propia a partir de datos SGCID	230
Gráfico 5.9.	Porcentaje de fondos destinados a AH en función de la vía de financiación. Fuente: Elaboración propia a partir de datos SGCID	232
Gráfico 5.10.	AOD Española multilateral para AH en 2012. Fuente: Elaboración propia a partir de datos SGCID	234
Gráfico 5.11.	Distribución de la AH de la Cooperación Española por sectores en 2012. Monto en dólares. Fuente: Elaboración propia a partir de datos FTS de NNUU	237
Gráfico 5.12.	Ayuda Humanitaria descentralizada por regiones de destino. Fuente: elaboración propia a partir de datos SGCID	242

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.1.	Indicadores de progreso de la Declaración de Busán. Fuente: Guide to the Monitoring Framework of the Global Partnership, 1 de Julio de 2013	29
Tabla 2.1.	AOD neta de los países del CAD 2009-2012 (en millones de dólares corrientes. Fuente: OCDE – CAD	93
Tabla 2.2.	Desembolsos brutos de AOD bilateral en salud de los países del CAD 2006 – 2011 (en millones de dólares corrientes). Fuente: Creditor Reporting System.	98
Tabla 2.3.	Desembolsos brutos de AOD total en salud de los países del CAD por sectores y subsectores CRS (en millones de dólares corrientes). Fuente: Creditor Reporting System	101
Tabla 2.4.	Desembolsos brutos de AOD bilateral en salud de los países del CAD por sectores y subsectores CRS (en millones de dólares corrientes). Fuente: Creditor Reporting System.	102
Tabla 2.5.	Distribución geográfica de la AOD total y en salud del CAD en 2011 (en millones de dólares corrientes). Fuente: Creditor Reporting System	103
Tabla 2.6.	Desembolsos brutos de AOD de las Instituciones Europeas (en millones de dólares corrientes). Fuente: Creditor Reporting System	104
Tabla 2.7.	Presupuesto de la UE en cooperación para el periodo 2014-2020 (en millones de EUR). Fuente: http://ec.europa.eu/budget/mff/index_en.cfm	105
Tabla 2.8.	Desembolsos brutos de AOD en salud de las Instituciones Europeas por sectores y subsectores CRS (en millones de dólares corrientes). Fuente: Creditor Reporting System	107
Tabla 2.9.	Desembolsos brutos de AOD de la CE en 2011 por regiones (en millones de dólares corrientes). Fuente: Creditor Reporting System	108
Tabla 2.10.	Desembolsos brutos de AOD de la CE a nivel general y en el sector salud, en función del nivel de renta de los receptores. Fuente: QWIDS OCDE	110
Tabla 2.11.	Evolución de indicadores de salud en una muestra de países. Fuente: Estadísticas sanitarias mundiales 2012, OMS	111

Tabla 3.1:	Resumen de la AOD española neta en salud. 2012. Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de seguimiento del PACI 2012	119
Tabla 3.2:	Distribución de la AOD multilateral en salud según agente y receptor. 2009 - 2012. Fuente: elaboración propia a partir de los datos de seguimiento del PACI 2012.....	123
Tabla 3.3:	Distribución de AOD multilateral en salud según agentes. 2009 - 2012. Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de seguimiento del PACI 2012	124
Tabla 3.4:	Distribución de AOD multilateral en salud según organismo receptor. 2009 - 2012. Fuente: Elaboración propia a partir de datos seguimiento PACI	125
Tabla 3.5:	Vías de canalización de la AOD bilateral en salud, 2012. Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de seguimiento del PACI 2012	126
Tabla 3.6:	AOD bilateral en salud por componentes CAD-CRS, 2009 - 2012. Fuente: Elaboración propia a partir de datos seguimiento PACI 2012	128
Tabla 3.7.	Desagregación de la AOD en salud por canales y componentes CRS, 2012. Fuente: elaboración propia a partir de datos seguimiento PACI 2012	132
Tabla 3.8.	Evolución de la AOD en salud por componentes CRS, 2007-2012. Fuente: elaboración propia a partir de los informes de seguimiento PACI.....	134
Tabla 3.9.	Orientación geográfica de la AOD en salud, 2012. Fuente: elaboración propia a partir de datos seguimiento PACI 2012	
Tabla 3.10	Orientación geográfica de la AOD en salud según categorías del Plan Director, 2010-2012. Fuente: elaboración propia a partir de datos seguimiento PACI	135
.Tabla 3.11	Orientación geográfica de la AOD en salud según nivel de renta de los receptores, 2010-2012. Fuente: Elaboración propia a partir de datos seguimiento PACI 2012	136
Tabla 3.12.	Los 10 países que recibieron mayor cantidad de AOD en salud en 2012 (se incorporan los datos de años anteriores en que	

	estos mismos países estuvieron en la lista de los 10 con más AOD en salud). Fuente: elaboración propia a partir de datos seguimiento PACI.....	137
Tabla 3.13.	Orientación geográfica de la AOD bilateral en salud, 2012. Fuente: elaboración propia a partir de datos seguimiento PACI 2012	138
Tabla 3.14	AOD bilateral en salud según prioridades geográficas del III Plan Director, 2009- 2012. Fuente: elaboración propia a partir de los datos de seguimiento del PACI.....	138
Tabla 3.15.	Distribución geográfica de la AOD bilateral en salud según nivel de renta de los receptores. 2009-2012. Fuente: elaboración propia a partir de los datos de seguimiento del PACI	139
Tabla 4.1.	Evolución cooperación descentralizada. Fuente: elaboración propia a partir de datos del seguimientos de los PACI 2008 - 2012	179
Tabla 4.2:	Evolución porcentual de cada CCAA en el total de AOD autonómica 2007 - 2012. Fuente: elaboración propia a partir de los datos de seguimiento PACI 2007-2012	182
Tabla 4.3.	AOD neta por comunidades autónomas. Fuente: elaboración propia a partir de datos seguimiento PACI 2009-2012	184
Tabla 4.4.	AOD española neta en salud por agentes y canales, 2012. Fuente: elaboración propia a partir de datos del seguimiento del PACI.....	186
Tabla 4.5.	Distribución de la ayuda en salud de las CCAA 2012. Fuente: elaboración propia a partir de datos del seguimiento del PACI	187
Tabla 4.6	Vía de canalización de la AOD en salud autonómica. Fuente: elaboración propia a partir de los datos del seguimiento del PACI 2012	188
Tabla 4.7.	Distribución de la AOD desembolsada por las CCAA. 2009-2012. Fuente: elaboración propia a partir de los datos del seguimiento del PACI 2012.....	191
Tabla 4.8.	Distribución de la AOD en salud de las CCAA por sectores 2012. Fuente: elaboración propia a partir de los datos del seguimiento del PACI 2012	193
Tabla 4.9.	AOD en salud dirigida a PMA por las CCAA. 2012. AOD desembolsada. Fuente: elaboración propia a partir de los datos del seguimiento del PACI 2012	195

Tabla 4.10.	10 países mayores receptores por volumen de AOD autónoma en salud.2012. Fuente: elaboración propia a partir de los datos del seguimiento del PACI 2012.....	196
Tabla 4.11.	Distribución de AOD financiada por CCAA según categorías de países receptores del Plan Director. 2012. Fuente: elaboración propia a partir de los datos del seguimiento del PACI 2012	197
Tabla 4.12.	AOD bilateral en salud de entidades locales por comunidad autónoma de pertenencia. Fuente: elaboración propia a partir de los datos del seguimiento del PACI 2012	199
Tabla 4.13.	EELL con mayor AOD en salud 2012. Fuente: elaboración propia a partir de los datos del seguimiento del PACI 2012	200
Tabla 4.14.	Distribución de AOD financiada por EELL según categorías de países receptores del Plan Director. 2012. Fuente: elaboración propia a partir de los datos del seguimiento del PACI 2012	200
Tabla 4.15.	Distribución según nivel de renta. Fuente: elaboración propia a partir de los datos del seguimiento del PACI 2012	201
Tabla 4.16.	Distribución regional de la AOD bilateral neta en salud de las EELL. 2012. Fuente: elaboración propia a partir de los datos del seguimiento del PACI 2012.....	202
Tabla 4.17.	Composición subsectorial de la AOD total en salud de EELL.2012. Fuente: elaboración propia a partir de los datos del seguimiento del PACI 2012.....	203
Tabla 5.1.	Fondos de ayuda humanitaria internacional en miles de millones de \$ USA. Fuente: Elaboración propia con datos del Creditor Reporting System.....	208
Tabla 5.2	Fondos Privados para Acción Humanitaria internacional. Fuente: Elaboración propia con datos de Delopement Initiatives Research	209
Tabla 5.3	Distribución de fondos de Ayuda Internacional por sectores según el sistema CAD. Fuente: Elaboración propia a partir de datos de OCHA	210
Tabla 5.4	Canalización de la financiación Internacional de la AH en 2012. Fuente: Elaboración propia a partir de datos del FTS de NNUU, OCHA	211
Tabla 5.5	Canalización de la financiación Internacional a través del FTS de NNUU. Fuente: Elaboración propia a partir de datos del FTS de NNUU, OCHA	212

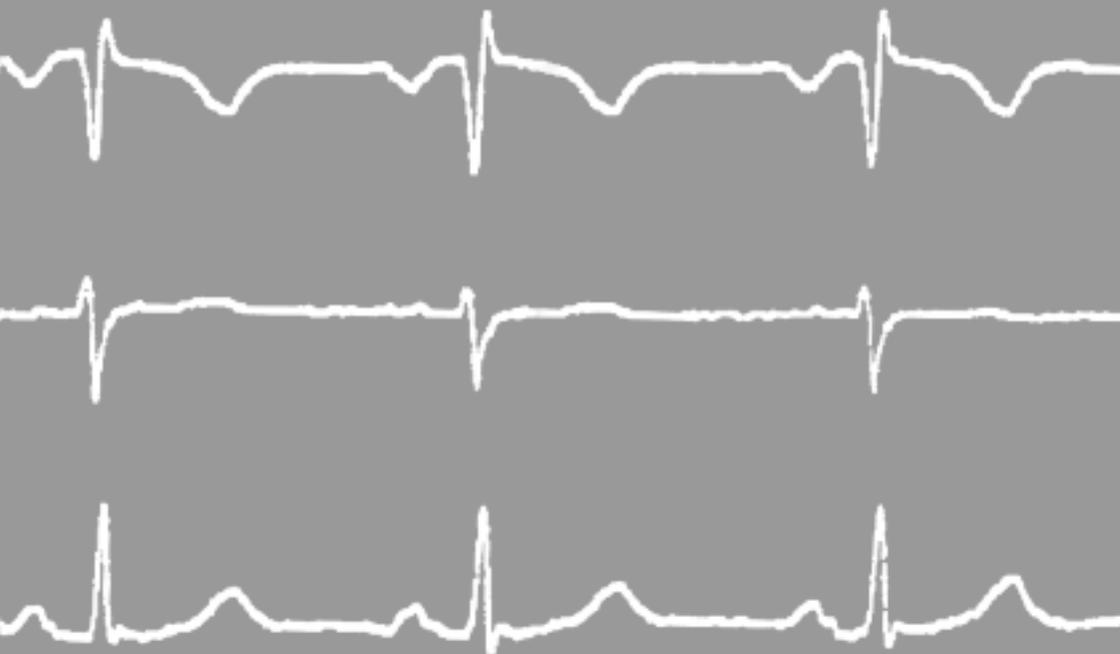
Tabla 5.6	Evolución de la asignación a Fondos Comunes gestionados por OCHA. Fuente: Elaboración propia a partir de datos de OCHA	212
Tabla 5.7	Distribución de los Fondos Comunes gestionados por OCHA. Fuente: Elaboración propia a partir de datos de OCHA	212
Tabla 5.8	Distribución de los Fondos Comunes en sectores clave en 2012. Fuente: Elaboración propia a partir de datos de OCHA	213
Tabla 5.9	Países destino de CERF en 2012. Fuente: Elaboración propia a partir de datos de CERF	213
Tabla 5.10	Países destino de CHF en 2012. Fuente: Elaboración propia a partir de datos de OCHA	214
Tabla 5.11	Países destino de ERF en 2012. Fuente: Elaboración propia a partir de datos de OCHA	214
Tabla 5.12.	El sistema de clusters. Fuente: Elaboración propia a partir de datos de OCHA	217
Tabla 5.13.	Aportaciones directas de los Estados de la UE para financiación de AH durante 2012. Fuente: elaboración propia a partir de datos de la DG ECHO	220
Tabla 5.14.	Destino geográfico de fondos destinados por ECHO para AH en 2012. Fuente: elaboración propia a partir de datos de la DG ECHO	221
Tabla 5.15.	Destino Geográfico por países de fondos gestionados por ECHO para AH en 2012. Fuente: elaboración propia a partir de datos de la DG ECHO.....	223
Tabla 5.16.	Contratos de AH de ECHO con Organizaciones. Fuente: elaboración propia a partir de datos de la DG ECHO.....	226
Tabla 5.17.	Total de la AOD Española destinada a Acción Humanitaria. Fuente: Elaboración propia a partir de datos SGCID	227
Tabla 5.18.	Distribución geográfica por regiones de la AH Española en 2012. Fuente: Elaboración propia a partir de datos SGCID	229
Tabla 5.19.	Distribución geográfica por países de la AH Española en 2012. Fuente: Elaboración propia a partir de datos SGCID	231
Tabla 5. 20.	Desglose de la AOD destinada a AH por vías de financiación. Fuente: Elaboración propia a partir de datos SGCID	232
Tabla 5.21.	AOD Española bilateral para AH en 2011 y 2012 por actores. Fuente: Elaboración propia a partir de datos SGCID	233

Tabla 5.22.	Canalización a través de agencias de NNUU. Fuente: Elaboración propia a partir de datos FTS de NNUU.....	235
Tabla 5.23.	Distribución de la AH de la Cooperación Española por sectores en 2012. Fuente: Elaboración propia a partir de datos FTS de NNUU	236
Tabla 5.24.	AOD española neta destinada a acción humanitaria en 2012, por sectores CRS y canales. Fuente: elaboración propia a partir de datos SGCID	237
Tabla 5.25.	Fondos de la AGE destinados a AH en 2012 por agentes y canales. Fuente: elaboración propia a partir de datos SGCID.....	238
Tabla 5.26.	Fondos aportados por el MAEC desagregados por Unidad de gestión en 2012. Fuente: elaboración propia a partir de datos SGCID	239
Tabla 5.27.	ADO de la Cooperación Descentralizada para AH en 2012 por canales. Fuente: elaboración propia a partir de datos SGCID.....	240
Tabla 5.28.	Ayuda Humanitaria por CCAA. Fuente: elaboración propia a partir de datos SGCID.....	241
Tabla 5.29.	Distribución por sectores de la AH descentralizada. Fuente: elaboración propia a partir de datos SGCID	242

ÍNDICE DE RECUADROS

Capítulo I

• Cobertura universal y acceso universal: ¿son lo mismo?	
Organizaciones del informe	54
• Afirmación de los sistemas universales de salud en Latinoamérica	
Declaración del encuentro ALAMES - CEBES en el 2º Congreso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestao em Saúde, 1 de outubro 2013	68
• El impacto de la reforma en las mujeres víctimas de violencia de género	
Organizaciones del informe	80
• La reforma sanitaria ¿es legal?	
Organizaciones del informe	86



INTRODUCCIÓN

Cuando estamos cerrando este informe se celebra por un lado los 25 años de la Agencia española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID) y se produce a la vez el desastre en Filipinas, tras el paso del tifón Haiyan, que hace movilizarse a la Ayuda en Emergencias a nivel internacional.

En este contexto de cooperación internacional, en España permanecemos muy preocupados ante una enorme reducción en el presupuesto de Ayuda Oficial al Desarrollo que nos retrotrae a un porcentaje del PIB de hace 2 décadas, transformando en una quimera aquel objetivo del 0,7% que tanta movilización social produjo hace unos 20 años y que pone de manifiesto algo triste y dramático (que es defendido por sectores de nuestra sociedad): A pesar del compromiso solidario de la sociedad, la cooperación parece ser una política prescindible que puede ser desproporcionadamente recortada por motivo de la crisis o incluso ser eliminada cuando haya necesidad de ajustes, en vez de ser un medio de fundamentar los valores que nos han hecho crecer como seres humanos y como pueblos.

Debemos orientar la cooperación en salud hacia el refuerzo de los sistemas locales de salud, la atención primaria de salud (incluyendo los determinantes de la salud), la concreción de políticas eficaces, sostenibles y eficientes y su financiación solidaria y la inclusión de la salud en todas las políticas, asumiendo el derecho de todas las personas a tener el mayor nivel de salud posible.

Este año también la situación en Siria sigue siendo una bofetada en la conciencia del resto del mundo, asistiendo, con una mezcla de estupor e indiferencia colectiva, a cómo ese país se desangra en una contienda en la que la presión de la comunidad internacional se limita a apoyar lo imprescindible para mantener el equilibrio de fuerzas que sólo sirve para destruir un país y una sociedad, donde cada mes mueren millares de inocentes.

Por ello, demandamos acciones inmediatas de la comunidad internacional que en el seno de Naciones Unidas establezcan la puesta en marcha de una operación de mantenimiento de la paz, a través de la ONU.

El año 2012 será recordado como un año en que se puso fin al sistema de sanidad universal existente en España, que nos enorgullecía y que era referencia en el resto del mundo por sus resultados y su eficiencia económica, y todo bajo el discurso de la austeridad y el control del déficit. En el resumen del año pasado comentábamos la cascada de cambios a los que estábamos asistiendo, tanto en el entorno próximo (aumento de exclusión social, aumento de barreras al acceso a la salud), como en el internacional (con incremento de la conflictividad social y de la desigualdad). Podemos seguir diciendo lo mismo, con resultados evidentes: incremento notable de la brecha social. En nuestro análisis, el resultado es evidente: estamos asistiendo al desmantelamiento del estado de bienestar por el que hemos estado luchando generaciones: recortes en educación, reducción de las políticas sociales, creación de barreras económicas al acceso al sistema sanitario,...

Además seguimos preocupados porque, quedando solo 2 años para el 2015, fecha que la comunidad internacional puso como límite para conseguir los Objetivos de Desarrollo del Milenio, podemos asegurar que, a pesar de los grandes avances conseguidos, sus compromisos no se van a cumplir. Es momento de que la comunidad internacional reflexione sobre la falta de voluntad política que ha habido para alcanzarlos, de los errores cometidos y de las lecciones aprendidas, tanto positivas como negativas.

La cobertura universal y el acceso universal a la salud pueden ser instrumentos fundamentales para hacer realidad el derecho a la salud y para promover la equidad y la cohesión social basada en la solidaridad.

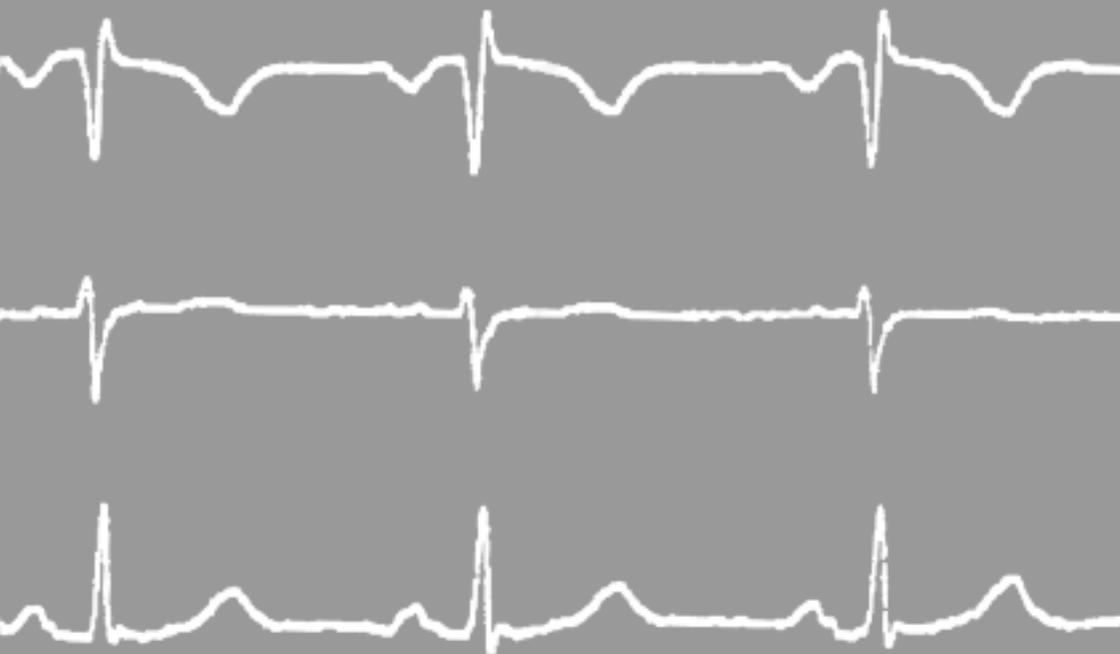
Además, debe hacerse desde un enfoque de derechos humanos que asegure que los servicios sanitarios responden a los cuatro principios fundamentales del derecho a la salud: estén disponibles en cantidad suficiente; que sean accesibles, es decir con información adecuada, buenos accesos físicos, no discriminatorios y económicamente asequibles; culturalmente apropiados; y de calidad. Lo que significa que la prestación de servicios y las intervenciones se deben realizar siguiendo un enfoque que se centre en las personas, asegurando la participación significativa de pacientes, familias y comunidades.

En este Informe se analizan casos de cómo la disminución de la Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD) en Bolivia, Perú y Mozambique, cuya estrategia de lucha contra la pobreza y cuyos servicios de educación y salud tienen una altísima dependencia de la cooperación internacional, ponen en riesgo algunos logros alcanzados en la construcción de los sistemas nacionales de salud de estos países socios.

Como conclusión, quedan muchas cosas por hacer, la realidad nos está mostrando constantemente que existe una clara desproporción entre el incremento de necesidades (con aumento de los colectivos vulnerables o en situación de exclusión) y los recursos económicos dedicados a su atención.

Pero también está aumentando la conciencia y la movilización de la sociedad. La reacción de la ciudadanía está cambiando la agenda de los partidos políticos, obligándoles a debatir aspectos como la cooperación internacional, la sanidad, la educación o la propia cultura democrática con la necesaria regeneración de los partidos políticos.

Finalizamos esta introducción agradeciendo la colaboración de todas las personas que han contribuido a la publicación de este informe, especialmente a Jorge Seoane y al resto del equipo del departamento de estadística de la SGCID por facilitarnos los volcados de AOD y aclarar las dudas sobre los mismos. Igualmente agradecemos la colaboración de los equipos de Médicos del Mundo y Medicus Mundi en Perú, Bolivia y Mozambique, por sus comentarios y aportaciones en los estudios de caso, a Óscar Lanza, de la organización boliviana Justicia, Salud y Desarrollo, por sus comentarios y aportaciones sobre el estudio de caso de Bolivia y a Sergio Galán, responsable de salud del departamento sectorial de AECID por su disponibilidad para contrastar algunos de los datos e informaciones referidos al trabajo de la AECID en el área de salud.



CAPÍTULO I. SITUACIÓN DE LA SALUD EN EL MUNDO

1. INTRODUCCIÓN

La crisis financiera y económica que está afectando a gran parte del planeta está provocando no solamente un cambio en las tendencias presupuestarias de la cooperación internacional, sino que puede estar afectando directamente a algunos de los valores que considerábamos intrínsecos de una sociedad evolucionada, como pueden ser la solidaridad, la consecución universal de los derechos humanos o los mayores beneficios que reporta el trabajo conjunto de una sociedad plural, con objetivos comunes sobre el esfuerzo individual de cada una de las personas. Por ejemplo, esta crisis ha provocado que haya actualmente en el mundo 67 millones de personas más sin empleo que en 2007¹, y sin embargo el número de personas con activos financieros (al margen de viviendas habituales, bienes consumibles y de consumo duraderos y objetos coleccionables) por valor de más de un millón de dólares no ha parado de crecer. En 2011, 10,7 millones de personas acumulaban 42,7 billones de dólares². En 2012, el número de millonarios alcanzó los 12 millones de personas y la riqueza que acumularon ascendía a 46,2 billones de dólares; en 2015 este grupo de individuos incrementará su riqueza hasta alcanzar los 55,8 billones de dólares³. La riqueza acumulada en 2012 por esos 12 millones de personas, es 26.450 veces las que disponen actualmente para vivir los 1.400 millones de personas que viven en extrema pobreza. Es evidente que existe un problema de inequidad. España en 2012, con unos ajustes jamás antes conocidos en sectores tan básicos como los de cooperación, salud y educación, incrementó sus millonarios un 5,4% hasta alcanzar las 114.000 personas. En cierto modo, estas cifras –incremento de millonarios y de parados– avalan el fracaso

1. http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---ubl/documents/publication/wcms_202216.pdf

2. http://www.bbc.co.uk/mundo/noticias/2011/06/110622_economia_millonarios_ricos_aumentos_mundo_jg.shtml

3 http://www.es.capgemini.com/sites/default/files/resource/pdf/wwr_2013_spanish_0.pdf

de las estrategias de reducción de protección social que algunos países plantean a causa de esta crisis.

En este contexto, una de las políticas que podría funcionar como mecanismo de reequilibrio mundial, la cooperación internacional, no puede ejercer como tal por ser una de las políticas más cuestionadas y por verse fuertemente afectada por los recortes. Si bien aún no se oyen voces que digan tajantemente que la cooperación se debe suprimir, los hechos nos están mostrando que cada vez es más frecuente el incumplimiento de los compromisos internacionales por parte de los países donantes, y que nuevos actores, tanto privados como públicos, estén imponiendo sus propias reglas en el marco de la cooperación.

Es evidente que la coyuntura actual está provocando cierto desconcierto en las políticas de cooperación internacional. Se consolidan y refuerzan otros intereses económicos y políticos que responden al interés de los países donantes, condicionando a su vez la orientación geográfica y sectorial de la ayuda.

En el marco de los incumplimientos no sólo debemos mirar a los países donantes. Algunos países receptores de ayuda también han incumplido sus compromisos. En 2011, 10 años después de la declaración de Abuja, en la que los países africanos se comprometieron a destinar el 15% de su presupuesto a salud, solamente Tanzania había conseguido llegar a esa cifra, mientras que 11 países africanos habían disminuido sus presupuestos en salud⁴.

La cooperación internacional se ha desarrollado con una cierta rigidez en sus estructuras, procesos y toma de decisiones, mientras que el mundo sigue cambiando. Actualmente, y gracias a la contribución internacional, el mapa de la pobreza ya no es como el que había en 1990. Las tasas del indicador utilizado para definir la pobreza absoluta (íntimamente relacionada con la salud) de 1,25 dólares/día a nivel mundial han disminuido de forma muy relevante, si bien siguen existiendo grandes desigualdades, tanto entre países y zonas geográficas, como dentro de cada país. Estas desigualdades, unidas a la evolución del desarrollo de los países, están cambiando completamente la distribución geográfica de la pobreza. En 1990, más del 90% de los pobres vivían en los países de renta baja⁵. Desde entonces, los países de renta baja han pasado de 51 a 35 (año 2010) y los de renta media de 89 a 109. Esto ha provocado que en estos momentos la gran mayoría de los pobres (tres cuartas partes) vivan en los países de renta media. La mitad de los pobres viven en India y China, otra cuarta parte en otros países de renta media baja como Pakistán, Indonesia o Nigeria,

4. http://www.who.int/healthsystems/publications/abuja_report_aug_2011.pdf

5. Iliana Olivé y Rafael Domínguez, 2013. Elementos para el posicionamiento de España en la construcción de la agenda de desarrollo global, Informe Elcano nº 14.

y solamente una cuarta parte en los 35 países de rentas más bajas⁶. Más de la mitad de los pobres residen en los grandes países de renta media del grupo de países conocidos como BRICS, países que actúan como motores del desarrollo mundial, son emisores de ayuda (exceptuando India) y también receptores (exceptuando Rusia).

La forma de medir la pobreza puede darnos resultados contradictorios. Si en vez de pobreza absoluta utilizamos el concepto de pobreza relativa que se utiliza normalmente en Europa Occidental (es fijado como una proporción constante, normalmente la mitad de la media del país y año), hay autores que nos muestran cómo, aunque hay una disminución clara de la pobreza absoluta entre 1990 y nuestros días, la pobreza relativa mundial apenas ha cambiado, y en 2008 era más alta que en 1981⁷. Naciones Unidas, en su informe anual 2013 sobre los Objetivos del Milenio, destaca las dificultades para poder conseguir datos fiables de la pobreza en muchos países.

La AOD y la cooperación en su conjunto no solamente se enfrentan al reto de la nueva arquitectura de la cooperación. Es cierto que la cooperación internacional, y en nuestro caso especialmente la cooperación sanitaria, había crecido de forma muy intensa en los últimos años, triplicando en 2008 los recursos que se destinaban en 1990. Gracias a este esfuerzo, se consiguió que los indicadores de salud mundiales avanzaran de una manera muy importante. Hemos de recordar que a principios del siglo XX la esperanza de vida mundial era de 31 años, mientras que actualmente se cifra en 67 años, y aunque no hay una distribución uniforme en el planeta, nos muestra claramente la evolución positiva del mayor indicador simple de salud que existe (aunque ahora haya sido sustituido por esperanza de vida saludable). Pero esta mejora se hizo focalizando mayoritariamente la ayuda hacia las grandes enfermedades, VIH/sida, malaria y tuberculosis, y a dos segmentos de la población, la infancia y la mujer, sobre todo como madre. E incluso así, este avance no ha sido suficiente para alcanzar las metas previstas. La evolución demográfica también supone un reto para la cooperación, pues los cambios demográficos nos indican que, si consideramos la salud un derecho universal, no solamente debemos proteger a la infancia y a las mujeres como personas más vulnerables, sino que los grandes problemas de salud mundial en el futuro provendrán de las enfermedades crónicas y de problemas derivados de las personas ancianas. Y en estos momentos la atención internacional a los problemas crónicos de salud son infinitamente menores que a los problemas derivados de enfermedades infecciosas, sobre todo porque la cooperación en salud ha centrado sus

6. <http://www.ids.ac.uk/files/dmfile/Wp393.pdf>

7. Chen, Shaohua; Ravallion, Martin. 2012. More relatively-poor people in a less absolutely-poor world. Policy Research working paper ; no. WPS 6114; Paper is funded by the Knowledge for Change Program (KCP). Washington D.C. - The Worldbank.

esfuerzos en la lucha contra determinadas enfermedades, en vez de impulsar el refuerzo de los sistemas locales de salud.

Por lo tanto, debemos realizar un esfuerzo importante en los próximos años para que la cooperación, y especialmente la cooperación en salud, tenga el peso que se merece y se oriente de una manera eficaz, eficiente y sostenible, para alcanzar el mayor impacto posible. Es necesario que entendamos que la mejora de la salud no se puede basar exclusivamente en la consecución de los resultados inmediatos, sino que también es muy importante que los procesos para conseguirlos aseguren cierta sostenibilidad y que se requiere un tiempo para asentar esos resultados. Debemos orientar adecuadamente la cooperación en salud hacia el refuerzo de los sistemas locales de salud, la atención primaria de salud (incluyendo los determinantes de la salud), la concreción de políticas eficaces, sostenibles y eficientes y su financiación solidaria y la inclusión de la salud en todas las políticas, asumiendo el derecho de todas las personas a tener el mayor nivel de salud posible.

2. EVOLUCIÓN DE LOS ODM EN SALUD

Apenas quedan 2 años para el 2015, fecha que la comunidad internacional puso como límite para conseguir los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Podemos asegurar que, a pesar de los grandes avances conseguidos, sus compromisos no se van a cumplir. Es momento de que la comunidad internacional reflexione sobre la falta de voluntad política que ha habido para alcanzarlos, de los errores cometidos y de las lecciones aprendidas, tanto positivas como negativas.

Los avances en la consecución de los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio se miden por medio de 21 metas y 60 indicadores oficiales, lo que ha supuesto un gran impulso para poder obtener datos suficientes y homogéneos que nos permitan saber cada año como está la situación mundial de esos 8 objetivos y su evolución. Por ese motivo podemos afirmar que la situación de los ODM, a dos años para acabar el tiempo previsto para su consecución, es algo contradictoria. Por una parte, el mundo nunca ha avanzado tanto en la lucha contra la pobreza, ha habido avances en todos los ODM y en algunos de ellos han sido y son muy significativos. Sin embargo, se está muy lejos de conseguir algunos de los objetivos, como la disminución de la mortalidad materna. Los resultados obtenidos no han sido uniformes, ni entre países y regiones mundiales, ni internamente dentro de cada país. Una de las mayores causas que se han esgrimido en los últimos años para justificar esas cifras han sido las crisis económicas y financieras, que han servido de excusa para disminuir tanto la cooperación internacional como los presupuestos sociales destinados a los servicios para los más

desfavorecidos. Pero sería difícil explicar la no consecución de los objetivos solo por esta causa. La falta de voluntad política para asumir los compromisos alcanzados es una razón vital que explica mejor estos incumplimientos. Es más, la consecución de los ODM no nos permitiría afirmar que hemos llegado a alcanzar un mundo justo, equitativo y sostenible, ya que incluso cumpliéndolos muchas personas seguirían estando en un estado de vulnerabilidad y de inequidad impropio de un planeta que asuma que los derechos humanos son universales.

Naciones Unidas, que ya presentó un marco para la aceleración de la consecución de los ODM, pretende ayudar a mejorar los informes nacionales sobre los ODM, con el fin de ayudar a los países a focalizar mejor sus esfuerzos y poder definir nuevas prioridades y aspectos que no se hayan tenido en cuenta hasta el momento en la consecución de los ODM a nivel nacional⁸. Este proceso se pretende conseguir a través de 3 líneas de trabajo a nivel nacional:

- La definición de los aspectos clave de los ODM (incluyendo el contexto, los elementos que hayan facilitado el progreso de los ODM y los retos nacionales),
- su importancia en la agenda nacional de desarrollo, estableciendo un análisis de las tendencias y desigualdades incluyendo las geográficas (analizando los posibles “cuellos de botella” que limitan el progreso de los ODM, nuevos retos para conseguir los ODM como puede ser el cambio climático y factores clave que aceleren la consecución de los objetivos),
- y plantear el escenario post 2015, con los temas pendientes que queden de los ODM y nuevos temas que surjan.

Si hablamos específicamente de lo conseguido en los ODM, el informe 2013 de Naciones Unidas nos muestra el panorama actual con una visión positiva de la situación, pero asumiendo que se deben tomar nuevas e innovadoras medidas para mantener e incrementar lo conseguido⁹. Hay aproximadamente 700 millones de pobres menos en el mundo en 2010 de lo que había en 1990, y ya en 2011 se consiguió alcanzar la meta prevista de disminuir a la mitad el número de personas en extrema pobreza. Sin embargo, 1.200 millones de personas siguen viviendo en pobreza extrema; ya hemos señalado en el apartado anterior los problemas de desigualdad que existen en el planeta y una de sus consecuencias es la concentración geográficamente de la pobreza: en 2015 tanto Asia meridional como África subsahariana acumularán cada una un 40% del total de las personas que viven con menos de 1,25 \$/día.

8. 2013 addendum to the mdg country report guidelines, Naciones Unidas, mayo 2013

9. <http://www.undp.org/content/dam/undp/library/MDG/spanish/mdg-report-2013-spanish.pdf>

Cinco años antes de lo previsto se ha logrado alcanzar la meta sobre el acceso a fuentes mejoradas de agua potable. En 2010, un 89% de toda la población mundial tenía acceso a fuentes mejoradas de agua. Igualmente, la meta de disminuir en 100 millones de personas que viven en chabolas o tugurios se ha superado, pues se ha llegado a 200 millones. Y la meta de disminuir a la mitad el porcentaje de personas con nutrición insuficiente parece que se puede llegar a conseguir.

Pero otras metas no están teniendo los mismos resultados. Las emisiones de CO₂ están aumentando a un ritmo brutal debido principalmente al crecimiento de las regiones en desarrollo. Actualmente es un 46% mayor de lo que se emitía en 1990, con el aumento de los problemas derivados del efecto invernadero. La equidad de género sigue sin conseguirse, sobre todo en la toma de decisiones (escasamente un 20% de los parlamentarios mundiales son mujeres, y en muchos países el porcentaje de mujeres gerentes del sector privado está entre el 20% y el 35%). En cuanto a los objetivos estrictamente sanitarios, hay muchas luces y sombras como veremos en los siguientes apartados, aunque son innegables los avances conseguidos.

2.1. Objetivo 4: Reducir en 2/3 la mortalidad de menores de 5 años

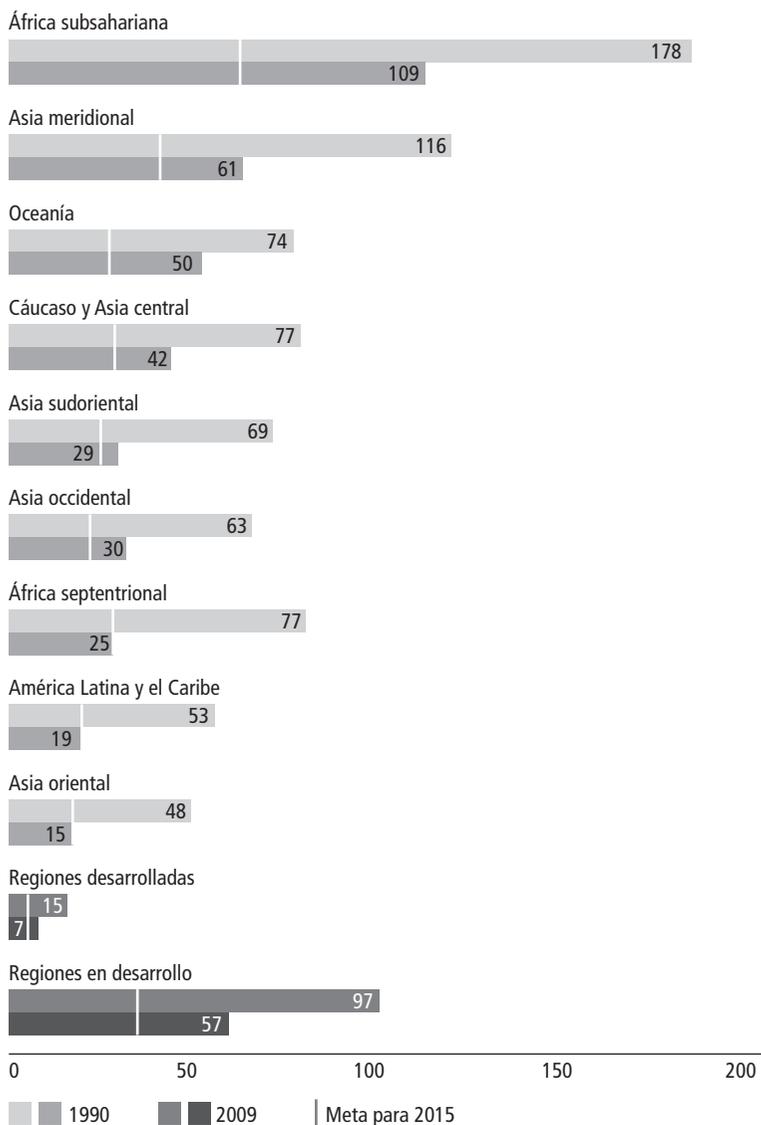
La mortalidad de menores de 5 años sigue disminuyendo en todo el mundo. Si en 1990 era de 12 millones de muertes y en 2010 alcanzó los 7,6 millones, en 2011 disminuye hasta los 6,9 millones. Por lo tanto, en la actualidad se producen 14.000 muertes infantiles menos cada día que en 1990. Este dato supone una disminución de un 41% respecto a 1990, lejos del 66% establecido como meta.

La práctica totalidad de las muertes de menores de 5 años son prevenibles y además están muy localizadas geográficamente: la mayor parte de ellas se produjeron en los países más empobrecidos, y dentro de ellos en las zonas más vulnerables. Por otra parte, también están muy focalizadas las causas principales de estas muertes: diarreas, neumonías, paludismo, nutrición insuficiente y muertes neonatales¹⁰. Sería factible acabar con la mayoría de ellas (que son unas 19.000 cada día) si se estableciera un auténtico plan de choque priorizando las zonas más frágiles de los países más empobrecidos. Sin embargo, este plan de choque no debería centrarse en la lucha individual contra estas enfermedades, sino que, como cualquier actividad sanitaria, debería focalizarse en el refuerzo del sistema local de salud que permitiera que los logros conseguidos no desaparezcán una vez terminada la acción. También ayudaría focalizar los esfuerzos en la Atención Primaria de Salud (incluyendo acciones hacia los deter-

10. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs178/es/>

minantes de salud) como estrategia de acción, pues soluciona la mayor parte de los problemas de salud.

GRÁFICA 1.1: TASA DE MORTALIDAD MENORES DE 5 AÑOS/1000 NACIDOS VIVOS: 1990-2011



Fuente: Objetivos Desarrollo del Milenio. Informe 2013

En la gráfica 1.1 podemos observar como la mayor parte de las muertes, 5,7 millones, se producen en Asia meridional y en África subsahariana. A pesar de que todas las regiones han mejorado sus datos, no todas lo han hecho con la misma intensidad. África septentrional y Asia Oriental han alcanzado la meta de reducir en 2/3 partes la mortalidad de menores de 5 años. El resto de las regiones de Asia (exceptuando Asia meridional) han disminuido en más de un 50% sus muertes. Son Oceanía, con una disminución de un 33% y África subsahariana con un 39%, quienes están más alejadas de conseguir el objetivo. De hecho, si se mantiene la tendencia actual, solamente 8 de los 49 países de África subsahariana conseguirán alcanzar la meta en 2015.

La concentración de la mortalidad se ve claramente en este ODM: las muertes infantiles que se producen en Asia meridional y en África subsahariana suponen un 83% del total de las muertes a nivel mundial, mientras que en 1990 suponían un 69%. De los 24 países con tasas de mortalidad de menores de 5 años por encima de 100 muertes por cada 1.000 niños nacidos vivos, 23 pertenecen a África, y el otro es la India. De hecho, la India y Nigeria acumulan más de un tercio de las muertes de menores de 5 años. Esta concentración se debe fundamentalmente a los avances en el resto de las regiones, pero también nos indica claramente dónde deberían priorizarse las acciones contra la mortalidad infantil.

También debemos destacar que actualmente la mortalidad en el primer mes de vida está aumentando su importancia en todas las regiones. En 1990 la mortalidad neonatal suponía un 36% de todas las muertes de menores de 5 años, y en 2011 suponen el 43%. África subsahariana es la región con mayores muertes neonatales, 34 muertes por cada 1.000 nacidos vivos. Esto puede ser debido a que para disminuir la mortalidad neonatal se necesita un abordaje integral, tanto del niño como de la madre, y hasta ahora se han priorizado acciones puntuales de una gran efectividad inmediata, pero que no suponen una mejora permanente como pudiera ser garantizar el acceso a unos servicios sanitarios de calidad que mejoren la situación de salud de forma sostenible.

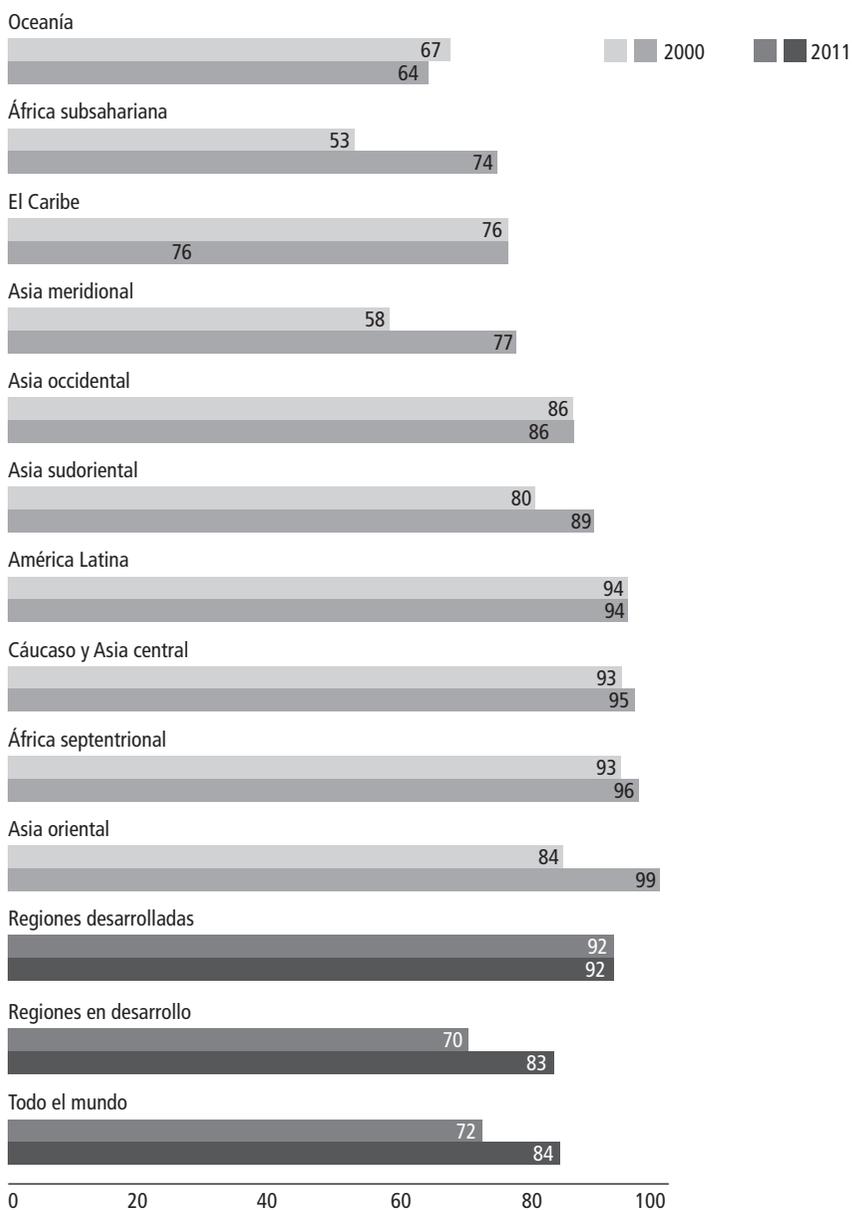
Como ya comentamos en el informe anterior, las campañas masivas de vacunación han tenido unos beneficios indudables en la morbimortalidad infantil mundial, como lo demuestran las campañas de vacunación contra el sarampión. En apenas 11 años (de 2000 a 2011) la vacunación contra el sarampión ha evitado 10,7 millones de muertes. No obstante, las muertes por esta enfermedad siguen siendo numerosas, concentrándose el 90% de las mismas en África subsahariana y Asia meridional. El motivo principal es que, a pesar de los avances que se han producido en los últimos años, sigue habiendo mucha población sin cubrir, que suele ser la más expuesta y vulnerable. Para una cobertura total y eficaz contra el sarampión, se necesitan 2 dosis de esta vacuna. Además, para tener un impacto sostenible, es necesario que los sis-

temas de salud sean eficaces y puedan dar respuesta en el tiempo a esta enfermedad. De no ser así, corremos el riesgo de que los avances logrados se pongan en riesgo, como ya sucede en algunos países. En 2011, más de 20 millones de niños se quedaron sin vacunar. Esta falta de cobertura y de control de la enfermedad es la principal causa de que sigan dándose brotes de sarampión y que 158.000 personas (la mayoría niños y niñas) hayan muerto en 2011 por esta causa, lo que supone un incremento en 19.000 personas (un 13%) con respecto a 2010, un duro golpe a las expectativas de poder controlar esta enfermedad que nos muestra claramente que el control de las enfermedades infecciosas no se puede hacer mediante acciones puntuales sin continuidad; la sostenibilidad es un criterio que debería estar presente en todas las estrategias de salud, tanto internacionales, como locales.

Una promesa renovada. La lucha contra la mortalidad infantil no se va a limitar a los objetivos establecidos para 2015; ya hay iniciativas que superan esa fecha. La más relevante es la iniciativa “Una promesa renovada”, que presentó UNICEF en 2012 y que cuenta con el apoyo de gobiernos de 164 países, así como de la sociedad civil. Esta iniciativa pretende disminuir las tasas de mortalidad infantil a no más de 20 por cada 1000 nacidos vivos para 2035. Para conseguirlo, se deben incluir ciertas medidas claves tanto a nivel nacional como internacional: realizar planes nacionales concretos basados en la evidencia, que haya transparencia y rendición de cuentas por parte de todos los actores, y que aumente la comunicación y la movilización social mundial sobre la mortalidad infantil. Para conseguir un conocimiento más exacto de la situación de la mortalidad infantil pública, basta con recurrir a los precisos informes anuales que se publican sobre el progreso de la misma¹¹ y donde se nos muestra, por ejemplo, que hay una concentración de la mortalidad infantil en 5 países: India, Nigeria, República Democrática del Congo, Pakistán y China. Cuatro de estos países (excepto la R.D. del Congo) son de ingresos medios que, como dijimos en apartados anteriores, no solamente son receptores de ayuda, sino que algunos como China o India son donantes. India y Nigeria tiene una explicación demográfica para sus datos: entre ambos países suman algo más de un tercio del número total de menores de 5 años en todo el mundo.

11. http://apromiserenewed.org/files/APR_SPANISH_e_version.pdf

GRÁFICA 1.2: PORCENTAJE DE NIÑOS DE GRUPO ETARIO APROPIADO QUE RECIBIERON AL MENOS UNA DOSIS DE LA VACUNA DEL SARAMPIÓN 2000 Y 2011



Fuente: Objetivos Desarrollo del Milenio. Informe 2013

2.2. Objetivo 5: Mejorar la salud materna

Meta: Reducir entre 1990 y 2015 la mortalidad materna en $\frac{3}{4}$

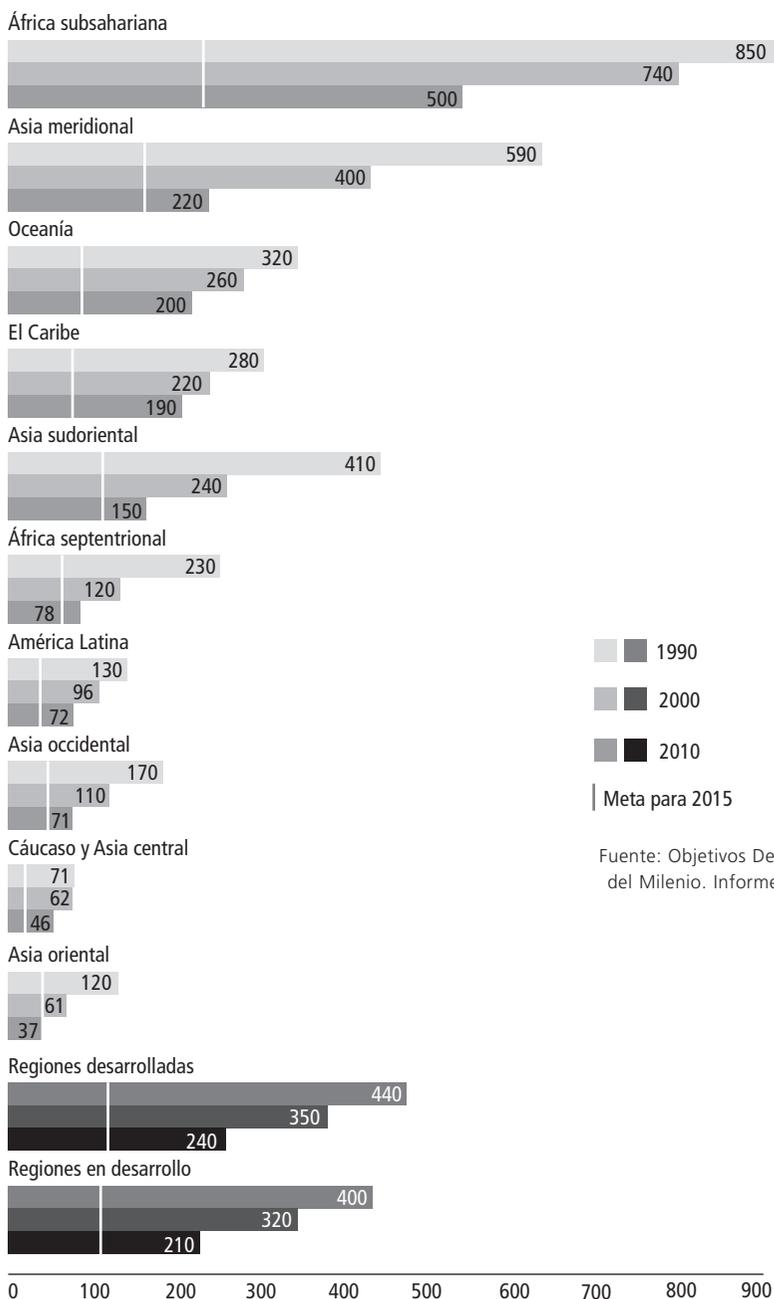
A pesar de los datos nos muestran una evolución positiva de la mortalidad materna, la realidad es que las tasas actuales están muy lejos de la ambiciosa meta establecida para 2015. Todo indica que no se va a alcanzar. De las 400 muertes por cada 100.000 nacidos vivos que había en 1990, hemos pasado a 210 en 2010, casi la mitad, pero muy lejos de la disminución del 75% esperado para dentro de 2 años. Si bien todas las regiones han mejorado sus cifras de mortalidad materna, las regiones que destacan por una mayor reducción en estos 20 años son Asia Oriental (69%), África septentrional (66%) y Asia meridional (64%).

La mortalidad materna y la mortalidad neonatal están íntimamente ligadas a la falta de acceso a unos servicios gineco-obstétricos de calidad, con personal cualificado y material adecuado y suficiente. De los 135 millones de partos que se produjeron en 2011, unos 46 millones (el 35%) no fueron atendidos por personal cualificado.

Vuelven a ser los países del Asia meridional y de África subsahariana donde se dan los porcentajes más bajos de atención cualificada al parto, un 50%, que es un indicador indirecto importante de la mortalidad materna. Por lo tanto, no es de extrañar que estas dos regiones sean las que tengan mayor mortalidad materna. También las áreas rurales están en desventaja respecto a las zonas urbanas: en 2011, en los países en desarrollo, únicamente el 53% de los partos en las zonas rurales fueron atendidos por personal cualificado, mientras que en las áreas urbanas se alcanzaba un porcentaje del 84%. Las áreas urbanas de Asia meridional y África subsahariana tienen una cobertura de un 72% y un 76% respectivamente, mientras que en sus zonas rurales el porcentaje solo llega al 40%. Pero la falta de cobertura no se explica solamente por la carencia de personal, material e infraestructuras, sino que también tiene que ver con la gestión de los servicios, la accesibilidad cultural a los servicios de salud reproductiva y la inequidad de género. Para mejorar las tasas de mortalidad materna sería necesario un análisis en profundidad sobre los motivos que provocan la mortalidad materna en estas dos regiones, y sus posibles soluciones.

El 80% de la mortalidad materna se produce por 4 causas: hemorragias, infecciones (ambas generalmente tras el parto), hipertensión gestacional o eclampsia (previo al parto) y abortos peligrosos. El abordaje de la mortalidad materna, que debería ser una prioridad a nivel internacional, debe ser más integral que la lucha específica contra estas causas. Por una parte, debemos tener presente que la inequidad de género explica muchas de las dificultades de acceso, ya que muchas mujeres no pueden tomar decisiones sobre su propia salud, no ya solo ante métodos anticonceptivos, sino ni siquiera para poder ir a una consulta en un centro de salud.

**GRÁFICA 1.3 TASA DE MORTALIDAD MATERNA/100.000 NACIDOS VIVOS,
1990,2000 Y 2010**



Además de necesitar unos servicios de calidad, deberíamos incluir la accesibilidad cultural al servicio (incluyendo la equidad de género), que mejore el acceso de las mujeres al servicio sanitario.

Meta: lograr el acceso universal a salud reproductiva en 2015

Además del acceso en el momento del parto, los cuidados prenatales son fundamentales para controlar la evolución del embarazo y poder controlar los factores de riesgo tanto para la madre como para el feto. En estas visitas se puede controlar la evolución del feto y la aparición de complicaciones en la salud de la madre como la eclampsia. También se pueden hacer pruebas de VIH para determinar el establecimiento de una pauta terapéutica que pudiera evitar el contagio del feto y la mejora de la salud materna, o de plantear en aquellos países donde sea necesario una terapia intermitente antipalúdica para prevenir sus consecuencias. La Organización Mundial de la Salud propone que, para asegurar un buen control tanto de la madre como del feto, deberían producirse al menos 4 visitas de atención prenatal¹². En 1990 el 63% de las mujeres embarazadas hacían una consulta prenatal, mientras que en 2011 el porcentaje era del 80%. En este sentido debemos concluir que en algunas zonas geográficas la evolución ha sido positiva. No obstante conviene advertir sobre lo que sucede en África subsahariana y Asia meridional que acumulan los mayores índices de mortalidad materna y tienen los porcentajes más bajos en el cumplimiento de la recomendación de la OMS de asegurar al menos 4 visitas de atención prenatal, un 49% y un 36% respectivamente.

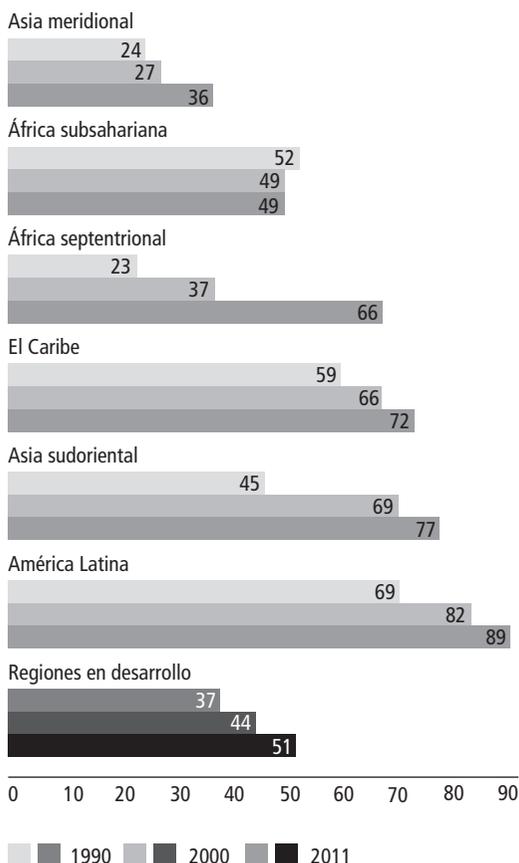
Si miramos la gráfica 1.4, observamos algún dato alarmante como es el hecho de que África subsahariana haya disminuido su porcentaje de mujeres embarazadas que realizan 4 visitas de atención prenatal. En 1990 era un 52% y en 2011 un 49%. Siendo como es un factor clave en la lucha contra la mortalidad materna y neonatal, la pregunta que debemos hacernos es ¿por qué la atención prenatal no es una prioridad para muchos gobiernos del África subsahariana y para los donantes internacionales?

Otro de los factores que incide de manera destacada en la mortalidad materna es la edad del embarazo. En el caso de adolescentes de entre 15 y 19 años, aumenta el riesgo de morir por complicaciones en el embarazo y el parto, y por su dificultad para acceder a los servicios de salud, siendo una de las principales causas de muerte en mujeres de esa franja de edad en los países en desarrollo. Y a pesar del riesgo, parece

12. http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_RHR_01.30_spa.pdf

que aún no podemos controlarlo. De los 135 millones de nacimientos vivos que hubo en 2011, 15 millones eran de adolescentes, un 11%. África subsahariana con 118 nacimientos por cada 1.000 adolescentes de entre 15 y 19 años, y América Latina con 80 nacimientos por cada 1.000 adolescentes, son las dos regiones del mundo que arrojan los porcentajes más altas.

GRÁFICA 1.4: PROPORCIÓN DE MUJERES ATENDIDAS 4 O MÁS VECES POR PERSONAL CUALIFICADO EN EL EMBARAZO, 1990, 2000 Y 2011

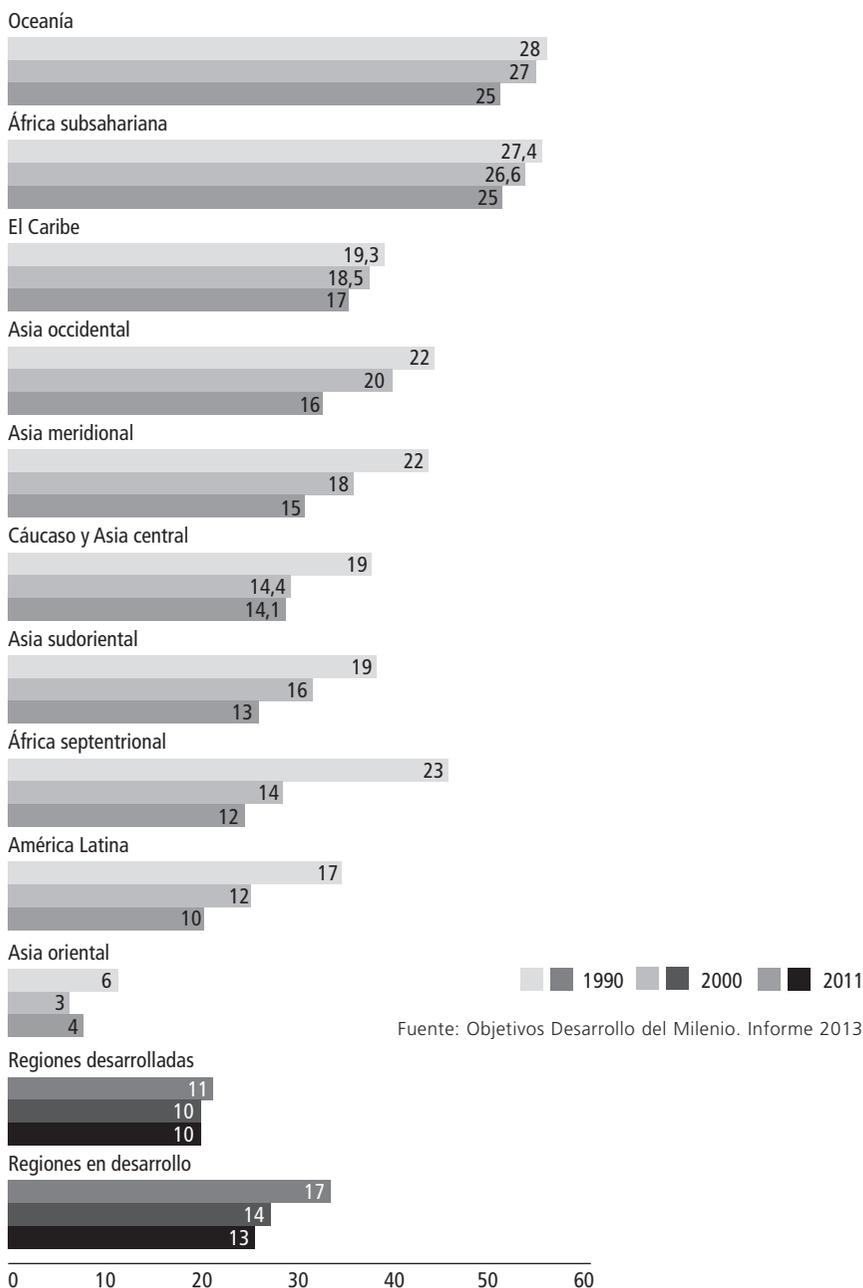


Fuente: Objetivos Desarrollo del Milenio. Informe 2013

Otro elemento fundamental en el acceso universal a la salud reproductiva es la mejora del acceso a métodos anticonceptivos, que evita embarazos no deseados y reduce los abortos en situación de riesgo. En 2011, el 62% de las mujeres con pareja estable de los países en desarrollo utilizaron algún medio anticonceptivo, aunque el método difiere según las regiones. En Asia se utiliza sobre todo la esterilización femenina, mientras que en África son los inyectables. No obstante debemos apuntar que apenas el 25% de las mujeres africanas usan métodos anticonceptivos.

Como podemos ver en la gráfica 1.5, desciende lentamente el número de mujeres con demandas insatisfechas en planificación familiar; en varias regiones como Oceanía, África subsahariana o el Caribe la disminución es muy pequeña, casi inexistente, mientras que es evidente que la accesibilidad física a estos métodos ha mejorado en estos años en otras regiones como puede ser América Latina, África septentrional o Asia sudoriental. Este dato confirma que el problema de la salud reproductiva no es solamente un problema sanitario; la relación desigual de género y la falta real de las mujeres de poder tomar decisiones, tienen mucho que ver en los resultados de la salud de las mujeres. En 2011, 140 millones de mujeres no han visto satisfechas sus demandas de planificación familiar.

GRÁFICA 1.5: % DE MUJERES DE 15 A 49 AÑOS CASADAS O EN RELACIÓN DE PAREJA CON NECESIDADES DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR INSATISFECHAS, 1990, 2000, 2011



Fuente: Objetivos Desarrollo del Milenio. Informe 2013

2.3. Objetivo 6: Combatir vih/sida, paludismo y otras enfermedades

vih/sida:

La tendencia a disminuir los nuevos casos de infección por vih se mantiene; entre 2001 y 2011 los nuevos casos fueron un 21% menos. Pero aun así se infectaron 2,5 millones de personas (200.000 menos que en 2010). El 72% de todas las nuevas infecciones se dieron en África subsahariana. También es preocupante lo que pasa en otras regiones como el Cáucaso y Asia Central, ya que si bien sus cifras absolutas de infectados no son las más altas, la tasa de nuevas infecciones está creciendo; en 2011 su tasa de infección fue más del doble que en 2001. Las mujeres jóvenes son las más vulnerables a la infección debido a factores fisiológicos, pero sobre todo a la desigualdad de género, tanto para poder decidir tener una relación sin riesgo, como para acceder a la información y a los servicios de prevención y tratamiento.

La mortalidad por esta enfermedad sigue disminuyendo aunque siga siendo la enfermedad infecciosa que más muertes produce. En 2011 hubo 1,7 millones de muertes debidas a esta enfermedad, 100.000 menos que en 2010, y un 25% menos que en 2005, cuando se alcanzaron las cifras más altas. Pero una menor mortalidad no ha supuesto menos enfermos, al contrario. El número de personas que viven con el virus del vih ha crecido, y en 2011 alcanza la cifra de 34 millones de personas, 4,7 millones de personas más que en 2001.

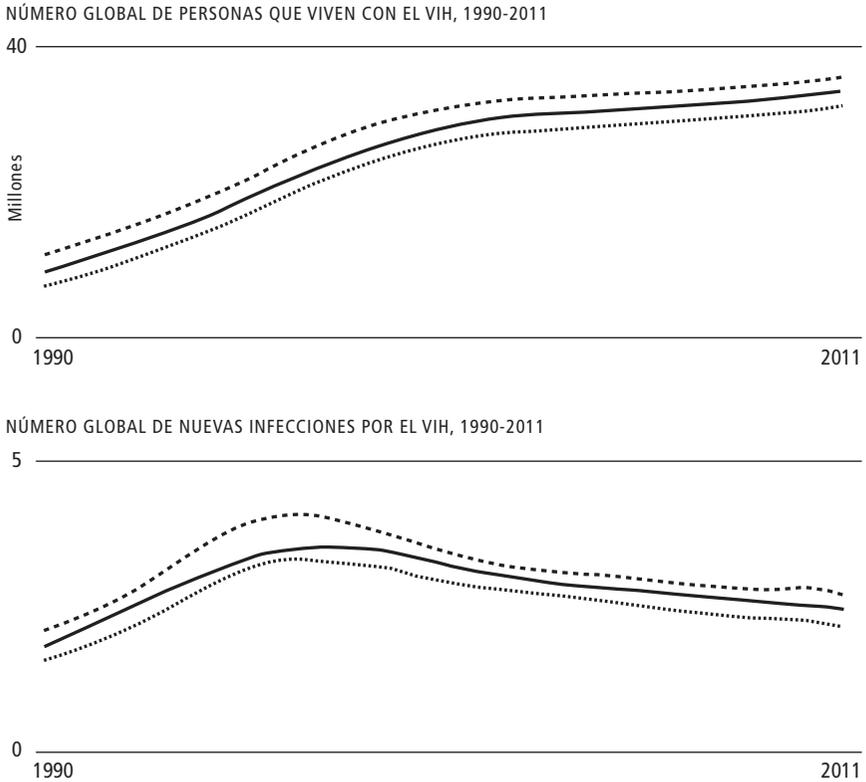
Los avances médicos que se han producido en la lucha contra el vih, han permitido que con un tratamiento adecuado esta enfermedad se haya convertido para millones de personas en una enfermedad crónica. Estas personas necesitan tener garantizado de por vida el acceso a tratamientos. Por lo tanto, no se deberían establecer estrategias puntuales de lucha contra esta enfermedad, sino que deberían estar integradas dentro de los sistemas de salud, con un enfoque multisectorial, incluyendo la lucha contra la estigmatización y la discriminación.

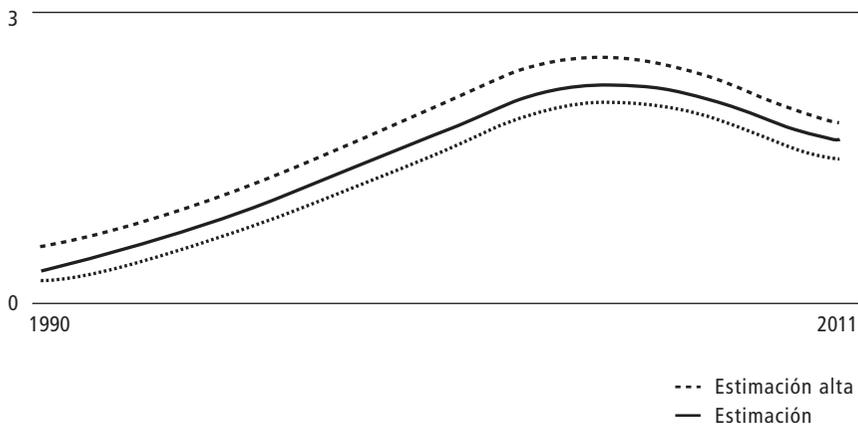
África subsahariana sigue siendo la región más afectada por esta enfermedad, y no solamente porque tiene el mayor número de nuevas infecciones, sino porque también tiene el mayor número de personas infectadas, 1 de cada 20 adultos, lo que supone el 69% del total mundial. Asia tiene 5 millones de portadores de vih. En el Caribe el 1% de su población adulta está infectada por el virus.

Uno de los elementos fundamentales en la lucha contra esta enfermedad es el conocimiento que la población tiene sobre el vih/sida y sobre los métodos para prevenir y tratar esta enfermedad, así como el acceso a los mismos. Y en esta materia aún queda mucho camino por recorrer. En África subsahariana apenas el 28% de las jóvenes y el 36% de los jóvenes tiene un conocimiento exhaustivo de los mecanismos

de transmisión y de prevención de esta enfermedad, menos de un 5% más que en 2002. En cuanto a prevención, el uso del preservativo en relaciones de riesgo es la medida más eficaz para evitar la infección. Solamente el 49% de los africanos y el 30% de las africanas utilizaron el preservativo en su última relación de riesgo en 2011, lo que nos muestra muy claramente que falta mucho por hacer en este campo. Es más, hay encuestas nacionales de países con una prevalencia superior al 1% de la población adulta, como Benin o Uganda, donde se demuestra que el uso del preservativo ha disminuido.

GRÁFICA 1.6: MILLONES DE PERSONAS QUE VIVEN INFECTADAS POR VIH, NUEVAS INFECCIONES, Y MUERTES POR SIDA EN EL MUNDO, 1990-2011.





Fuente: Informe 2012 ONUSIDA sobre epidemia mundial de sida. Estimación baja

En cuanto al acceso al tratamiento, los últimos datos muestran que, a pesar de que en 2011 se ha dado el mayor incremento porcentual anual en acceso a tratamiento desde que se inició la pandemia, un 19%, este incremento sólo alcanzó para tratar con antirretrovirales a 8 millones de personas en los países en desarrollo¹³, es decir, un 55% del total de personas que lo necesitaban (14,4 millones). Y aún es más grave si hablamos de la infancia, pues solamente el 28% de los niños y niñas que lo necesitaban han recibido el tratamiento. Es cierto que si se mantuviera este crecimiento en el acceso al tratamiento en los próximos años se cubrirían las necesidades de unos 15 millones de personas en 2015, que es la meta fijada en 2011 en la declaración firmada en la Reunión de Alto Nivel de las Naciones Unidas sobre SIDA¹⁴. En esta declaración también existía el compromiso de reducir el déficit de financiación de esta enfermedad en 2015, que en esas fechas se calculaba en unos 6.000 millones de dólares, alcanzado un gasto mundial para esta enfermedad entre 22.000 y 24.000 millones de euros para los países de ingresos bajos y medios. Pero no parece que la tendencia actual permita albergar esperanzas de cambios en la financiación internacional, por lo que muchos enfermos no van a poder acceder a un tratamiento eficaz. También queremos destacar, como ya hicimos en el informe del año pasado, que esta declaración no pretende continuar con una lucha individual contra el VIH/sida, sino

13. http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2012/20120718_togetherwewillendaids_en.pdf

14. <http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/65/L.77>

que asume que el reto está en el refuerzo de los sistemas de salud, incluyendo la atención primaria de salud.

El acceso universal al tratamiento se entiende como el suministro de tratamiento antirretroviral al menos al 80% de los que lo necesitan¹⁵. La OMS promueve actualmente un tratamiento más temprano, ya que ayuda a los infectados por el VIH a vivir más tiempo y con mejor salud, además de reducir sustancialmente el riesgo de transmisión del virus¹⁶. Este cambio podría evitar 3 millones más de muertes y 3,5 millones más de nuevas infecciones por el VIH de aquí al 2025. Y a pesar de las grandes carencias en el acceso al tratamiento que destacamos anteriormente, los hechos demuestran que la voluntad política es fundamental para solucionar este problema. En 2011 han conseguido este acceso universal 11 países, incluyendo 5 con epidemia generalizada: Botswana, Namibia, Rwanda, Swazilandia y Zambia. Curiosamente, y al contrario de lo que pasa con las medidas preventivas, las mujeres superan en cobertura a los hombres, un 63% por un 46% respectivamente. Se calcula que un tercio de los niños y niñas que nazcan de madres con vih se infectarán si estas no reciben tratamiento. Cada año, un millón y medio de mujeres portadoras del vih son embarazadas, el 93% son africanas, y únicamente el 60% reciben el tratamiento que evita que sus hijos se infecten.

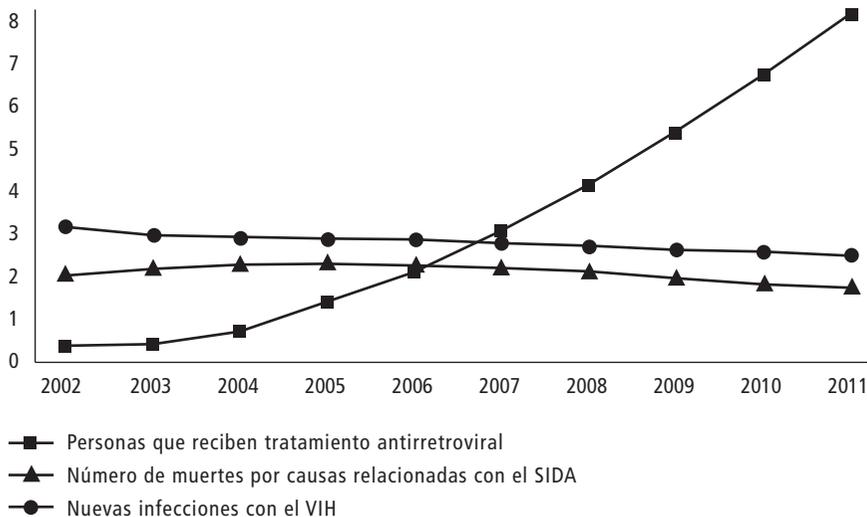
Siendo el tratamiento un eje esencial de las políticas de lucha contra el sida, no podemos obviar que por sí solo no acabará con la enfermedad y hay que hacer un abordaje integral de la misma. De hecho, en la gráfica 1.7. podemos observar que el gran esfuerzo realizado en la mejora del acceso al tratamiento no se corresponde con una disminución proporcional, ni de los nuevos casos ni de las muertes debidas a esta enfermedad.

ONUSIDA ha presentado la iniciativa "*tratamiento 2015*" para acelerar y ampliar la cobertura ante esta enfermedad. Esta iniciativa no pretende que solamente se mejoren las capacidades técnicas de los servicios sanitarios, sino que plantea la importancia de que estos servicios se adapten al contexto y a las personas que lo utilizan y no al revés, que es lo que suele suceder. Busca estrechar una relación entre las iniciativas comunitarias y los servicios de salud, ya que los primeros son vitales para ampliar y sostener los servicios. Esta iniciativa se basa en 3 pilares: (a) creación de una demanda de pruebas y tratamientos del VIH que provengan de los afectados, de la comunidad y de los servicios de salud; (b) movilizar una inversión de forma sostenida, priorizando las mejores estrategias de acción y la innovación, y por último, (c) asegurar a todas las personas cobertura legal, servicios sanitarios y comunitarios, con el objetivo de alcanzar la cobertura universal en el tratamiento del sida.

15. http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241500395_eng.pdf

16. http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/new_hiv_recommendations_20130630/es/index.html

GRÁFICA 1.7: N° DE PERSONAS (MILLONES) QUE RECIBEN TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL Y DE MUERTES POR VIH/SIDA Y NUEVAS INFECCIONES VIH 2002-2011



Fuente: Objetivos Desarrollo del Milenio. Informe 2013

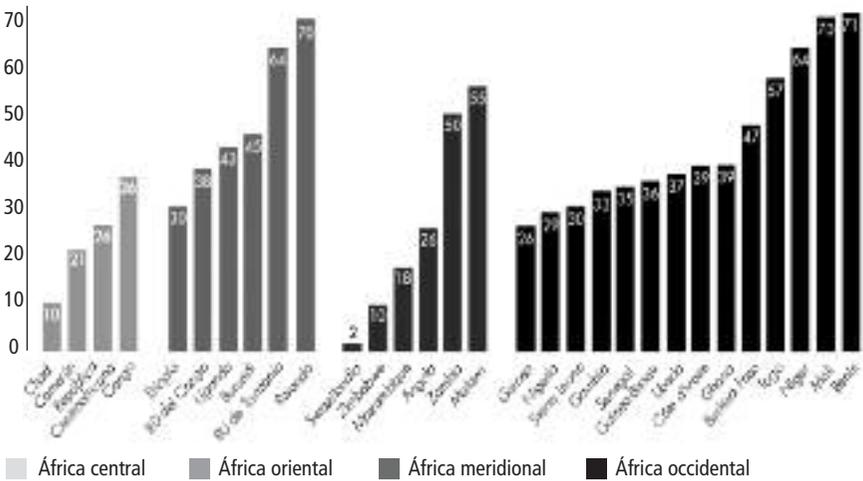
Malaria

La malaria o paludismo es una de las 3 enfermedades que más atención han recibido gracias al compromiso de los ODM. Por este motivo, la tasa de mortalidad y morbilidad por esta enfermedad disminuyó entre 2000 y 2010 en más de un 25%. En 2011 hay 99 países con transmisión activa de paludismo, y de ellos, 50 están en vías de reducir la tasa de incidencia de casos en un 75% en 2015, si se mantienen las previsiones actuales. Como ya dijimos en el informe 2012, tenemos actualmente las medidas necesarias para controlar esta enfermedad transmitida principalmente por la picadura del mosquito anopheles, pero debe hacerse un esfuerzo global conjunto que abarque todas las medidas preventivas, diagnósticas y terapéuticas.

El mayor índice de mortalidad se produce mayoritariamente en los niños y niñas. De los 219 millones de casos que hubo en 2010, se estima que unos 660.000 murieron (aunque hay un elevado margen de error, pues los datos pueden oscilar entre 490.000 y 836.000), y el 80% eran menores de 5 años: Un niño muere cada minuto por esta enfermedad. Y también hay una gran concentración geográfica: 2 países, Nigeria y la República Democrática de Congo, concentraron más del 40% de las

muerres por paludismo. Es muy importante utilizar medidas preventivas, sobre todo la utilización de mosquiteras impregnadas con insecticida para evitar la picadura del mosquito, pero solamente el 33% de los menores en riesgo duermen bajo una mosquitera (en el 2000 era de apenas un 5%). Sin embargo, la situación no es igual en todos los países y regiones. Como podemos ver en el gráfico 1.8, la situación es muy diferente entre los países africanos, y debemos destacar que los dos países con mayor mortalidad, Nigeria y R.D. del Congo apenas alcanzan una cobertura de mosquiteras para menores del 29% y del 38% respectivamente.

GRÁFICA 1.8: PROPORCIÓN DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS QUE DUERMEN PROTEGIDOS POR MOSQUITEROS IMPREGNADOS CON INSECTICIDA EN PAÍSES AFRICANOS, POR REGIÓN, 2010-2012



Fuente: Objetivos Desarrollo del Milenio. Informe 2013

Un elemento que ha mejorado claramente ha sido el diagnóstico de la enfermedad, gracias a la distribución gratuita de los equipos de diagnóstico rápido a los servicios públicos de 84 países, que han pasado de apenas 200.000 en 2005 a 74 millones en 2011. Con ello se evita que el diagnóstico de la malaria sea solamente clínico, ya que tiene muchas veces una sintomatología muy inespecífica que se puede confundir con otras enfermedades, y consigue que realmente aquellas personas que tienen malaria reciban el tratamiento adecuado. Además se asegura que se puedan mejorar las esti-

maciones mundiales sobre esta enfermedad. La Terapia Combinada de Artemisina (TCA) es el tratamiento más eficaz, pero muchas personas no tienen aún acceso a él.

A nivel preventivo, los diferentes estudios para conseguir una vacuna siguen su curso. En estos momentos existen unas 20 posibles vacunas en diferentes fases desarrolladas por diferentes grupos de interés¹⁷. Aunque está en un estadio muy inicial de su estudio, actualmente se han hecho eco los medios de comunicación de la aparición de una vacuna intravenosa compuesta por esporozoitos atenuados de *Plasmodium falciparum*, la PFSZP, que parece que puede dar buenos resultados de protección a dosis muy altas¹⁸. No obstante, otras vacunas han tenido comienzos muy prometedores que luego no se han visto refrendados en posteriores fases de desarrollo. Se deben seguir investigando en una solución definitiva que acabe con esta enfermedad, pero entre tanto no debemos olvidar que ya existe una estrategia de acción que puede, con las medidas preventivas, diagnósticas y terapéuticas actuales, controlar esta enfermedad.

Tuberculosis

La lucha contra la Tuberculosis, de difícil erradicación sobre todo por su complejo y largo tratamiento, parece bien encaminada lo que hará que se pueda cumplir la meta establecida para 2015: detener su propagación y revertir su incidencia para 2015. Pero aún con todo, son 8,7 millones de personas las que contrajeron esta enfermedad en 2011 (un 2,2% menos que en 2010), lo que provocó que hubiera 12 millones de personas enfermas. El principal problema en la lucha contra esta enfermedad es la falta de diagnóstico. Se estima que solamente el 66% de las personas que contrajeron la enfermedad, 5,8 millones, se le había diagnosticado adecuadamente; al resto, un tercio de los infectados, no. Estos últimos son focos no controlados de transmisión de la enfermedad, que dificulta el control de la propagación de la tuberculosis. Es necesario incrementar el control y el diagnóstico de los casos de tuberculosis en el mundo y evitar que esta enfermedad, que afecta a los más empobrecidos, se reactive en todas las personas que en el pasado se contagiaron de tuberculosis. Más aún cuando tenemos estrategias terapéuticas exitosas como el DOTS (Directly Observed Treatment short-course). Indicar que de los pacientes diagnosticados, el 87% fue tratado con éxito.

A pesar de disminuir los nuevos casos, es una enfermedad que sigue matando a muchas personas. Se estima que en 2011 fueron 1.400.000 personas las que murieron por esta enfermedad, un 40% más que en 2010. La grave incidencia de esta enfermedad es debido a varios motivos: a una falta de acceso a un sistema de salud de

17. <http://www.un.org/spanish/News/story.asp?NewsID=27158#.UiDoJL6buM8>

18. <http://www.sciencemag.org/content/early/2013/08/07/science.1241800>

calidad que pueda dar respuesta a las personas enfermas, a un desconocimiento de la enfermedad por parte de la población, a que el tratamiento recomendado es relativamente largo –el DOTS es de 6 meses– y provoca muchos abandonos y a que existe una tuberculosis multirresistente a los fármacos actuales que provoca fallos en el tratamiento. De hecho, a pesar de que el 3,7% de los nuevos casos y el 20% de los antiguos son tuberculosis multirresistente, 310.000 en 2011, la mayor parte de estos pacientes afectados ni siquiera están diagnosticados. Es por lo tanto una enfermedad que debe tener un abordaje continuo, constante e integral. A pesar de sus dificultades, hay una estrategia definida de lucha contra esta enfermedad que ha permitido tratar a 51 millones de pacientes y salvar 20 millones de vidas entre 1995 y 2011.

La relación entre esta enfermedad y el sida es estrecha, otro elemento más que confirma la necesidad de optar por un abordaje integral de salud en la lucha contra estas enfermedades, y no la lucha individual contra cada una de ellas. Del conjunto de personas a las que se diagnosticó en 2011 la tuberculosis, el 13% eran portadoras de vih y el 30% de las personas fallecidas estaban infectadas por vih, lo que supone un incremento del 9% (130.000 personas) con respecto a 2010. La mayor parte de los casos y muertes por tuberculosis se dan en Asia y África subsahariana. Según el “Global tuberculosis Report 2012” de la OMS, esta última región, así como Europa, no están en el camino de poder disminuir a la mitad los casos de tuberculosis que había en 1990¹⁹. Asia es el continente que tiene el mayor número de personas infectadas por tuberculosis pues el 40% de todos los casos están en India y China.

La financiación para la investigación de nuevas formas de atacar este problema es fundamental para mejorar las estadísticas contra esta enfermedad. Para definir las necesidades, el *Plan Mundial para Parar la Tuberculosis 2006-2015*²⁰ propuso un marco mundial para la implementación y financiación de la progresiva ampliación de los programas de control de la tuberculosis y la investigación de mejores herramientas de lucha. El plan original marcaba una inversión anual de 890 millones de dólares para apoyar la investigación y el desarrollo (I+D) de nuevas herramientas para prevenir, diagnosticar y tratar la tuberculosis. En octubre de 2010, Stop TB Partnership actualizó la estrategia en el *Nuevo Plan Mundial para Parar la TB 2011-2015*²¹, introduciendo nuevos objetivos para la I+D, tanto en el apartado de la ciencia fundamental como de la investigación operacional, y la cifra necesaria se incrementó hasta los dos mil millones de dólares. Ahora bien, la realidad es que en los últimos 7 años la inversión ha sido de 3.600 millones de dólares, es decir, poco más de lo comprometido para dos años.

19. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75938/1/9789241564502_eng.pdf

20. http://www.stoptb.org/assets/documents/global/plan/GPII_SPversion%20finale.pdf

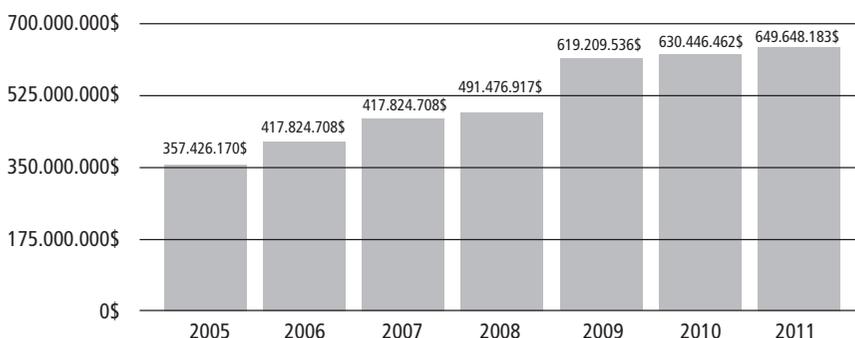
21. http://www.stoptb.org/assets/documents/global/plan/TB_GlobalPlanToStopTB2011-2015.pdf

Y la tendencia no indica que esta brecha en la financiación se vaya a cubrir. En el Informe 2012 sobre tendencias de financiación de la investigación en Tuberculosis 2005-2011²², afirman que de las 132 instituciones encuestadas, 81 notificaron invertir 649,6 millones de dólares en I+D en tuberculosis, un leve incremento del 3% respecto a 2010. Estas cifras, como se ve en la gráfica 1.9. prácticamente duplican las de 2005, y mantienen una línea ascendente, pero no son suficientes.

El interés por esta enfermedad no es homogéneo en el mundo de la cooperación y existe una concentración importante en los donantes. Los diez donantes más importantes aportaron 506,7 millones, el 78% del total mundial. Las inversiones más relevantes –de más de 100 millones de dólares cada una– vinieron del Instituto Nacional de Alergias y Enfermedades Infecciosas (NIAID) de los Institutos Nacionales de Salud de Estados Unidos, 157.562.079 dólares, y de la Fundación Bill y Melinda Gates, 112.388.435 dólares, cuyas donaciones sumadas representan el 42% del total. El tercer donante en importancia es una empresa privada, la compañía farmacéutica Osuka, que realizó una inversión de 65.124.407 dólares. En el puesto 49 aparece el único donante español que aparece entre los 50 primeros, el Instituto de Salud Carlos III, con una inversión de 783.279 dólares, un 0,12% del total. Este escaso interés por el futuro de esta enfermedad puede deberse a falta de interés o achacarse a la crisis. En cualquier caso, esta enfermedad no es ajena a la salud de las personas que residen en nuestro país, pues en 2011 fueron notificados 6.700 casos, siendo España el noveno país europeo con más casos de tuberculosis.

GRÁFICA 1.9: FONDOS DESTINADOS A TB

Total de fondos para la I+D en TB: 2005-2011



Fuente: Informe 2012 sobre tendencias de financiación de la investigación en Tuberculosis 2005-2011. Treatment Action Group, Stop TB Partnership

22. Investigación y desarrollo en tuberculosis: Informe 2012 sobre tendencias de financiación de la investigación en Tuberculosis 2005-2011, enero 2013, , Eleonora Jiménez-Levy Treatment Action Group

Tres fueron las principales fuentes de financiación para estas iniciativas en 2011, cada una con sus propios intereses. El sector público, que en su conjunto continúa siendo el financiador principal de la I+D para la tuberculosis, aportó en 2011 la cantidad de 385,3 millones de dólares, un 2,4% más que en 2010. El sector privado lucrativo está en segundo lugar con una aportación de 140,2 millones de dólares, lo que supone un incremento del 13% respecto a 2010. Por último, el sector filantrópico que realizó una aportación global de 123,9 millones de dólares. La inversión multilateral descendió considerablemente, pasando de 6 millones de dólares a 246.064 dólares. También cayeron en 2011 las inversiones en algunos servicios públicos como el Instituto Nacional del Corazón, el Pulmón y la Sangre (NHLBI) de Estados Unidos con una disminución del 20% de su presupuesto.

A pesar de que en los últimos años las asociaciones público-privadas están creciendo, en 2011 se aprecia un descenso del 7% respecto a 2010. A corto y medio plazo, estos partenariados son una herramienta que puede resultar muy útil en la financiación de necesidades globales. En 2011, nueve partenariados desarrolladores de productos (PDPs) y consorcios de investigación, desembolsaron 110,2 millones de dólares en I+D para tuberculosis, lo que supone un aumento del 126% respecto a 2005.

Existen varias categorías de investigación sobre la tuberculosis predefinidas para su análisis:

- Ciencia básica, cuyo objetivo es descubrir conocimiento fundamental sobre la *Mycobacterium tuberculosis* principalmente;
- Infraestructura/sin especificar: investigación sobre tuberculosis donde el donante no puede categorizar más;
- Diagnósticos: ensayos preclínicos o clínicos de tecnologías y algoritmos diagnósticos;
- Fármacos: investigaciones preclínicas y clínicas en tratamientos y estrategias de tratamiento para la enfermedad tuberculosa (incluyendo profilaxis);
- Vacunas: investigaciones preclínicas y clínicas en vacunas de la tuberculosis, y por último;
- Investigación operacional: investigación que evalúa herramientas y estrategias de control de la enfermedad para guiar su efectiva implementación.

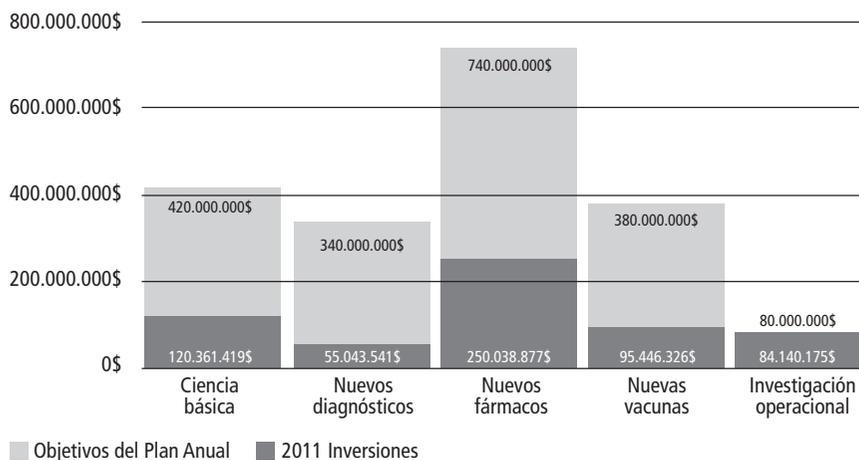
En 2011, con la excepción de la ciencia básica e infraestructuras/sin especificar, cuyas inversiones cayeron un 7% y un 46% respectivamente, la financiación de las otras áreas de investigación mejoraron. No obstante, ninguna de las categorías, salvo la investigación operativa, alcanza el objetivo anual marcado en el Plan Mundial. La investigación operativa experimentó el mayor crecimiento con un 38%, sobrepasando el objetivo de financiación del Plan Mundial establecido en 80 millones de dólares. Las demás se quedan muy lejos de las cifras esperadas. El desarrollo de vacunas creció un

22%, pasando de 78,4 millones de dólares a 95,4 millones, quedándose muy lejos de los 380 millones de dólares previstos. Las inversiones en desarrollo de fármacos continuaron creciendo y pasaron de 230,5 millones de dólares en 2010 a 250 millones en 2011, que es solo una tercera parte de lo previsto. Y aunque por tercer año consecutivo la financiación de nuevos diagnósticos aumentó un 14%, pasando de 48,4 millones a 55 millones de dólares, esta cifra solamente significa un 16% de lo previsto.

Estos datos pueden animarnos a pensar que globalmente el ODM se puede conseguir en 2015, aunque hay sombras importantes. Sin investigación que sostenga los resultados actuales, es difícil que la enfermedad se pueda controlar en un futuro inmediato de una forma adecuada. La brecha de financiación anual es enorme, 1.350 millones de dólares, que como vemos en la gráfica 1.10, se da en prácticamente todas las áreas. Conviene apuntar también que existen muchos actores interesados en esta enfermedad, 132, entre los que se encuentran diferentes PDPs. Este hecho que podría ser muy positivo pues implica que hay muchas instituciones, organizaciones y empresas trabajando en lo mismo, no lo es tanto si el resultado es la diversificación. Es preciso que las iniciativas de todos los actores converjan o al menos públicos y filantrópicos que no tienen un interés comercial en la tuberculosis, para poder ser más eficientes y conseguir resultados más relevantes en la I+D contra esta enfermedad.

GRÁFICA 1.10: INVERSIONES EN TBC 2011

Objetivos del Plan Anual de Financiación para la Investigación vs. Inversiones 2011



Fuente: Informe 2012 sobre tendencias de financiación de la investigación en Tuberculosis 2005-2011. Treatment Action Group, Stop TB Partnership

2.4. Evolución de otros ODM

Prácticamente todos los ODM se relacionan con la salud de una u otra forma, y por tanto, su evolución es también muy relevante. Ya hemos nombrado al principio que la meta 1 del ODM 1 de reducir a la mitad el número de personas pobres se ha alcanzado, aunque con matices. La desaceleración del crecimiento económico ha provocado un mayor número de personas paradas, sobre todo mujeres y jóvenes. El 15% de la fuerza laboral de las regiones en desarrollo, 384 millones de personas, viven con menos de 1,25 dólares al día, y el 16% (409,6 millones de personas) disponen de entre 1,25 y 2 dólares/día, lo que supone que el 31% de las y los trabajadores de los países empobrecidos viven en la pobreza. La meta del Objetivo 1 de reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, la proporción de personas que padecen hambre, está íntimamente relacionada con la salud.

La desnutrición está presente en una gran parte de las muertes infantiles. En 2012, 870 millones de personas no tenían una nutrición suficiente. De ellas, 852 millones de personas (el 98%), es decir, 1 de cada 8 personas en el mundo, padecía malnutrición crónica. En 1990-1992 el porcentaje de personas con nutrición insuficiente respecto al total de la población era del 23,2%, mientras que en el periodo 2010-2012 ese porcentaje descendió a un 14,9%. Aunque es evidente que se han conseguido avances sustanciales en la lucha contra la malnutrición, éstos se están ralentizando en los últimos años, y se está poniendo en peligro la consecución de esta meta en 2015. La situación es especialmente complicadas en África subsahariana, Oceanía, y especialmente en Asia occidental. Esta última región es la única que ha tenido un incremento del porcentaje de personas con nutrición insuficiente desde 1990 a 2012: de un 7% a un 10%. Los menores de 5 años son los que más pueden sufrir las consecuencias de la mala nutrición en la salud, y en 2011 son 101 millones de menores de 5 años en el mundo –1 de cada 6– los que tienen un peso insuficiente. Aunque estas cifras han disminuido un 36% desde 1990, los avances no son suficientes para alcanzar la meta prevista en 2015.

También debemos tener en cuenta que el sobrepeso es otro signo de mala nutrición y está creciendo en todo el mundo. Se estima que el 7% de los menores de 5 años en el mundo tienen sobrepeso. Y este sobrepeso afecta a todas las regiones, incluso a las que tradicionalmente eran consideradas malnutridas, como África subsahariana, donde viven la cuarta parte de todos los menores de 5 años con sobrepeso. Por lo tanto, una estrategia para una mejor nutrición no puede quedarse solamente en el envío de alimentos o en una mejora en la producción local de alimentos, sino que la educación en nutrición de la población es un elemento vital para poder conseguir buenos resultados. Aspectos como la lactancia materna aún no están

completamente asumidos por la población, a pesar de sus indudables beneficios. Solamente un 39% de los bebés son alimentados exclusivamente con lactancia materna hasta los 6 meses.

Otros Objetivos, como el de lograr la enseñanza primaria universal o promover la igualdad de género, no se van a conseguir con los ritmos actuales a pesar de los indudables avances. Y ya hemos visto anteriormente la estrecha relación que tienen con la salud, especialmente los aspectos de género.

En cuanto al ODM 7, garantizar la sostenibilidad del medio ambiente, debemos decir que posiblemente tenga las metas y resultados más contradictorios entre todos los ODM. Algunos ya se han conseguido, otros no se van a conseguir, y otros tienen resultados paradójicos entre las metas y el objetivo. En este último terreno están las metas orientadas a la preservación del medio ambiente. Mientras que se aumentan los planes de protección forestal y las áreas marítimas y terrestres protegidas, cada vez más bosques desaparecen, aumentan las emisiones de CO₂, se sobreexplotan las poblaciones de peces y más animales están en peligro de extinción. En cuanto a la meta de acceso a fuentes de agua potable mejorada, más de 2.100 millones de personas lo han conseguido desde 1990, lo que supone haber alcanzado la meta prevista para 2015. Pero en 2011 había todavía 768 millones de personas que seguían utilizando agua de fuentes no mejoradas, la mayoría (un 83%) vivían en zonas rurales, que es donde se encuentran las poblaciones que están más desprotegidas en este sentido. Además, el tener acceso a una fuente segura de agua potable no asegura que esa agua sea siempre de calidad. De hecho, se tienen ciertas dudas sobre la calidad y seguridad de muchas de esas fuentes mejoradas de agua potable. En cuanto al acceso a saneamiento, se necesita sumar unos 950 millones de personas para alcanzar la meta prevista, a pesar de mejorar el acceso a 1.900 millones de personas desde 1990. Para cumplir con esta meta se deberían extender los servicios de saneamiento a aproximadamente 660.000 personas al día, todos los días, entre 2011 y 2015. La meta de haber mejorado considerablemente, para el año 2020, la vida de por lo menos 100 millones de habitantes de tugurios se ha conseguido, incluso duplicado, aunque es una meta inespecífica, donde el concepto “mejorar” puede tener muchos matices.

Por último el ODM 8, crear una alianza mundial para el desarrollo, se ha visto afectado claramente por la crisis financiera, los problemas de la zona euro, y sobre todo por la falta de voluntad política para priorizar la ayuda oficial para el desarrollo AOD, que ha sido una de las primeras partidas afectadas por los recortes y medidas de austeridad de los gobiernos. En 2012, la AOD neta proveniente de los países desarrollados fue de 125.600 millones de dólares, lo cual representa el 0,29% del ingreso nacional bruto combinado de todos los donantes. Estas cifras suponen una

reducción del 4% con respecto a 2011, que a su vez era un 2% inferior a 2010. Desde 1997, es la primera vez que hay 2 años consecutivos con descensos de AOD. La voluntad política es determinante en la priorización de la AOD como parte de una política social imprescindible para limitar las desigualdades mundiales. Y se puede hacer como ponen de manifiesto los 9 países, de los 24 del conjunto de donantes del CAD, que han incrementado su AOD en 2012. Indicar también que el porcentaje de la AOD total que proviene de la Unión Europea está en su nivel más bajo desde 2001, un 51%. Sin embargo, se estima que la asistencia de los países no pertenecientes al CAD está aumentando, aunque no haya cifras exactas, un elemento que deberán mejorar los países emergentes, como los BRICS.

¿Hay esperanza en que las cifras de AOD se incrementen en los próximos años? Según los planes presupuestarios de los donantes del CAD parece que en 2013 habrá un aumento real del 9% en la ayuda programable, y se espera que se establezca entre 2014 y 2016. Tendremos que esperar para ver si se confirman estas previsiones. No obstante, debemos añadir que estas cifras pueden esconder ciertas incongruencias como, por ejemplo, que no se beneficien quienes más lo necesiten. En 2012, en general, disminuyó la AOD destinada a los países más pobres. La AOD hacia África subsahariana, que como hemos visto anteriormente es la región mundial con mayores problemas de desarrollo y de salud, disminuyó un 8% en 2012, y si tomamos como referencia los Países Menos Avanzados (PMA) observamos que esta reducción alcanza el 13%. Esto quiere decir que se está volcando la ayuda hacia los países de rentas medias, y esta tendencia se mantendrá en el futuro, incrementando la ayuda a través de créditos blandos y no como donaciones. Es fácil deducir que los países que destinan recursos a la AOD permiten que otros intereses, económicos, socio políticos, etc. prevalezcan sobre la lucha contra la inequidad mundial en términos de derechos humanos.

3. LA AGENDA POST 2015 Y LA COBERTURA UNIVERSAL COMO REFERENTE EN SALUD

Quedan menos de 500 días para llegar a 2015 y la comunidad internacional ya ha comenzado hacer balance de lo que han supuesto los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) para la humanidad, y a preparar nuevas estrategias para el futuro. Podemos llegar a asegurar que nunca la humanidad ha avanzado tanto en tan poco tiempo, por ejemplo en la mejora de la mortalidad infantil o materna. Y ha sido gracias a plantear unos objetivos comunes y al esfuerzo de todos los actores implicados: gobiernos –tanto donantes como receptores de la ayuda–, sociedad civil, organizaciones multilaterales, organizaciones comunitarias, etc.

Hay una serie de críticas fundamentales hacia las ODM. Mientras la Declaración del Milenio recogía aspectos como la gobernanza, discriminación o desigualdad, en la definición de objetivos e indicadores se perdieron estos aspectos. Hay analistas que critican que los ODM definen *el qué* pero quedan silenciosos en *el cómo*. Por otra parte, la definición de los objetivos de reducir el porcentaje de las personas que viven en pobreza, llevó a enfocar las políticas hacia las poblaciones más fácilmente alcanzables, dejando de lado a las poblaciones más marginalizadas ("*picking the low hanging fruit*"). Y, por último, la relación con el marco de los Derechos Humanos y sus mecanismos de monitoreo ha quedado sumamente débil. La consecuencia de esto ha sido que la medición de los logros de los ODM a nivel nacional, haya quedado completamente desvinculado con los mecanismos internacionales que obligan a los Estados a rendir cuentas sobre sus obligaciones en materia de derechos económicos y sociales.²³

Los ODM han logrado una notable concienciación del público general, y una movilización de la atención política y de recursos públicos hacia la reducción de la pobreza como jamás se había conocido. Nunca ha habido tanta financiación, pero no todo ha sido positivo. Por un lado, no todos los ODM se van a cumplir, y los avances no han sido homogéneos en todas las regiones. Por otro, al plantear los objetivos sin establecer los mejores procesos para alcanzarlos de forma sostenible, ha permitido la aparición de muchas iniciativas diferentes hacia las mismas metas, lo que ha fragmentado la ayuda y ha perdido parte de su capacidad de cambio. La ha vuelto más ineficiente y menos sostenible. Un ejemplo claro lo hemos tenido en el sector de la salud. Para luchar contra el sida, la malaria o la tuberculosis, se han creado diferentes asociaciones público privadas para luchar contra la misma enfermedad en la misma área. Se han propuesto iniciativas verticales de lucha exclusivamente contra esa enfermedad, sin tener en cuenta que esas iniciativas debilitaban los sistemas de salud locales, ya de por sí frágiles, y que destinaban parte de sus recursos a contestar a las necesidades de información de esas iniciativas, duplicando esfuerzos burocráticos. En algunas iniciativas no se tenía en cuenta la sostenibilidad de las acciones, lo que ha provocado que cuando la crisis financiera se ha instaurado en el mundo, no se hayan tenido herramientas para disminuir sus efectos.

En estos momentos se está reflexionando sobre todos estos aspectos, tanto positivos como negativos, para establecer una nueva agenda de desarrollo que proporcione una guía a la comunidad internacional hasta al menos 2030.

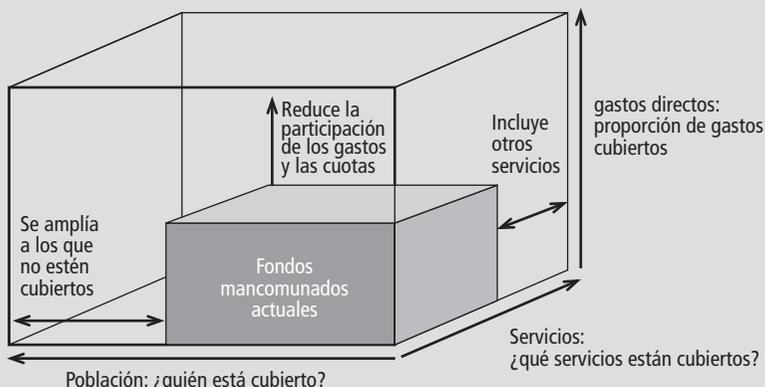
23. Navi Pillay, UN High Commissioner for Human Rights 2013: Human Rights and Post-2015 Development Agenda, New York <http://www.ohchr.org/EN/Issues/MDG/Pages/MDGPost2015Agenda.aspx> ; Center for Economic and Social Rights (CESR) 2012: Una cuestión de justicia - Asegurar los derechos humanos en la agenda de desarrollo sostenible post 2015, Nueva York. <http://cesr.org/article.php?list=type&type=157>

COBERTURA UNIVERSAL Y ACCESO UNIVERSAL: ¿SON LO MISMO?

Dentro de las discusiones que se están produciendo en el contexto de la definición de los próximos objetivos de la salud mundial, aparecen dos conceptos que pueden generar cierta confusión: acceso universal y cobertura universal.

La OMS apuesta por la cobertura sanitaria universal como el próximo objetivo que lidere la salud mundial en los próximos años. En su informe de 2010, afirma que la cobertura universal pretende conseguir que todas las personas tengan acceso a los servicios de salud que necesitan, sin que sufran dificultades financieras por pagar por ellos. La cobertura universal vendría definida por tres dimensiones: (i) aumentar los fondos mancomunados y disminuir los gastos directos individuales, (ii) aumentar la población cubierta y (iii) aumentar la cartera de servicios. La función de los sistemas de salud sería ir progresivamente cubriendo las 3 dimensiones para mejorar la cobertura sanitaria, tal y como se ve en la siguiente gráfica.

GRÁFICA: LAS DIMENSIONES DE LA COBERTURA UNIVERSAL



Fuente: Informe OMS 2010

Esta definición pudiera dar pie a pensar que para la OMS la cobertura universal es más un medio que un fin, que permite ir avanzando, pero sin poder llegar a alcanzarla. Asegura en el mismo informe que los pagos mancomunados nunca podrán cubrir el 100% de los costes, ni el 100% de los servicios del 100% de las personas, lo que significa dejar una puerta abierta a la exclusión de personas. Incluso nos recuerda en este informe que el sector sanitario no cubre todas las necesidades de salud y que las circunstancias en las que las personas crecen, viven, trabajan y envejecen (sus determinantes de salud) influyen en la forma en la que la gente vive y muere. No obstante, y a pesar de estas limitaciones, algunos autores defienden que la cobertura sanitaria universal tiene valor en sí misma, y defienden que existe una diferencia entre cobertura sanitaria universal y acceso universal. Definen el acceso como la oportunidad o la capacidad de conseguir los servicios de salud que necesitan y beneficiarse de una protección de riesgo financiero²⁴. El acceso tendría para estos autores 3 dimensiones: (i) accesibilidad física a los servicios

en número y calidad suficientes, (ii) ser unos servicios asumibles financieramente y (iii) ser aceptados por la población. Para estos autores sería necesario el acceso universal para conseguir la cobertura, pero no serían conceptos iguales. De alguna manera definen el acceso como una posibilidad y la cobertura como una realidad.

Pero los conceptos no están tan claros. En un artículo en la revista *salud pública* de México²⁵, sus autores afirman que para 2012 México habría alcanzado la cobertura universal de salud, lo que implicaría que, según la definición de la OMS, el 100% de su población tendría el 100% de los servicios sin tener gastos no asumibles. Y la propia Directora General de la OPS afirma en 2013 que su más alta prioridad es acelerar el camino hacia el acceso universal a servicios de salud de calidad, equiparándolo de alguna forma a la cobertura universal²⁶. Otras personas vinculan el acceso universal a una visión más holística de la salud, incluyendo los determinantes sociales, y por lo tanto sería necesario impulsar mecanismos de protección social donde se podría incluir la cobertura universal.

Es cierto que las posturas se van acercando, y empiezan a discutirse modelos mixtos que están intentando incorporar ambos componentes: la cobertura universal como el eje sanitario, y los determinantes de la salud y la protección social como elementos fundamentales para conseguir mejorar el derecho a la salud.

Pero sería necesario que antes de asumir cual va a ser el objetivo final para el sector de la salud después de 2015, se definiera con más claridad los conceptos en que se fundamenta. Unos conceptos claros y precisos nos ayudaría a conocer, consensuar y definir las prioridades en salud y cuáles son los mejores procesos para alcanzar los resultados que se definan. Ya existe un objetivo global referido a la salud mundial que debe ser el impulsor y referente de todas las iniciativas en el sector: el derecho universal a la salud de cada una de las personas y colectivos del planeta.

3.1. Después de 2015: de los ODM a los ODS

Como adelantamos en el informe del año pasado, ya se está trabajando en el escenario posterior a 2015, configurando una agenda de desarrollo que prolongue el impulso que ha supuesto los ODM. Un elemento determinante en esta nueva agenda parece que será la definición de los denominados Objetivos del Desarrollo Sostenibles, que como su nombre indica, además de la lucha contra la pobreza pretenden poner el foco en la sostenibilidad, sobre todo la ambiental. Dicho de otra forma, los ODM focalizaban los problemas exclusivamente en las personas, mientras que los ODS incluyen y tienen muy presentes los problemas del entorno, del propio planeta, condición necesaria para

24. <http://www.who.int/bulletin/volumes/91/8/13-125450/en/index.html>

25. http://bvs.insp.mx/rsp/_files/File/2013/vol%2055%20No%202%20Marzo%20Abril/8Lancet.pdf

26. http://www.paho.org/ict4health/index.php?option=com_content&view=article&id=174%3Ael-acceso-universal-a-la-salud-apliquemos-las-tecnologias-para-alcanzar-este-sueno&catid=41%3Aeditoriales&Itemid=63&lang=es

asegurar el futuro del desarrollo. Este nuevo marco del desarrollo sostenible se establecería sobre 3 dimensiones, la económica, la social y la ambiental.

Estos ODS aún están por definir en su totalidad, pero en junio de 2012 en Brasil, durante la Conferencia de Naciones Unidas sobre desarrollo sostenible Río+20, se elaboró el documento “el futuro que queremos”²⁷, donde se sientan las bases de esos ODS. Las conclusiones de este documento fueron adoptados por la Asamblea General de Naciones Unidas en julio del mismo año. Su objetivo general es conseguir el desarrollo sostenible en sus 3 dimensiones para erradicar la pobreza. Considera que la persona es el elemento central del desarrollo sostenible y reafirma la importancia de la Declaración Universal de Derechos Humanos, y asume que se debe luchar contra las desigualdades, estableciendo niveles mínimos de protección social. Pero también reconoce que la subsistencia, el bienestar económico, social y físico, y el patrimonio cultural de muchas personas, especialmente los pobres, dependen directamente de los ecosistemas. Plantea adoptar enfoques holísticos e integrados del desarrollo sostenible que lleven a la humanidad a vivir en armonía con la naturaleza y que se adopten medidas para restablecer la salud y la integridad del ecosistema de la Tierra. A la vez, le preocupa el desempleo, apoya el impulso de una economía verde y de un crecimiento económico sostenido, equitativo e inclusivo. Establece mecanismos de participación y pretende que se fortalezca la cooperación internacional.

Las esferas temáticas que presenta el documento son muy variadas y quizás muy extensas: erradicación de la pobreza, seguridad alimentaria y nutrición, agricultura sostenible, agua y saneamiento, energía, turismo sostenible, transporte sostenible, ciudades y asentamientos sostenibles, salud y población, promoción del empleo productivo y decente y de la protección social, la conservación y uso sostenible de océanos, mares y bosques (poniendo énfasis en la desertificación y en la diversidad biológica), la importancia del cambio climático y la reducción del riesgo de desastres. También incluye el consumo y producción sostenible, el derecho a la educación, la equidad y el empoderamiento de las mujeres. Todos ellos están relacionados con la salud.

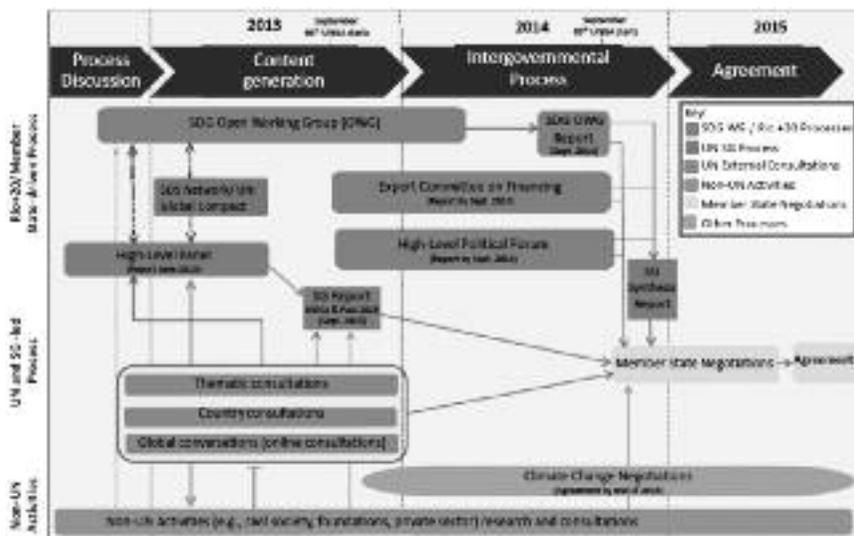
En Río+20 se inicia un proceso para la formulación de objetivos que permitan la puesta en marcha de medidas concretas y coherentes sobre el desarrollo sostenible, que deben construirse sobre los ODM y converger para la agenda 2015²⁸. Los ODS (SDG en inglés) deben estar orientados a la acción, ser concisos y fáciles de comunicar, limitados en su número y ambiciosos, tener un carácter global y ser universalmente aplicables a todos los países, teniendo en cuenta las diferentes realidades, capacidades y niveles de desarrollo nacionales, y respetando las políticas y prioridades nacionales.

27. http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/66/288&Lang=S

28. <http://sustainabledevelopment.un.org/index.php?menu=1300>

Los objetivos deben guardar relación con ámbitos prioritarios para lograr el desarrollo sostenible. Estos ODS deben incorporar las 3 dimensiones, la social, la económica y la ambiental, y sus interrelaciones.

GRÁFICA 1.11: CRONOGRAMA DE LA AGENDA POST 2015



Fuente : UN Foundation and Dalberg analysis

Uno de los cambios más importantes que hay en la definición del proceso para definir la agenda post 2015, con respecto a otras iniciativas, es el proceso participativo que se ha creado, con consultas nacionales y regionales sobre 11 temas (entre ellos aparece la salud), pero también permitiendo una conversación global con los ciudadanos a través de la iniciativa "My World". Es cierto que, como siempre ocurre, las personas empobrecidas tienen poca capacidad de participación. No suelen acceder ni a las nuevas tecnologías ni a la definición de las grandes propuestas, pero es loable el intento de abrir la participación al mayor número de personas posible. Además, falta por ver cómo encajan estas iniciativas participativas con la definición de los ODS, que, como podemos ver en la gráfica 1.11, tiene otro proceso diferente aunque se espera que se influyan mutuamente y en algún momento converjan en uno solo.

En el documento final de Rio +20 se dispuso la creación de un grupo de trabajo intergubernamental, que presentó un informe al Encuentro de Alto nivel sobre los

ODM y el post 2015 que tuvo lugar en la 68ª sesión de la Asamblea General que se celebró del 24 de septiembre al 4 de octubre de 2013 en Nueva York, y que contenía una propuesta de Objetivos de Desarrollo Sostenible. La definición del lugar y el papel que va a jugar la salud en estos ODS es fundamental para poder conocer el interés que la comunidad internacional va a poner sobre este sector.

En Río +20 se presenta una estrecha relación entre el desarrollo sostenible y la salud, y la consideran una condición previa, un resultado y un indicador de las tres dimensiones del desarrollo sostenible. Sin embargo, no está claro cuál es el rol que la salud va a tener en la agenda post 2015. Por una parte si la salud no es considerada como un objetivo en sí mismo, y acaba siendo una precondition, un resultado y un indicador, está claro que el foco que tanto se centraba en la salud con los ODM (3 de los 8 ODM estaban directamente relacionados con salud) no será tan intenso y puede indicar una pérdida de peso de la salud en la agenda futura de desarrollo. Por otra parte, siempre hemos considerado a la salud como un sector, donde los determinantes de la salud juegan un papel vital en la evolución de la salud de las poblaciones, y no se debe equiparar la salud exclusivamente con los servicios sanitarios.

No todos apuestan específicamente por la salud como un Objetivo. En la revista Nature se publicó un artículo²⁹ firmado por David Griggs donde propone 6 ODS, y aunque la salud aparece nombrada, no lo hace como un objetivo en sí. Está incluida dentro de un objetivo más general denominado “vidas y medios de vida prósperos” y la mejora de la salud la une a la mejora de la vivienda. Sin embargo, dentro de las 11 consultas temáticas que ha propuesto para la agenda 2015 Naciones Unidas, la salud aparece específicamente como una de ellas³⁰. Y en una carta dirigida al presidente de la Asamblea de Naciones Unidas en julio de 2013 por los Copresidentes del Grupo de Trabajo de Composición Abierta de la Asamblea General sobre los Objetivos de Desarrollo Sostenible³¹, la salud aparece como uno de los sectores analizados (denominado salud y dinámica demográfica). En esa carta la salud se considera como un derecho y por lo tanto la salud es un objetivo por derecho propio, además de un medio para medir el éxito en toda la agenda de desarrollo sostenible. También ese documento se hacía eco de que existía una apreciación generalizada para que los 3 ODM en salud se unieran, junto a otras metas del sector, y promover un objetivo único y general relativo a la salud. Se presentaban dos objetivos, dos formas de enfocar el trabajo en salud. En la primera se pretendía maximizar la salud en todas las etapas de la vida, o bien maximizar la espe-

29. Griggs, David, Mark Stafford-Smith, Owen Gaffney, Johan Rockström, Marcus C. Öhman, Priya Shyam-sundar, Will Steffen, Gisbert Glaser, Norichika Kanie and Ian Noble (2013) “Sustainable development goals for people and planet” . Nature 495, (7441): 305–30

30. <http://www.worldwewant2015.org/sitemap#thematic>

31. http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/67/941&Lang=S

ranza de vida sana. En cualquiera de ellas tendrían que tener presente la calidad de vida de las personas con discapacidades. El otro objetivo de salud propuesto se centraría en el acceso a los servicios más que en los resultados: la cobertura sanitaria universal. La primera opción incluiría los determinantes de la salud, mientras que la segunda está apoyada por la OMS, y tiene muchas posibilidades de ser el próximo objetivo de salud. Últimamente se perfila la posibilidad de integrar las dos perspectivas –resultados y determinantes por un lado y cobertura con servicios por otro– en un solo objetivo.³²

3.2. La cobertura universal: ¿próximo objetivo post 2015 en salud?

El objetivo de la Cobertura Sanitaria Universal (CSU) según la OMS es asegurar que todas las personas reciban los servicios sanitarios que necesitan, sin tener que pasar penurias financieras para pagarlos³³. Por lo tanto se trabaja para que la población tenga acceso a unos servicios de calidad y asequibles, y que los mecanismos de financiación de los servicios de salud no sean una carga que impida su acceso.

Trabajar para la cobertura universal no es algo nuevo que se haya desarrollado en los últimos dos o tres años, solo porque llegamos a 2015 y necesitamos nuevos objetivos. En 2005, en la resolución 58.33 de la Asamblea Mundial de la Salud³⁴ se asegura que todas las personas tenemos derecho a acceder a los servicios sanitarios y que nadie debe sufrir dificultades financieras por hacerlo. En el informe 2010 de la OMS se establece que para conseguir la cobertura universal se tiene que trabajar en 3 ejes:

1. Población: se debe trabajar para aumentar el número de personas que estén cubiertas por el servicio de salud hasta conseguir que todas las personas puedan utilizar un servicio de salud,
2. Servicios: un sistema de salud provee de diferentes servicios de salud a su ciudadanía, y la cobertura universal pretende que se incrementen esos servicios hasta cubrir todas las necesidades de salud.
3. Costes: Los gastos individuales directos por acto médico son muy inequitativos e impiden a muchas personas acceder a los sistemas de salud. Además de los costes que les supone a las personas enfermas la pérdida de ingresos, 100 millones de personas viven por debajo del umbral de la pobreza cada año debido a sus gastos sanitarios³⁵. La experiencia nos enseña, que los gastos mancomunados permiten cubrir a más población y dar mayores servicios.

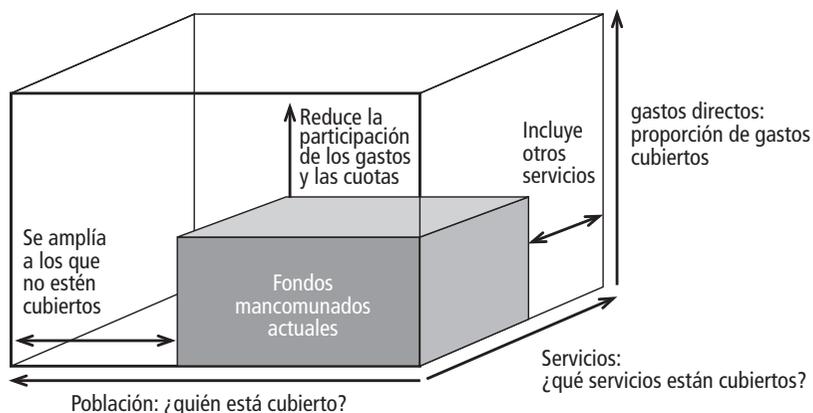
32. Véase por ejemplo Go4Health 2013 : Realizing the right to health for everyone: the health goal for humanity, <http://www.go4health.eu/wp-content/uploads/Go4Health-interim-report-September-2013.pdf>

33. http://www.who.int/features/qa/universal_health_coverage/es/index.html

34. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/231111/1/WHA58_33-sp.pdf

35. http://whqlibdoc.who.int/whr/2010/9789243564029_spa.pdf

GRÁFICA 1.12: LAS 3 DIMENSIONES DE LA COBERTURA UNIVERSAL



Fuente: Informe OMS 2010

Las dudas sobre la cobertura sanitaria universal

La definición de la cobertura universal tiene muchas lecturas. La cobertura universal, en sentido estricto, no la ha alcanzado ningún país pues, aparte de la dificultad de definir qué engloba el término salud, siempre hay servicios, personas y costes que no están cubiertos. Más que un objetivo realista, es un proceso, un medio, para alcanzar el más alto nivel de salud posible para todas las personas, y sobre todo para luchar contra la inequidad actual de acceso a atención en salud de las diferentes personas. Sería por lo tanto un instrumento, entre otros muchos, para conseguir consolidar el derecho a la salud de todas las personas.

El término de la cobertura sanitaria universal tiene una lectura muy sanitarista, cuando la salud depende de muchas otras variables. En el informe sobre la salud en el mundo del año 2000, la OMS ya hablaba de intersectorialidad y definía un sistema de salud como todas las organizaciones, instituciones y recursos dedicados a producir actividades de salud³⁶, por lo tanto definía un concepto que superaba el ámbito sanitario. En las últimas reuniones en la Asamblea de la OMS de mayo de 2013, la sociedad civil proponía la inclusión de los determinantes de salud (agua, género,

36. http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_es.pdf

pobreza, nutrición, vivienda...), que suelen estar fuera del control de los servicios de salud, pero que tienen una importancia vital en la salud de las personas, incluso más que los propios servicios sanitarios. Fue en la conferencia de Rio, en 2011, cuando se extractaron las propuestas políticas sobre determinantes sociales de la salud, pero parece que sus recomendaciones fueron víctimas de la crisis económica global.³⁷

Esta discusión de integrar los determinantes de la salud y el impacto de todas las políticas sobre la vida sana está en este momento encima de la mesa, sobre todo en la definición de los indicadores que deben medir el progreso de la cobertura universal, y esperamos que se incluyan en futuros documentos. Pero hay temas como la inclusión de la salud en todas las políticas, que no se están abordando y que se deberían incorporar a la discusión, Es necesario que la salud se incorpore dentro del resto de políticas de un país (fiscales, macroeconómicas, sociales...) y se analicen las consecuencias que para la salud tienen las decisiones que se tomen en esas áreas. Y a nivel supranacional, ocurre lo mismo. No pueden supeditarse a otros intereses decisiones que afecten a la salud mundial, como sucede actualmente. Por ejemplo, el Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas ha adoptado una resolución sobre el acceso a los medicamentos a pesar de la abstención de Estados Unidos y la Unión Europea, sin que se tenga muy claro los motivos que llevaron a esta abstención³⁸.

La OMS ya definió los sistemas de salud como sistemas adaptativos complejos³⁹, que están dentro y/o relacionados con otros sistemas como los culturales, sociales y económicos. De ahí que posibles cambios en el acceso al sistema de salud provocado, puedan afectar a otras políticas, como por ejemplo las de protección social, que deberán ser revisadas de cara a garantizar el acceso y la cobertura universal. Es necesario que los responsables de las políticas relacionadas con la cobertura universal adopten un pensamiento sistémico, que permite centrarse no solamente en tu área de trabajo sino tener una visión global de la situación. Por lo tanto, sería necesario que la cobertura universal se integre o esté fuertemente vinculada a los sistemas de protección social.

Incluso dentro del ámbito sanitario la cobertura sanitaria universal es un concepto que puede generar –y de hecho genera– muchas confusiones. Por ejemplo, las estadísticas oficiales de algunos países africanos afirman tener una cobertura muy alta de servicios sanitarios en algunas zonas, que pueden sobrepasar al 80%, y sin embargo, las tasas de morbimortalidad de la población desmienten esas cifras. En otros países

37. <http://www.who.int/sdhconference/en/>

38. <http://www.farmaceticosmundi.org/farmamundi/index.php?opcion=noticias¬icia=894>

39. http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241563895_eng.pdf

se asegura que ya han alcanzado la cobertura universal cuando evidentemente, no es así. Y es que tradicionalmente la cobertura sanitaria se ha entendido solamente como una disponibilidad del servicio, o sea que exista un servicio de salud que cubra un determinado número de personas o que cubra una determinada área geográfica, y no la utilización de los mismos por parte de la población. Para que todas las personas alcancen los servicios sanitarios no solamente es necesario asegurar una accesibilidad geográfica. La accesibilidad económica (que ya se plantea en parte en la propuesta de la OMS) y la cultural son imprescindibles para asegurar la cobertura universal. Además, los servicios prestados deben ser de calidad para que la población confíe en ellos. Estas dimensiones –calidad, accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad– se tienen que reflejar en los indicadores propuestos.

Con la cobertura universal deberíamos evitar que se repitiera uno de los principales problemas que tuvieron los ODM en salud. Los ODM se establecieron con unos objetivos y unas metas que cumplir, pero no se establecieron los procesos con los que mejores resultados se conseguían de forma sostenible, lo que supuso una proliferación de iniciativas verticales que han ayudado a conseguir los resultados actuales, pero que en términos de eficiencia y de impacto no han sido las mejores alternativas que había para alcanzar esas metas y objetivos. Se debería haber apostado claramente por la salud pública y el refuerzo del sistema público de salud como garante de la salud de su ciudadanía, y la Atención Primaria de Salud como la estrategia que solventa la mayor parte de los problemas de salud. Falta también una apuesta clara porque se contemplen dentro de las estrategias de implementación la eficiencia, la eficacia, la sostenibilidad y el impacto, que están más garantizadas por los servicios públicos de salud. Y es que, tal y como está definida la cobertura universal, y aunque no está dentro del espíritu que se detecta en su planteamiento, en estos momentos se podría intentar conseguir un incremento en los 3 ejes (mayor población cubierta, mayores servicios y menos pago individual) a través de servicios privados de salud, aunque sea de una forma menos eficiente y sostenible. Otro problema que se presenta es conocer quien va a participar y cómo en la definición de las prioridades. Debiera ser una política que se defina desde “abajo hacia arriba”, desde las comunidades hacia las grandes esferas de decisión. La participación de todos los actores, incluidas la sociedad y sus representantes, en la definición de las prioridades de salud es imprescindible para asegurar la sostenibilidad y la apropiación de las estrategias sanitarias. Además, la equidad, la sostenibilidad y el impacto deberían estar presentes en el análisis de cualquier estrategia que quiera incidir en la cobertura universal de salud.

Aunque ya hemos visto que este concepto aún tiene muchas lagunas que concretar, las discusiones más importantes se están basando sobre todo en el eje de la financiación

de los servicios de salud, un eje central, pero no único. En el Informe 2010 la OMS ya daba pistas sobre cuál de los 3 ejes consideraba el más importante con su título: “Financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal”. Afirmaba que cada país debería buscar fondos, cubrir el riesgo financiero y usar los fondos de manera equitativa y eficiente, pero teniendo presente el punto de partida de cada país, lo que en realidad permite a cada país establecer una hoja de ruta. Pero al no plantear un esfuerzo mínimo exigido a cada país, cabe el peligro de que los avances dependan más de los intereses puntuales de la clase política que del interés nacional. Esta hoja de ruta debería de estar muy bien fundamentada para que los avances sean los máximos posibles, y no se ponga a la salud por debajo de otras prioridades políticas.

Un tema a discutir es que modelo de financiación sería el más adecuado para alcanzar los fines. Como ya hemos comentado, los sistemas mancomunados, donde hay protección social de los más pobres, son mucho más equitativos que los modelos basados en el pago por servicio, ya que permite a los más pobres un mayor acceso al sistema sanitario. Pero dentro de los sistemas de financiación mancomunados también hay distintas alternativas. Por una parte está el modelo financiado a través de impuestos, donde toda la ciudadanía tiene los mismos derechos de acceso al sistema de salud. Y de otra, están los modelos financiados a través de seguros de salud, que según los casos tienen diferentes variantes.

Una variable determinante es saber si el modelo elegido permite a las personas formar parte de la comunidad de asegurados de forma voluntaria u obligatoria. Hay consenso que no hay ningún sistema que haya avanzado hacia la universalidad que no haya aplicado la mancomunidad obligatoria. Por lo tanto, se debería de limitar la posibilidad de solventar el reto de la cobertura universal con la oferta de esquemas de seguros privados o “comunitarios” de contratación voluntaria.

Actualmente, y a partir de esta premisa hay dos grandes modelos de financiación de los sistemas públicos de salud. Por una parte está el modelo financiado a través de impuestos (modelo Beveridge”), y por otro está el modelo a través de seguros de salud, gestionado por las instituciones públicas o por un mercado regulado a través de la competencia entre multitud de proveedores públicos y privados para-estatales (modelo “Bismarck”).

La discusión no solamente estaría en saber cuál de los dos modelos sería el más adecuado para impulsar la cobertura universal, sino también si hay algunos pasos previos que se deberían de tener en cuenta. Algunos autores del Banco Mundial consideran que algunos países en desarrollo de ingresos bajos y medios se han saltado el proceso de construir la infraestructura social y física necesaria para introducir sistemas nacionales de salud o programas de seguro de salud nacionales, y eso explica que no hayan tenido éxito en la implementación de sus sistemas sanitarios, por lo que están volviendo a estu-

diar las experiencias de Europa, Norteamérica y Australia⁴⁰. Estos autores están de acuerdo en que el prepago es la solución y que en los países con mayores problemas de acceso financiero la ratio entre el prepago y el pago directo es 20:80, mientras que en los países de renta más alta es 80:20 y es hacia donde se debería tender. Pero muchos países frágiles de bajos ingresos están en una ratio 40:60, muy lejos de la ratio óptima, y solicitan un cambio de rumbo, tanto político como de implementación de acciones para cambiar estas ratios. Los autores de ese estudio, “Scaling Up Affordable Health Insurance: Staying the Course”, apuestan por una propuesta de un nuevo paradigma de seguro de salud, un sistema que incluye al sector privado, que junto al Estado expanda el seguro de cobertura de salud, y que debe ir acompañado de una inversión paralela en la prestación de servicios para asegurar unos servicios de calidad y equitativos. Afirman que el debate sobre la inclusión de estos seguros de salud está muy influido ideológicamente y pretende demostrar que esta forma de financiar podría ayudar a alcanzar una mayor cobertura de salud. Para los autores, las 3 causas principales por las que casi ningún país de ingresos medios o bajos ha alcanzado un acceso universal a través de un sistema nacional de salud son: la escasa capacidad fiscal en estos países que limita los recursos para el sector salud, una falta de confianza en los programas administrados por el gobierno, y porque los subsidios a la oferta pública a menudo no llegan a los pobres cuando los programas están diseñados para atender a todos.

Los autores plantean que los seguros comunitarios se han incorporado al sistema de salud con bastante éxito en algunos países. El Sistema Nacional de Seguro de Salud de Ghana ha alcanzado casi el 70 por ciento de cobertura de la población con las mutualidades de salud y en algunas zonas de Rwanda, el seguro de salud a nivel comunitario tiene tasas de cobertura superiores al 80 por ciento. Pero no explica qué entienden ellos por cobertura, y sobre todo, quiénes son los que se quedan fuera, que seguramente serán los más pobres. Otros autores presentan análisis diferentes. Explican que en otros países donde se han introducido los seguros y los servicios privados, la asistencia se ha vuelto más inaccesible para su ciudadanía, como en China⁴¹, aunque aún piensen que puede haber un sistema dual de seguros privados y sistema nacional de salud.

Parece claro que el sistema más equitativo es el que está financiado por impuestos⁴², pero también es verdad que muchos países en estos momentos no tienen la

40. Preker, Alexander S., Marianne E. Lindner, Dov Chernichovsky, and Onno P. Schellekens, eds. 2013. *Scaling Up Affordable Health Insurance: Staying the Course*. Washington, DC: World Bank. doi: 10.1596/978-0-8213-8250-9. License: Creative Commons. Attribution CC BY 3.0.

41. Darimont, B. and Liu, D. (2013), El sistema de salud de China: entre la privatización y los servicios de salud pública. *Revista Internacional de Seguridad Social*, 66: 105–126. doi: 10.1111/iss.12005

42. http://www.saludinnovacion.com/communities/economia/docs/download/file.php_file=FJose_Manuel_Freire%20SNS.pdf

capacidad para poder desarrollar eficaces sistemas impositivos. En la hoja de ruta de estos países hacia la cobertura universal, se deberían añadir políticas fiscales y económicas tendentes a sostener el sistema de salud en el futuro, luchar contra la corrupción interna y mejorar la eficiencia del sistema. En ese sentido la cooperación internacional tiene también un papel muy importante que jugar. Sería muy positivo utilizar las 3 “R” (en inglés: redistribution, regulation and rights) en la definición de las estrategias para ampliar la cobertura universal: *Redistribución* de recursos entre países y regiones para satisfacer las necesidades humanas; *regulación* supranacional efectiva para asegurar un propósito social en la economía global; y *derechos* sociales exigibles que permitan a los ciudadanos buscar reparación legal⁴³.

La cobertura universal de salud es, como su nombre indica, para todos y todas, y debería ser un concepto único y homogéneo, y no segmentar esta cobertura en dependencia de las capacidades de financiación de los países y las personas. Existe el riesgo de impulsar una cobertura selectiva de al menos 3 niveles y que no sería equitativa: (i) la población más enriquecida, que tendría todas sus necesidades cubiertas, (ii) una población media con la mayor parte de sus necesidades cubiertas, y por último, (iii) la población más empobrecida, que tendría “paquetes mínimos de salud”, pero que no aspirarían a alcanzar los más altos niveles de salud posibles. El riesgo es real, ya que pasó lo mismo con el concepto de APS, que pasó de ser un concepto universal a trabajarse con la población más empobrecida mediante paquetes mínimos de salud. Y la salud es un derecho universal, que debería ser una prioridad mundial y estar por encima de otros intereses.

Por lo tanto, en la formulación de reformas sanitarias el objetivo final de la equidad y redistribución – que cada persona pague según sus capacidades y reciba según sus necesidades – tiene que estar definido en el diseño desde el principio. A partir de esta premisa las reformas parten de sistemas fragmentados de financiación y de provisión que se encuentran hoy día en los distintos países. La meta debería ser integrar cada vez más estos sistemas en un sistema único. El reto, obviamente, es doble; de un lado articular la presión popular de estar cubierto contra las penurias del pago sanitario catastrófico y recibir servicios aceptables y de calidad y, de otro, neutralizar las múltiples fuerzas que se opongan a esta unificación del sistema sanitario en su dimensión de financiación y prestación de servicios de calidad.⁴⁴

43. Ronald Labonté and Ted Schrecker 20XX: Rights, Redistribution, and Regulation, en FUENTE??? <http://www.globalhealthequity.ca/electronic%20library/Rights,%20Redistribution,%20and%20Regulation.pdf>

44. Joseph Kutzin: Health financing for universal coverage and health system performance: concepts and implications for policy, in. Bull World Health Organ 2013;91:602–611 <http://www.who.int/bulletin/volumes/91/8/12-113985.pdf>

La cobertura universal es una buena apuesta como elemento aglutinador de los intereses mundiales, pero no será determinante en el objetivo de conseguir alcanzar una meta más amplia, la salud para todos y todas, si no toma en consideración otros elementos: la multidimensionalidad de la salud, incluyendo la equidad de género, que no ha aparecido prácticamente en los debates actuales, incorporar la salud en todas las políticas, incluidas las internacionales, orientar los recursos principalmente a fortalecer los sistemas de salud y hacia la Atención Primaria de Salud, incluir vínculos del sistema de salud con los sistemas de protección social, y alcanzar o tener como objetivo final un sistema nacional de salud fuerte, participativo, eficiente y de calidad.

Para asegurar la cobertura efectiva con servicios sanitarios de calidad en países empobrecidos es necesario contemplar tanto la capacidad del Estado de proveer cómo la obligación de la comunidad internacional de cooperar. La recaudación de fondos domésticos para el sistema sanitario, en la gran mayoría de los países, es una tarea pendiente. A este fin se tiene que aumentar la presión fiscal en general y se tiene que aumentar el porcentaje del presupuesto público dedicado a Sanidad.⁴⁵ Por otro lado existe la obligación de los Estados ricos de proveer los recursos para cumplimentar los gastos necesarios para equipar sistemas sanitarios eficaces. Además, parece importante que se instale un sistema de *pooling* al nivel internacional para dirigir los fondos de cooperación donde más se necesitan.⁴⁶ Con este planteamiento la cooperación en salud se podría mover desde un sistema basado en la caridad – cada donantes invierte donde le parece – hacia un sistema basado en y dirigido por el cumplimiento del derecho a la salud de las personas. En este sentido nos parece interesante la apuesta por un *contrato social global* sobre la salud, enmarcado en la propuesta de una “Convención Marco de las Naciones Unidas sobre la Salud Global”. Esa convención sería el marco de debate intergubernamental en el cual se recogería el derecho a la salud –y sus mecanismos de medición como el derecho social vinculado a la Alta Comisaría de DDHH– y se relacionaría con las herramientas de los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Como en las convenciones sobre el cambio climático o el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco, la convención es un instrumento jurídico “blando” que se dota de protocolos opcionales que sí son “duros”, es decir que se tienen que transponer en legislación nacional o en contratos intergubernamentales. Esta convención daría un marco de evaluación y de formulación de políticas para cada país en las dos dimensiones del derecho a la salud anteriormente mencionadas: los determi-

45. Riku Elovainio and David B Evans 2013; Raising and Spending Domestic Money for Health, London (Chatham House) <http://www.chathamhouse.org/publications/papers/view/191335>

46. Suerie Moon and Oluwatosin Omole 2013: Development Assistance for Health: Critiques and Proposals for Change, London (Chatham House) <http://www.chathamhouse.org/publications/papers/view/190951>

nantes de la salud y la cobertura sanitaria universal. Pero más allá de esta articulación a nivel estatal, daría lugar a una definición de las necesidades globales y, por lo tanto, de una coordinación de los flujos de cooperación. Y más allá de esto, muchos otros asuntos globales no relacionado con la cooperación sino con la coherencia de políticas, como por ejemplo el acceso medicamentos y su relación con la propiedad intelectual o las migraciones de profesionales en el área de la salud.⁴⁷ En definitiva, la formulación de una Convención Marco de las Naciones Unidas sobre la Salud Global tiene el potencial de combinar los marcos hasta ahora separados de los ODM y los DDHH, vincula la obligación de los Estados hacia su propia población con la obligación de la comunidad internacional y permite la visualización de políticas y estructuras sanitarias incluido su financiación para el escrutinio y la participación a los distintos niveles.

47. Eric A. Friedman, Jashodhara Dasgupta, Alicia Ely Yamin, Lawrence O. Gostin 2013: Health and Human Rights – special edition - Realizing the Right to Health Through a Framework Convention on Global; Volume 15, Issue 1 Health? <http://www.hhrjournal.org>; ejemplo Go4Health 2013 : Realizing the right to health for everyone: the health goal for humanity, <http://www.go4health.eu/wp-content/uploads/Go4Health-interim-report-September-2013.pdf>

AFIRMACIÓN DE LOS SISTEMAS UNIVERSALES DE SALUD EN LATINOAMERICA⁴⁸

ALAMES (Asociación Latinoamericana de Medicina Social) y CEBES (Centro Brasileiro de Estudos de Saúde), en el marco del Segundo Congreso Brasileño de Política, Planeamiento y Gestión en Salud de ABRASCO (Associação Brasileira de Saúde Coletiva), reafirmamos que el camino hacia el ejercicio pleno del derecho a la salud para los pueblos de Latinoamérica implica la construcción, fortalecimiento y desarrollo de Sistemas Universales, Únicos y Públicos de Salud (SUS) en contraposición a la campaña lanzada por organismos financieros internacionales y gobiernos neoliberales alrededor de la "cobertura universal de salud" basada en la ampliación de formas de aseguramiento, de paquetes limitados de servicios para los pobres y de promoción de la inversión privada en salud.

Esta posición se fundamenta en las siguientes consideraciones:

- Los sistemas universales de salud son expresión del compromiso público y social en cada país para la aplicación de los principios de universalidad, igualdad e integralidad, que no permiten la discriminación de las personas en relación a sus necesidades de salud. Asimismo son parte de una conformación y políticas estatales orientadas a la garantía de los derechos sociales.
- Los sistemas universales, únicos y públicos de salud contribuyen a la implantación de políticas universalistas en el marco de un desarrollo social y humano que rompen con las desigualdades sociales y la inequidad inherentes a la lógica de mercado. Su gestión es viable y su financiamiento sostenible, impulsando una adecuada distribución de la riqueza desde políticas tributarias justas.
- Las reformas neoliberales en diversos países de la región a la fecha demuestran que los sistemas de aseguramiento universal en salud basados todos ellos en la focalización y los paquetes limitados de servicios, han profundizado las diferencias sociales en la atención al colocar como eje de su desarrollo las supuestas limitaciones financieras y la mayor participación del sector privado en la salud.
- El impulso que los organismos, fundaciones y empresas transnacionales vienen dando al debate e implementación de la llamada "cobertura universal en salud" expresa su interés en colocar a la salud como campo clave de la acumulación de capital; además de despojar a los países de recursos vitales reproduciendo las injusticias e inequidades en la atención a la salud.

Alertamos frente a los intentos de profundización del sistema de aseguramiento excluyente y con pérdida de derechos en Perú, Colombia y México.

Hacemos un llamado al movimiento latinoamericano y global por el derecho a la salud para que exprese su rechazo a los procesos de profundización del modelo de aseguramiento de mercado y privatización que se pretende profundizar en estos momentos en Perú, Colombia y México.

- En Perú, al amparo de un cuestionado otorgamiento de facultades legislativas al Poder Ejecutivo (Ministerio de Salud y Ministerio de Economía conducen el proceso) por el Congreso de la República, hoy se propone promulgar nueva leyes que buscan profundizar la participación del mercado de la salud a través del impulso de las asociaciones público privadas, la contratación desregulada de servicios y seguros, rebajando así la posibilidad de igualar el acceso a salud de los peruanos y peruanas hacia el sistema de seguridad social solidario e

48. Declaración del encuentro ALAMES - CEBES en el 2º Congreso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestao em Saúde, 1 de outubro 2013

integral del que goza un tercio de su población. Además las primeras leyes aprobadas al amparo de estas facultades han conculcado los derechos laborales de todos los trabajadores de la salud, al trastocar entre otros el concepto de remuneración, lo que traerá consecuencias indeterminadas en el futuro. Todo ello a pesar de la demanda constante del movimiento social de la salud, de los gremios profesionales y de la mayoría de sectores del país para construir una reforma universalista.

- En Colombia, ejemplo mundial de las nefastas consecuencias de las políticas de aseguramiento universal y a pesar de la constatación nacional del colapso del sistema de aseguramiento que llevó al propio gobierno a declarar la emergencia nacional en salud, la supuesta reforma impulsada hoy se limita a cambiar denominaciones a la entidades y procesos que desde hace veinte años vienen recortando el acceso a salud de los colombianos y colombianas e incluso a cerrar vías para reclamar el derecho a la atención (como son las tutelas), o supeditar legalmente la exigibilidad del derecho al equilibrio macro económico. No se atacan ninguna de las razones de fondo que permiten que en Colombia a pesar del flujo de financiamiento el sistema se haya desmembrado y literalmente la salud se haya convertido en un negocio de las EPS, además relacionadas con la corrupción y el paramilitarismo.
- México, es presentado hoy como ejemplo emergente de los neoliberales. Sin embargo, la reforma que presume haber logrado la cobertura universal oculta que aún una parte importante de la población "asegurada" no tiene un acceso real a la atención, a la vez que reproduce la segmentación que otorga menos derecho o hace perder atenciones a millones de personas fuera de la seguridad social. Hoy el proceso de reforma, tras el ahorcamiento intencional de las instituciones tradicionales de seguridad social, apunta hacia la reducción de sus beneficios (homogeneizando hacia abajo con el seguro popular) y la introducción de aseguradores y proveedores privados que buscan hacerse de este campo para la acumulación de ganancias.

Todos los países requieren un SUS

- Reconociendo las complejidades y particularidades de cada país, consideramos urgente que el movimiento social impulse e incida en la conformación de Sistemas Universales de Salud (SUS), entendidos estos como la responsabilidad indelegable del Estado y de la sociedad de construir instituciones que garanticen el derecho a la salud de forma universal, igualitaria e integral, fuera de la lógica del mercado y la ganancia. Ello requiere superar progresivamente la fragmentación de los sub sistemas desde una gestión innovadora y un compromiso financiero sostenible.
- Por ello reconocemos el SUS de Brasil como un ejemplo de impulso social y lógica universalista y llamamos a su defensa y a su profundización en todos los espacios necesarios, en especial apoyando las demandas populares de destinar el 10% de la recaudación bruta federal que permita expandir el SUS y cerrar el paso al crecimiento de las formas privadas de atención.
- Defendemos el SUS de Brasil como fuente de inspiración e irradiación de la posibilidad cierta para revertir la profundización del aseguramiento individual en salud que rompe el concepto mismo y la responsabilidad de la salud pública. En ese sentido consideramos de suma importancia que el Gobierno de Brasil dé a conocer y defienda el SUS en el plano internacional presentándolo como un alternativa para garantizar el derecho a la salud de los pueblos.

¡Por el derecho a la salud, SUS para todos los países de Latinoamérica!

4. LA AGENDA DE LA EFICACIA DEL DESARROLLO TRAS BUSÁN: LA ALIANZA GLOBAL PARA UNA COOPERACIÓN AL DESARROLLO EFICAZ

El 4º Foro de Alto Nivel sobre la Eficacia de la Ayuda que tuvo lugar en Busán, Corea del Sur, en diciembre 2011, continuación del proceso de París y de Accra sobre eficacia de la ayuda, culmina con la Declaración de Busán sobre la “Alianza Global para una Cooperación al Desarrollo Eficaz”, que pretendía ser el comienzo de una nueva etapa hacia un desarrollo más eficaz que no dejara de lado los derechos y necesidades de desarrollo de las personas. En esa declaración se afirma que la cooperación al desarrollo “desempeña un papel catalítico e indispensable en apoyo a la reducción de la pobreza, la protección social, el crecimiento económico y el desarrollo sostenible”.

Uno de los elementos más significativos del Foro de Busán fue la participación de nuevos actores, como es el caso del sector privado, y el protagonismo de las economías emergentes que, en cierto modo, respondían al deseo de dejar de lado los modelos tradicionales de acuerdos dirigidos por los donantes del Norte y pasar a un marco más inclusivo. Asimismo, los debates fueron más allá de las modalidades tradicionales de cooperación al desarrollo para incluir la cooperación Sur-Sur y Triangular, el papel del sector privado, los parlamentarios y los gobiernos locales en el desarrollo, el problema de la financiación para el cambio climático y la ratificación de los Principios de Estambul de la OSC.

A pesar de la expectación que se creó tras la Declaración de París y de los avances que se consiguieron en Accra y durante la preparación del Foro de Busán, el proceso Post Busán no ha sabido responder a las expectativas creadas. Dos años y medio después de la Declaración de Busán apenas se ha puesto en marcha la Alianza Global que debe impulsar las acciones para el cumplimiento de los compromisos alcanzados. La agenda de la eficacia del desarrollo ha perdido la centralidad que tuvo en los últimos años en la agenda de desarrollo, siendo desplazada por los debates en torno al marco post2015 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible que surgen de Rio+20.

La Declaración propone la creación de **bloques temáticos** o “**Building blocks**” como mecanismos para operativizar los compromisos:

1. Cooperación Sur-Sur y Triangular.
2. Resultados y rendición de cuentas.
3. Cooperación público-privada.
4. Situaciones de conflicto y fragilidad.
5. Financiación para el cambio climático.
6. Transparencia.

7. Políticas e instituciones eficaces.
8. Gestión de la diversidad y la fragmentación

A estos 8 bloques hay que sumar los dos propuestos por la sociedad civil: Enfoque de derechos humanos y Entorno habilitante.

A pesar del interés creado en el Foro de Busán por los bloques temáticos, el trabajo realizado hasta ahora ha sido bastante decepcionante, el nivel de actividad en general es tan bajo que prácticamente están en punto muerto. Para la sociedad civil el principal error fue desvincular los bloques, de carácter totalmente voluntario, de la Alianza Global, por ello se ha solicitado a la Alianza que tome medidas para su reactivación⁴⁹.

El principal resultado del 4º Foro fue la creación de la **Alianza Global para una Cooperación al Desarrollo Eficaz**. La Alianza Global es un foro político, en el que participa un amplio número de países y organizaciones, incluida la sociedad civil, y cuyo eje central es avanzar hacia una mayor efectividad de la cooperación al desarrollo. Además de ser un espacio para el intercambio entre los diferentes actores, también desempeña un papel de apoyo en el seguimiento del cumplimiento de los acuerdos alcanzados en Busán.

LA OCDE y el PNUD conforman el Equipo conjunto de apoyo a la Alianza, una especie de secretariado que además asume la elaboración de la metodología para el seguimiento de la implementación de los compromisos de Busán.

El máximo órgano de representación es la reunión de Ministros que se celebrarán cada 18-24 meses, la primera reunión tiene previsto celebrarse el segundo trimestre de 2014. A nivel operativo, se ha creado un Comité directivo, que prepara las reuniones ministeriales y se reúne dos o tres veces al año, y en el que participan representantes de los diferentes actores del desarrollo: gobiernos, donantes, sociedad civil, sector privado, miembros del parlamento, bancos de desarrollo, PNUD y OCDE. Para evitar la falta de representatividad de los países receptores de ayuda, que tanto se criticó en los anteriores procesos de la Agenda de Eficacia de la ayuda, la representación más numerosa corresponde a la de los países receptores de ayuda con 5 representantes, seguida de la de países donantes, con 3, mientras que los demás tienen un representante.

Los primeros pasos de la Alianza Global han sido muy lentos, más de lo que se esperaba. Hasta el segundo trimestre de 2014 no tendrá lugar la primera reunión de Ministros, es decir, dos años y medio después de la Declaración de Busán y apenas hace unos meses que se ha acordado el sistema de seguimiento y evaluación de los avances en los compromisos acordados en Busán.

49. Reporte de las OSC de la Tercera Reunión del Consejo Directivo de la Alianza Global

El primer informe de seguimiento de la implementación de los compromisos de Busán se ha realizado a mediados de 2013 y servirá de base para la preparación de la primera reunión ministerial. Los informes de seguimiento tendrán una periodicidad similar a las de las reuniones ministeriales, es decir, se publicarán cada 18-24 meses.

El retraso en la elaboración de los indicadores de seguimiento no es casual, ya que se trata de una pieza clave de la Alianza Global y de los compromisos alcanzados en Busán, no sólo para monitorear los avances, sino también como herramienta para la rendición de cuentas. No deja de sorprender su carácter voluntario ya que esto puede reducir la efectividad del proceso y poner en cuestión los principios de transparencia y rendición de cuentas tan centrales en la Declaración. Otro elemento que preocupa en el sistema de seguimiento es que sólo se realizará sobre la ayuda oficial al desarrollo (AOD), ya que la Declaración reconoce que aunque los objetivos son comunes a todos los actores, las responsabilidades son diferenciadas; es decir, los actores del desarrollo implicados en cooperación sur-sur no están obligados a participar en el marco de seguimiento de la Alianza Global, aunque se les “invita” a compartir sus experiencias y logros de forma voluntaria.

Para medir los avances realizados, se han establecido 10 indicadores de progreso, el indicador 8 sobre igualdad de género y empoderamiento de la mujer es opcional, lo que cuestiona el valor del Plan de Acción sobre igualdad de género que se surgió del Foro de Busán y la importancia y el peso que tuvo en el mismo.

Por último, el peso de la preparación del informe de seguimiento recae totalmente sobre los gobiernos, aunque se “anima” a los demás actores (autoridades locales, parlamentarias, sociedad civil y sector privado) a participar en los espacios de diálogo sobre el seguimiento de los compromisos, aunque no queda claro cuál será la responsabilidad de los gobiernos para establecer dichos espacios inclusivos de participación efectiva. De nuevo se diluye el alcance de uno de los principios comunes de la Declaración de Busán, la apropiación democrática. Por todo ello, habrá que ver el alcance real del informe de seguimiento y su utilidad efectiva como herramienta para la rendición de cuentas y la transparencia.

TABLA 1.1.: INDICADORES DE PROGRESO⁵⁰ DE LA DECLARACIÓN DE BUSÁN:

1. La cooperación al desarrollo se focaliza en los resultados que responden a las prioridades de los países en desarrollo
2. La sociedad civil trabaja en un entorno que maximiza su participación y contribución en el desarrollo
3. Participación y contribución del sector privado en el desarrollo
4. Transparencia: la información sobre la cooperación al desarrollo está disponible de forma pública
5. Mayor predictibilidad de la cooperación al desarrollo
6. La ayuda se incluye en los presupuestos que están abiertos al escrutinio y control parlamentario
7. Fortalecimiento de la rendición de cuentas mutua entre actores de la cooperación a través de evaluaciones inclusivas
8. Igualdad de género y empoderamiento de la mujer
9. Instituciones efectivas: se utilizan y fortalecen los sistemas nacionales
10. Ayuda desligada

Fuente: Guide to the Monitoring Framework of the Global Partnership, 1 de Julio de 2013

Otro elemento a destacar del 4º Foro de Alto Nivel y de los procesos siguientes que han llevado a la creación de la Alianza Global para una Cooperación al Desarrollo Eficaz, ha sido el mayor espacio formal de representación logrado por la sociedad civil en los mismos.

Por ello, particular atención merece el papel que desempeña la sociedad civil en este proceso. Después de la participación activa de la sociedad civil en el 4º Foro de Alto Nivel y en la configuración de la Alianza Global, los dos procesos mundiales de sociedad civil implicados en la agenda de la eficacia de la ayuda, BetterAid y el Foro sobre la Eficacia del Desarrollo de las OSC, se han fusionado en una nueva plataforma mundial, la **Alianza de OSC para la Eficacia del Desarrollo (AOED)**.

La Alianza defiende una agenda transformadora que se base en un enfoque de la eficacia del desarrollo basado en los derechos; reforzar los logros políticos conseguidos en los Foros de Alto Nivel; avanzar en la eficacia del desarrollo a nivel político y práctico; y trabajar para mejorar la eficacia de las organizaciones de sociedad civil y para crear un entorno favorable para la sociedad civil en tanto que actor independiente del desarrollo por derecho propio⁵¹.

50. Global Partnership for Effective Development Cooperation; Guide to the Monitoring Framework of the Global Partnership, 1 de Julio de 2013; http://www.effectivecooperation.org/files/20130701%20Busan%20Global%20Monitoring%20Guidance_ENG_FINAL.pdf

51. Declaración de Nairobi para la Eficacia del Desarrollo, diciembre 2012; http://cso-effectiveness.org/IMG/pdf/es_declaracion_de_nairobi_final.pdf

Las áreas prioritarias en las que la Alianza de OSC centrará su trabajo son: Eficacia del Desarrollo de las OSC; Entorno habilitante para las OSC; y Enfoque Basado en los Derechos Humanos.

En cuanto al papel del sector salud en la nueva estructura, por ahora no existe ningún indicio de que vaya a tener una presencia tan relevante como la que tuvo en las agendas de París y Accra, donde se convirtió en el mejor sector de control para la implementación de la agenda de la eficacia de la ayuda. No cabe duda de que el sector salud podría convertirse en un sector de control eficaz para el seguimiento de los compromisos de Busán. Cabe esperar que a partir del primer informe de seguimiento se puedan abrir espacios para dar seguimiento a aquellos sectores, como el sector de la salud, que han avanzado en términos de eficacia de la ayuda.

5. EVENTOS DESTACADOS SEPTIEMBRE 2012-AGOSTO 2013

Septiembre 2012

Reunión anual del Comité de Desarrollo del Banco Mundial y Fondo Monetario Internacional

En 2012, los aspectos principales que se analizaron fueron:

- La creación de puestos de trabajo es buena para el desarrollo⁵²: directrices políticas del informe de desarrollo mundial 2013: además de contemplar el número de desempleados en el mundo y su relación con la pobreza, considera el conseguir trabajos decentes como un elemento transformador en sí mismo, y tiene profundas implicaciones en el desarrollo.
- Actualización de la implementación de la agenda de equidad de género del Banco Mundial⁵³: se considera que ha habido avances significativos y los aspectos de género se contemplan en la mayor parte de las operaciones del Banco Mundial, pero aún le queda mucho terreno que recorrer.
- Gestión de riesgo de desastres para construir un futuro sostenible⁵⁴: considera que la gestión del riesgo en los desastres permite a la sociedad construir un futuro estable, y por tanto debe incorporarse a todos los ámbitos de la cooperación.

52. <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/DEVCOMMEXT/0,,pagePK:64000837~piPK:64001152~theSitePK:277473~contentMDK:23276760,00.html>

53. <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/DEVCOMMEXT/0,,pagePK:64000837~piPK:64001152~theSitePK:277473~contentMDK:23276764,00.html>

54. <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/DEVCOMMEXT/0,,pagePK:64000837~piPK:64001152~theSitePK:277473~contentMDK:23276768,00.html>

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.

Marzo 2013

Encuentro de Alto Nivel sobre salud en la agenda de desarrollo post 2015:

Se celebró en Gaborone, Botswana, donde 50 participantes de todas las procedencias discutieron sobre la agenda de salud después de 2015. Se trataron los siguientes temas: lecciones aprendidas de los ODM, como la salud se enlaza con el desarrollo, las prioridades en salud post 2015, sus retos y sus oportunidades, y la salud en la agenda de desarrollo 2015, donde se presentaron las dos propuestas que ya hemos discutido con anterioridad: la maximización de la vida sana y la cobertura universal como los dos posibles ejes futuros en la agenda de salud.

Mayo 2013

Asamblea de la OMS 2013, incluyendo el proceso de reforma de la OMS

En esta Asamblea se presentaron un amplio número de temas.

La sociedad civil presentó un evento paralelo a la Asamblea sobre la implementación del Código de conducta del reclutamiento de personal sanitario extranjero en la UE, donde se presentaron iniciativas sobre la temática de las contribuciones europeas y africanas para conseguir un personal sanitario sostenible.

Con respecto a la cobertura universal, hubo diferentes reuniones sobre distintos aspectos de este tema. Hubo reuniones para definir los indicadores que deben utilizarse para medir la cobertura universal, donde la sociedad civil aportó sobre todo la visión de incluir los determinantes de la salud.

Se incluyeron muchos más temas: se siguió con la discusión sobre la reforma de la OMS, el papel de las enfermedades no transmisibles, un Plan de acción global sobre vacunación, la financiación de la I+D, los determinantes sociales de la salud, el acceso a fármacos, etc...

6. AGENDA SEPTIEMBRE 2013-SEPTIEMBRE 2014

Septiembre 2013

Asamblea General de Naciones Unidas, Reunión de Alto Nivel sobre los ODM.

Los puntos destacados sobre los que se discutirá en esta reunión serán:

- Informe ODM
- Informe propuesta ODS
- Informe marco post 2015, donde se abordará la cobertura universal como el principio fundamental en el sector salud

Octubre 2013

Reunión anual del Comité de Desarrollo 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 2013

Tercer Foro Mundial sobre Recursos Humanos para la Salud, cuyos objetivos serán:

- Anunciar y obtener nuevos compromisos tangibles en materia de Recursos humanos sanitarios
- Actualizar el programa de Recursos humanos sanitarios para adaptarlo al discurso de las políticas sanitarias mundiales actuales, entre otros a través de:
 - Un impulso final para acelerar los progresos, a fin de conseguir los ODM
 - Promoción de una cobertura sanitaria universal
 - Identificación de las prioridades de desarrollo sanitario post 2015

Abril 2014

Global health forum: Interconnected Challenges, Integrated Solutions MM Suiza, Ginebra.

Mayo 2014

66.ª Asamblea Mundial de la Salud tendrá lugar en Ginebra del 20 al 28 de mayo de 2013.

SITUACIÓN DE LA SALUD EN ESPAÑA

El informe anual 2012 –dedicado desde hace más que diez años a la situación de la salud en países empobrecidos y las respuestas en cooperación internacional– entraba por primera vez en valorar la situación sanitaria en España, debido principalmente a la reforma sanitaria formulada en el Real Decreto-Ley 16/2012 (RDL). Trabajando en cooperación en el sector sanitario, nos sentíamos obligados a comentar la situación española, ya que fuimos testigos de una reforma que consideramos injusta, ineficaz y peligrosa. El RDL propone un cambio de modelo que nos lleva de la universalidad al aseguramiento, rompiendo de esta forma con una trayectoria que desde el establecimiento del Seguro Obligatorio de Enfermedad en 1946, y pasando por hitos como la creación de la Seguridad Social en 1978 y la Ley General de Sanidad de 1986 que crea el Sistema Nacional de Sanidad, seguía una lógica de sucesiva ampliación de derechos. El RDL 16/2012 impone una regresión, y no solamente lo hace temporalmente –cosa que posiblemente se podría justificar en tiempos de austeridad– sino de una forma estructural, para asentar una nueva lógica de contribución y titularidad. Excluye a las personas inmigrantes en situación irregular de la atención normalizada e introduce una serie de medidas –entre ellas el copago– que hacen que la carga financiera se desplace de la comunidad solidaria a la persona enferma – un impuesto sobre la enfermedad. Además para la justificación de este giro en el discurso político, se lanzaron acusaciones alrededor de la polémica figura del “turismo sanitario” que generan confusión entre la inmigración y la dificultad del sistema sanitario español de facturar a turistas, mayoritariamente procedente del Norte de Europa. No separar entre estos dos colectivos que son bien distintos arriesga fomentar el pensamiento xenófobo y racista.

A día de hoy nuestros argumentos no han cambiado, sino que se han hecho más claros a la luz de los acontecimientos. Mientras el gobierno presume en su Programa Nacional de Reformas de España (PNRE) de haber liquidado 873.000 tarjetas sanitarias, registramos el primer muerto por la exclusión sanitaria: el 24 de abril 2013 muere

Alpha Pam, ciudadano de origen senegalés que ya llevaba unos 10 años viviendo en Mallorca. Su historia es una historia de desatención y de exclusión, consecuencia de la puesta en marcha del RDL 16/2012 y cuya primera conclusión es que la exclusión mata. Denegar la atención primaria no solamente hace los servicios más caros sino peores, porque se suprime la función de la persona profesional médica como guía a través del sistema. Excluir a un colectivo de la sanidad pública no solamente perjudica a este, sino que representa un peligro para todas las personas. Repetimos: injusta, ineficaz y peligrosa. Alpha Pam es un caso –desafortunadamente el más llamativo– entre cientos de personas que llegan desconcertadas a las consultas de las organizaciones sociales y movimientos sociales, que han facilitado dispositivos de acompañamiento para hacer que se pueden saltar las nuevas barreras erigidas por la austeridad y discriminación. Solamente Médicos del Mundo, en las 12 CCAA donde tiene representación, ha registrado más que 1.100 casos de exclusión sanitaria entre mayo 2012 y Septiembre 2013. Pero mucho nos tememos que esto es solo la punta del iceberg. El hecho de que no haya más casos registrados se debe, por un lado, a la desesperación que hace que las víctimas de la exclusión sanitaria ya no busquen atención o la busquen tarde y, por otro lado, a la solidaridad de las personas que trabajan en el sistema sanitario, objetores formales o de hecho, que hace que mucha gente sí encuentre sus consultas, muchas veces por la puerta de atrás del centro sanitario. Aún así, sigue siendo un reto el acceso a medicamentos y a pruebas complementarias, ya que la informatización del sistema prohíbe esquivar esta barrera. Son sobre todo las personas crónicamente enfermas –la diabetes o trastornos de salud mental podrían ilustrar este tipo de paciente– las que se ven desatendidas, expulsadas de la atención continua y sin integración en los diferentes niveles de atención.

VALORACIÓN DEL IMPACTO DEL REAL DECRETO LEY 16/2012

Un año y medio después de la presentación del RDL y un año después desde que entró en vigor la exclusión de las personas migrantes en situación irregular, presentamos una valoración del impacto del Real Decreto ley 16/2012.¹ En total, Médicos del Mundo puede acreditar hasta la fecha la existencia de 1.192 casos de personas que

1. Este apartado sigue el informe Médicos del Mundo: *El impacto de la reforma sanitaria sobre el Derecho a la Salud – informe para la Defensoría del Pueblo*, Madrid septiembre, 2013. La implantación territorial de Médicos del Mundo, con proyectos y personas voluntarias en doce Comunidades Autónomas nos permite identificar el grado de aplicación del Real Decreto-ley en cada una y documentar las situaciones generadas por esta norma: tanto de manera individual a través de nuestras acciones de acompañamiento como a través del trabajo en red con otras organizaciones.

han sufrido algún tipo de vulneración del derecho a la salud motivada por la aplicación del Real Decreto-ley.

Tres podrían identificarse como las principales situaciones que se dan con mayor frecuencia:

- La imposibilidad de **acceder a la atención directa del personal médico**, ya sea por encontrar barreras administrativas, por falta de información/orientación adecuada para realizar la renovación de la tarjeta sanitaria o la solicitud por primera vez. Una de las consecuencias más dramáticas de esta falta de acceso viene motivada por la interrupción, en ocasiones, de tratamientos en dolencias crónicas, algunas con riesgo de ser mortales si no reciben adecuado tratamiento.
- Dificultad de **acceso a los medicamentos**, por falta de suficientes ingresos económicos. Muchos de estos casos se trataban de enfermedades diagnosticadas antes de la entrada en vigor del Real Decreto-Ley, o de enfermedades consideradas de salud pública.
- La exigencia de firmar un **compromiso de pago**, cuando no la emisión directamente de una factura, por la asistencia médica recibida.

La mayoría de las incidencias corresponden a personas que se encuentran en situación administrativa irregular; aunque también existen personas con nacionalidad española o con residencia comunitaria, así como solicitantes de asilo, que deben hacer frente a barreras que limitan el ejercicio de su derecho a la salud. Un gran número de casos que observamos corresponden a personas que tenían tarjeta sanitaria antes del 1 de septiembre, y a partir de esa fecha dejan de poder hacer uso de ella sin previo aviso. Nuestro conocimiento directo de la realidad desde nuestros programas, nos lleva a realizar un balance de la aplicación del Real Decreto-Ley negativo. Las consecuencias que observamos se pueden estructurar en torno a tres ejes:

1. **El deterioro de la gestión sanitaria:** resultado del alto nivel de confusión generada no sólo en la población en general, sino entre el personal sanitario y administrativo, dada la falta de información o instrucciones sobre cómo llevar adelante la aplicación del RDL. Como resultado, actualmente vivimos una clara asimetría en su implantación entre las Comunidades Autónomas y al interior de ellas, lo que está generando que la población se encuentre con respuestas contradictorias y una marcada descoordinación entre niveles asistenciales.
2. **El deterioro de la atención médica:** con ruptura del adecuado seguimiento de enfermedades crónicas y/o graves; una pérdida de efectividad de los programas de prevención sanitaria; un especial impacto en la protección de las personas víc-

timas de violencia de género y víctimas de trata de personas (véase recuadro); y las consecuencias de la introducción del copago farmacéutico entre las familias con menos recursos económicos.

3. **El incumplimiento de las excepciones** contempladas en el Real Decreto-ley que podemos denominar “excesos” de aplicación del RDL: la negación de la atención a mujeres embarazadas y menores de edad, así como una facturación sistemática en la atención de urgencias. Sea por exceso de celo o por otros motivos, estas situaciones son resultado de la confusión mencionada anteriormente.

EL IMPACTO DE LA REFORMA EN LAS MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO

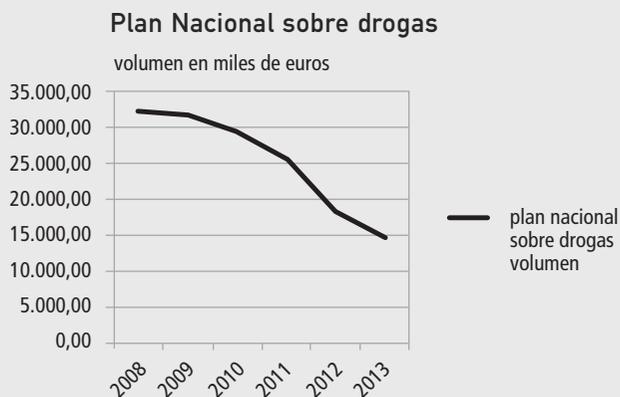
Existe un impacto inmediato de la reforma sanitaria para las mujeres víctimas de violencia de género, especialmente preocupante para aquellas que además están en situación de irregularidad, para quienes la atención sanitaria constituye una de las principales vías de denuncia y detección de la violencia. Si bien el índice de las denuncias ante la policía o juzgados sigue siendo muy bajo, la práctica totalidad de las víctimas acude a su centro de salud en el año posterior a las agresiones. Así, el ámbito sanitario se revela esencial para la detección temprana y la identificación de las víctimas. Por otra parte, hay un efecto diferenciado de la reforma para las mujeres víctimas de trata. Se podría acoger con satisfacción la inclusión de las mujeres víctimas de trata en el Real Decreto 1192/2012. Sin embargo, la asistencia sanitaria se limita a las mujeres cuya estancia temporal en España haya sido autorizada durante el “periodo de restablecimiento y reflexión”. Es necesario advertir que son muy pocas las que el Estado reconoce en su memoria de 2011 que en las operaciones policiales en lugares donde se realizaba la prostitución, se detectaron 15.075 personas en situación de riesgo, de las cuales solo fueron identificadas como víctimas de explotación sexual y trata 1.641. El II Informe sobre el estado de situación del Plan Integral de Lucha contra la Trata, destaca que se ofreció el periodo de restablecimiento y reflexión a 523 víctimas potenciales en situación irregular, concediéndose únicamente a 43 mujeres. Por otra parte, hay que recordar que, tal y como destaca el “Protocolo Marco de Protección de Víctimas de seres humanos”, la atención sanitaria es una de las vías por las que se detecta a posibles víctimas de trata.

Un comentario aparte merecen los Programas Especiales desarrollados en algunas CCAA –entre otros en Galicia, Asturias, Canarias, Aragón, Andalucía, Valencia– que entendemos que intentan ser una respuesta a la movilización social generada contra el RDL para minimizar su impacto en los colectivos más vulnerables y que, en el mejor de los casos, suponen parches parciales e incompletos. Esto ilustra el desempeño de *Programa Galego de Protección Social da Saúde Pública* en el cual, tras un año de funcionamiento (Sept2013), sólo se han podido beneficiar 1196 personas.

En resumen, y visto desde una perspectiva más analítica, la sanidad española se ve enfrentada a una triple amenaza –sistémica, presupuestaria y gerencial– que ideológicamente se unen en una propuesta que podemos definir de radicalmente liberal.

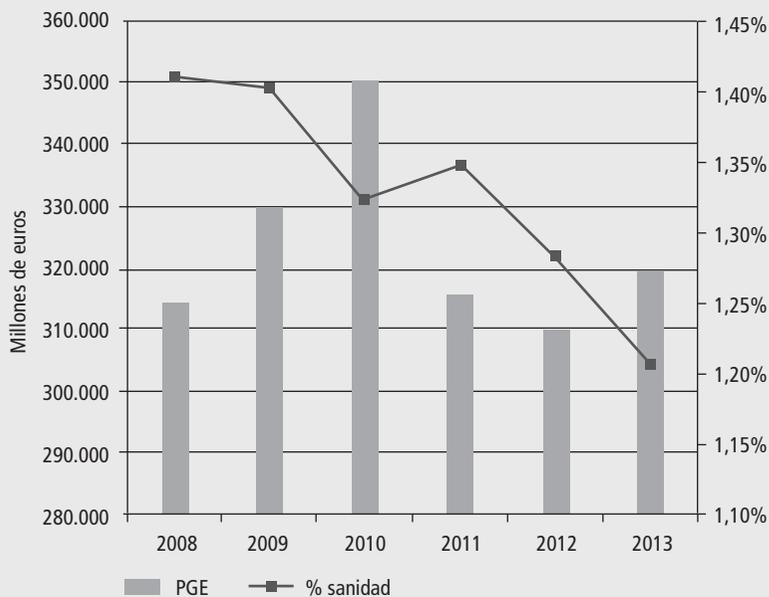
- **Sistémica – cambio de modelo.** Con la introducción de la figura del “aseguramiento”, se da un paso atrás en el desenvolvimiento de un sistema único y eficaz de financiación, regulación y prestación del que fuimos testigos en España. Mientras la historia del sistema sanitario español pasa por la integración de cada vez más colectivos y su base de financiación evoluciona hacia una contribución única por impuestos al Sistema Nacional de Sanidad, el RDL sienta la base de una fragmentación, no solo por la exclusión de todo un colectivo – ¿quién va a ser el próximo? –, sino por el potencial que tiene en definir prestaciones básicas y suplementarias. En este sentido, el Real Decreto 576/2013, del 3 de agosto 2013, no ha añadido nada nuevo: regulariza los “convenios especiales”, una especie de póliza gestionada por la administración pública. Así se reitera la lógica del aseguramiento privado, que rompe con la solidaridad en cuanto se le hace pagar más del doble a personas mayores. Cualquier sociedad tiene sistemas de solidaridad intergeneracional, sean familiares en sociedades pre-modernas o formales a través de sistemas de protección social en sociedades modernas. El RD566/2013 nos introduce al solitarismo posmoderno en cuanto que exige “*paga si puedes o quédate fuera*”. De esta forma, el RDL significa una ruptura con la trayectoria de ampliación sucesiva de derechos y, consecuencia de ello, por primera vez en la historia un retroceso en el principio de universalidad.
- **Presupuestaria – el gasto en sanidad ha ido cayendo sucesivamente en los últimos años.** Esto podría ser una buena noticia si se hubiese mejorado en eficacia o se hubiera producido una reducción de la prestaciones innecesarias (que sí existen), pero parece más bien que el único motivo era cumplir con las medidas de austeridad. Aunque el 90% del gasto sanitario corresponde a CCAA, el presupuesto Estatal es ilustrativo de lo que está sucediendo. Por ejemplo, el gasto en el Planes sobre drogas (véase gráfico) y planes de VIH es observamos unos recortes drásticos cuyas consecuencias están por venir.

GRAFICO 1. GASTO EN PLANES SOBRE DROGAS 2008 - 2013



A nivel nacional, el desarrollo del presupuesto de sanidad en relación al presupuesto general, y en números absolutos, sigue cayendo como se observa en el gráfico 2.

GRÁFICO 2. PORCENTAJE DEL PRESUPUESTO NACIONAL DESTINADO A SALUD



Fuente: Elaboración propia.

Mientras tanto, la aportación de los pacientes al gasto anual en fármacos sigue incrementándose. Un reciente estudio demuestra que la aportación del paciente al gasto anual en productos farmacéuticos se ha duplicado: en 2011 el copago significaba el 5,8 por ciento, en 2012 esta cifra se eleva al 11,5.²

Al nivel de las CCAA el presupuesto en sanidad es el que más ha sufrido: en los últimos tres años más que el 60% del recorte fue asumidos por las partes presupuestarias en sanidad. Comparando el presupuesto de 2013 con el más alto de los cinco años pasados se nota un recorte entre el 2 y 16 por ciento, mucho de ello en los capítulos de gastos de personal.³ Sintetizando esta dinámica, el gobierno declara en su PNRE 2013 que con las medidas de la reforma sanitaria del RDL el gasto sanitario en 2012 se ha reducido en un 8% respecto al año anterior.

GASTO SANITARIO EN 2013



*Pais Vasco y Cataluña: se da el dato de 2012 (el último disponible) y la variación 2010-2012

2. Rafael Borràs: Impacto de las medidas de ahorro sobre el sector farmacéutico, Madrid 2013 (Antares consulting)
3. Comisiones Obreras 2013: Análisis del Presupuesto Sanitario 2013. - Desmontando la sanidad pública, Madrid

- Gerencial – la sombra de la privatización. La tercera dimensión del cambio sistémico es la apertura de los servicios de provisión pública a actores privados con ánimo de lucro, que se materializa sobre todo al nivel autonómico. Por un lado, no se entra en el debate de si otras formas de prestación de servicios que no sean con ánimo de lucro – colectivos de profesiones sanitarios, ONGs etc. – podrían generar una innovación, posiblemente con más orientación a la diversidad de las necesidades en la atención, ya que no se distingue entre la provisión por ánimo de lucro y sin-ánimo de lucro. Sin embargo, por otro lado, se da por hecho tácitamente en el discurso de algunas consejerías autonómicas de sanidad, y hasta en la comunicación oficial del gobierno, que la atención pública será necesariamente inferior. De esta forma, por ejemplo, el PNRE 2012 habla de que *“la optimización de las inversiones en infraestructuras se verá favorecida a partir de la aplicación de criterios selectivos en la aprobación de nuevos proyectos de inversión y enfocando la financiación de estos nuevos proyectos hacia esquemas de participación de la iniciativa privada”*.⁴ Pero más allá de la glorificación de las fuerzas del mercado y el desprecio de la ética funcionarial, los promotores no entran en dar la base de información necesaria para poder tomar la decisión sobre si la gestión privada es más eficaz. La Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS) considera que *“Quienes en nuestro país aplican sus saberes e instrumental analítico a la evaluación de políticas sanitarias, apenas pueden ir más allá de constatar que no se dispone de evidencia que apoye esas aseveraciones. En buena medida por insistencia demostrada por nuestras autoridades sanitarias en no hacer pública la información necesaria para verificarlas, lo que parece traducir un importante desinterés por evaluar estos modelos y un claro déficit democrático.”*⁵ Al contrario, la evidencia en la amplia literatura científica que cuestiona la mayor eficacia de la gestión con ánimo de lucro no se recoge en la argumentación oficial. Con esta falta de transparencia, y la oposición a entrar en argumentos con evidencia científica, es difícil que puedan generar un clima de confianza en la ciudadanía. Tampoco ayuda las noticias sobre el comportamiento de algunos altos gerentes de la sanidad pública que parecen posicionarse en una especie de puerta giratoria entre cargo público y empresa privada, adjudicando desde una posición los beneficios que gestionarán meses después.⁶

4. Programa Nacional de la Reforma de España 2013, p.

5. SESPAS 2012: Posicionamiento de SESPAS sobre las políticas de privatización de la gestión de los servicios sanitarios

6. H Legido-Quigley et al 2013: Will austerity cuts dismantle the Spanish healthcare system, in: BMJ 2013, 346;

La crisis tiene un impacto sobre la salud y sobre los sistemas de sanidad. Por una parte, el desempleo y el ahorro en todas las políticas públicas generan una carga adicional sobre los determinantes de la salud, especialmente notable en los estratos poblacionales de ingresos bajos. Entre 2009-10 los suicidios crecieron notablemente, indicador fiable del aumento de las depresiones a nivel poblacional.⁷ Por otra parte, y considerando este peso que significa la crisis sobre la salud, los políticos se ven enfrentados con las opciones de reforzar los sistemas de salud para mitigar el impacto de la crisis o bien aplicar el régimen de austeridad también sobre el gasto sanitario. Todo apunta a que en Europa, y particularmente en los países del sur, han optado por lo segundo. Los efectos son devastadores. Grecia se ha convertido en un ejemplo sangriento para comprobar cómo la combinación de crisis económica con medidas de austeridad en las políticas sanitarias – y de bienestar en general – llevan a una caída notable de los indicadores principales de cobertura sanitaria y de estatus de salud.⁸ David Stuckler, salubrista reconocido de la Universidad de Oxford, resume: “la recesión duele, la austeridad mata”.⁹

7. Stuckler D, Basu S, Suhrcke M, Coutts A, McKee M. Effects of the 2008 recession on health: a first look at European data. *Lancet* 2011; 378: 124–25; Karanikolos M., Mladovsky P., Cylus J., Thomson S., Basu S., Stuckler D., MacKenbach J.P., McKee M. Financial crisis, austerity, and health in Europe (2013) *The Lancet*, 381 (9874), pp. 1323-1331

8. Elias Kondilis, Stathis Giannakopoulos, Magda Gavana, Ioanna Ierodiakonou, Howard Waitzkin, and Alexis Benos. Economic Crisis, Restrictive Policies, and the Population's Health and Health Care: The Greek Case. *American Journal of Public Health*: June 2013, Vol. 103, No. 6, pp. 973-979

9. David Stuckler, Sanjay Basu: *The Body Economic: Why Austerity Kills*, Oxford 2013 <http://thebodyeconomic.com>

LA REFORMA SANITARIA ¿ES LEGAL?

El RDL16/2012 plantea la exclusión sanitaria de las personas migrantes que se encuentran en situación administrativa irregular además de una serie de medidas que mueven la carga de pago de una financiación solidaria hacia la responsabilidad de la persona enferma. El gobierno se ha mostrado inalterable frente a los múltiples avisos tanto de profesionales sanitarios como de la sociedad civil, y en el congreso de los diputados no solo han negado el impacto negativo de la reforma sino que han rechazado cualquier iniciativa que reclamara la restitución del principio de la universalidad. La mayoría absoluta permite al gobierno mantener esta posición pero no sin contestación ciudadana. Cerrada por lo tanto la vía legislativa, se ofrece la cuestión de si por vía judicial se puede rebatir la normativa. A grandes rasgos existen tres vías: el recurso de inconstitucionalidad por vía de entidades estatales, la denuncia ante mecanismos internacionales de DDHH y la vía legal individual a través del sistema judicial.

La cuestión de constitucionalidad por parte de otras entidades estatales:

Asturias, Andalucía, Euskadi y Catalunya han interpuesto un recurso ante el tribunal constitucional. Mientras su argumentación se basa principalmente en el asunto de competencias, igual entra en cuestiones de fondo –el derecho a la salud de todas las personas– y procedimiento –principalmente la “urgencia” de la medida y su tramitación por Decreto-ley. Según fuentes jurídicas, parece ser difícilmente contestable que la competencia de definición de quienes entran en la protección social se halla en otro nivel que el estatal. Más éxito parece tener la cuestión procedimental que argumenta que la tramitación por Decreto-ley no era justificada, debido a la falta de urgencia. Por último, queda por ver si el tribunal constitucional quiera entrar en cuestiones de fondo relacionado con el derecho a la salud, o incluso el derecho a la vida. Una primera indicación, que sí podría ir por esta vía es el auto (4540-2012) que emitió, mediando en un conflicto de competencias entre el gobierno del Estado y el gobierno vasco, dándole la razón a la consejería vasca de seguir incluyendo a todas las personas residentes en la atención sanitaria, incluyendo las que se encuentran en situación administrativa irregular. Llamaba la atención la referencia en el auto al derecho a la vida. Por otro lado, daba razón al gobierno central sobre la legitimidad del copago. Debido a los tiempos con que trabaja el tribunal no se espera una sentencia en el próximo año. Por otro lado, el reciente cambio en las mayorías en el TC deja por ver si vulneraciones de derechos por políticas de austeridad serán considerados inconstitucionales o si el TC toma una línea más pro-gubernamental. Aparte de a las CCAA, la cuestión de constitucionalidad sobre una ley está abierto o bien a grupos parlamentarios que tienen más que 50 diputados o bien a la defensoría del pueblo. El grupo parlamentario del PSOE –el único que tiene el número suficiente de diputados para poder hacerlo– ha optado por no interponer un recurso. De igual manera, la defensoría del pueblo no ha llevado la cuestión al tribunal constitucional, limitándose a unos comentarios generales sobre el obligatorio cumplimiento de los derechos sociales.

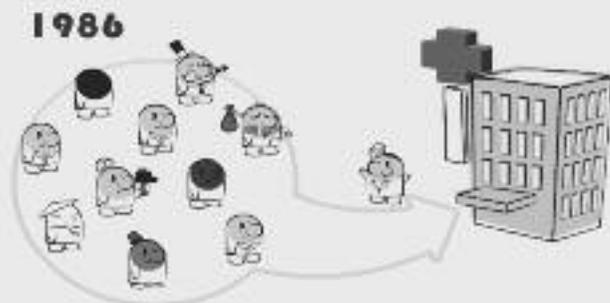
La denuncia ante mecanismos internacionales de protección de Derechos Humanos:

el RDL16/2012 se le ha acusado de infringir contra dos principios constitutivos de los derechos sociales: la no discriminación y la no regresividad. El primero – no discriminación – reglamenta que no se puede dejar en desventaja a ningún grupo de población que esté bajo la responsabilidad del Estado. El segundo – no regresividad – hace referencia al carácter progresivo de la realización de los DDHH, y llama la atención sobre la obligación de mantener

los niveles de derechos alcanzados. El gobierno español ha recibido ya algunos toques de atención por parte de estos mecanismos, entre ellos el comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas (DESC) o el Relator Especial para la Eliminación de la Discriminación Racial. El Comité DESC mostró en mayo 2012 su preocupación por el Real Decreto ley 16/2012, y ha recomendado a España que la reforma sanitaria adoptada no limite el acceso de las personas que residen en el Estado a los servicios de salud, cualquiera que sea su situación legal. El Comité también recomienda revisar las reformas adoptadas para garantizar que las medidas de austeridad no disminuyan el nivel de protección de los derechos alcanzados y sean en todos casos temporales y proporcionales. Asimismo, el Relator Especial de Naciones Unidas sobre las formas contemporáneas de racismo, discriminación racial, xenofobia y formas conexas de intolerancia calificó como novedad legislativa “lamentable” la limitación en el acceso al derecho a la salud para la población migrante irregular, y recomendó a España que revisase la reforma sanitaria y garantizar el acceso al derecho a la salud para todas las personas, independientemente de su estatus migratorio. De la misma forma, el comisario de DDHH del Consejo de Europa, Nils Muižnieks, y la Alta Comisaria de DDHH de la ONU, Navanethem Pillay, en sus recientes visitas tomaron nota de la situación sanitaria y la exclusión de personas migrantes. Sus respectivos informes están por publicar y todo apunta que haya una nueva sensibilidad sobre el impacto de políticas de austeridad en derechos sociales y la forma de cuantificar y justiciar los DESC a través de indicadores. A esta rendición de cuentas hacia estándares sociales internacionalmente codificados puede contribuir positivamente el Protocolo Facultativo del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PFPIDESC), recientemente entrado en vigor, que permite a individuos dirigirse a los guardianes de los DESC una vez agotado todos los medios domésticos. Mientras el *blaming and shaming* (culpa y vergüenza) al nivel internacional representa cierto incentivo para el gobierno, es tremendamente difícil convertirlo en un mecanismo que hace obligatorio el cambio legislativo – en este caso la derogación del RDL.

La vía legal individual a través del sistema judicial. En este caso se trata de demostrar la incursión en los derechos de una persona por la vía judicial. La jurisdicción española reconoce tres ámbitos en los cuales se puede reclamar esta incursión, siendo estos la vía civil, la vía penal y el contencioso–administrativo. Mientras los primeros se refieren a relaciones entre dos personas, buscando la vía penal la comprobación de un delito y la vía civil la de una compensación, el contencioso–administrativo tiene como objetivo comprobar que la actuación legislativa de la administración pública ha generado el daño individual. Esto abre la posibilidad a través de una “litigación estratégica” llevar un caso particular a través de las instituciones para defender la causa en general e incidir en un cambio legislativo. En el caso del RDL16/2012 esto significaría identificar un caso de una persona perjudicada por la exclusión sanitaria (sea formalmente excluida en los casos de sin papeles o económicamente excluida en los casos del copago) y construir un caso ante los Tribunales. Más allá de esto, la jurisdicción española permite a un juez poner una “cuestión de inconstitucionalidad” en cuando observa, a través de un caso concreto, que una ley entra en conflicto con los principios de la Constitución. Es también por estas vías por donde ahora se busca denunciar el RDL, añadiendo la presión social y política como mecanismos para restaurar la universalidad en la sanidad.

DESMANTELANDO LOS MITOS SOBRE LA SANIDAD ESPAÑOLA



Médicos del Mundo ha editado una serie de 5 videos didácticos de corta duración que explican el desarrollo histórico y funcionamiento de la sanidad española. El objetivo es clarificar una serie de conceptos sobre la financiación, el uso del sistema sanitario por personas migrantes y el modelo cómo Sistema Nacional de Sanidad (SNS). Se dirigen al público general y a las profesiones sanitarias. Surgen como resumen de un documental presentado en Abril 2013 “cuanto ganamos, cuanto perdimos” presentado por la productora Synechia Films.

“Consecuencias de la reforma sanitaria” – explica el rechazo de la reforma sanitaria desde una perspectiva del derecho universal a la salud.

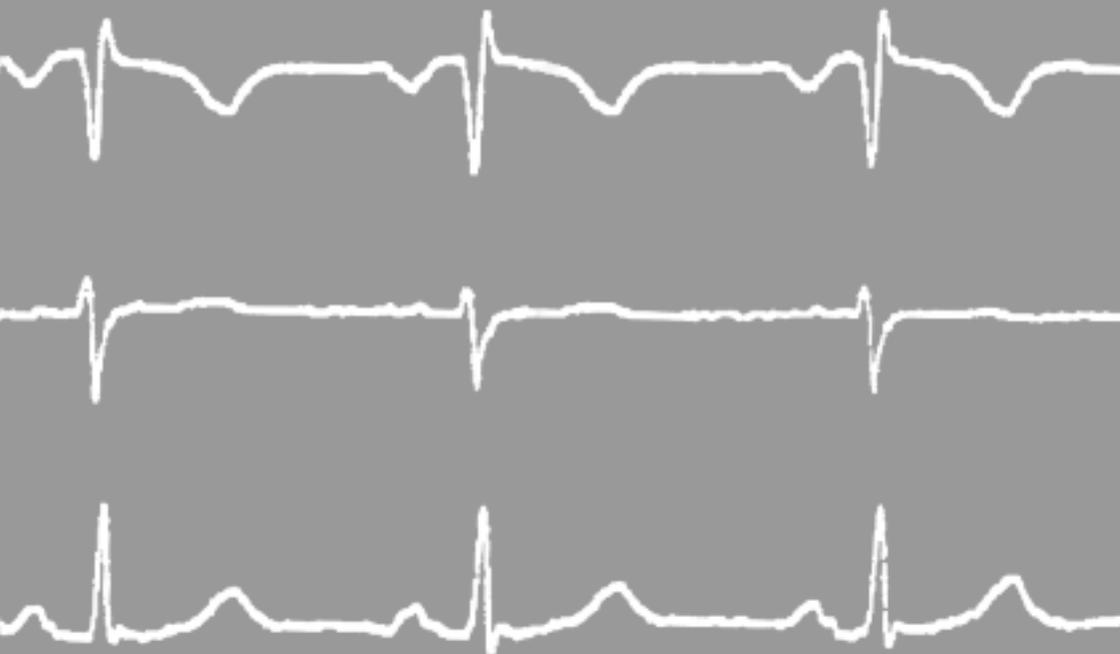
“Viviremos menos y peor” reflexiona sobre el impacto poblacional de la austeridad en políticas de sanidad.

“El fin de la sanidad universal” relata la historia de ampliación de derechos que encuentra un parón en el RDL16/2012 por la introducción de la figura del aseguramiento, que reemplaza el derecho universal.

“Si pagas el pan, pagas la sanidad” expone el sistema de financiación del sistema sanitario, sus principios de solidaridad y progresividad y la diferencia entre impuestos y cotización.

“El mito del abuso sanitario” denuncia los discursos discriminatorios contra la población inmigrante y la polémica confusión alrededor del concepto “turismo sanitario”.

Estos videos representan unos recursos atractivos que se pueden utilizar en la formación, en la sensibilización y en ámbitos de educación sobre el derecho a la salud. Disponibles en www.derechoacurar.org



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 (CAD) suelen ir con dos años de retraso. Por lo tanto, salvo las cifras generales de ayuda, de las cuales el CAD ya ha hecho públicos datos preliminares de 2012, el resto de las que presentamos en este capítulo (desagregaciones sectoriales y geográficas) corresponden a 2011. Debido a ello, pueden presentarse discrepancias entre las cifras de este capítulo y los siguientes. La razón de mantener este capítulo es poder comparar la cooperación española con lo que hacen, en el campo de la cooperación en salud, los principales donantes del CAD.

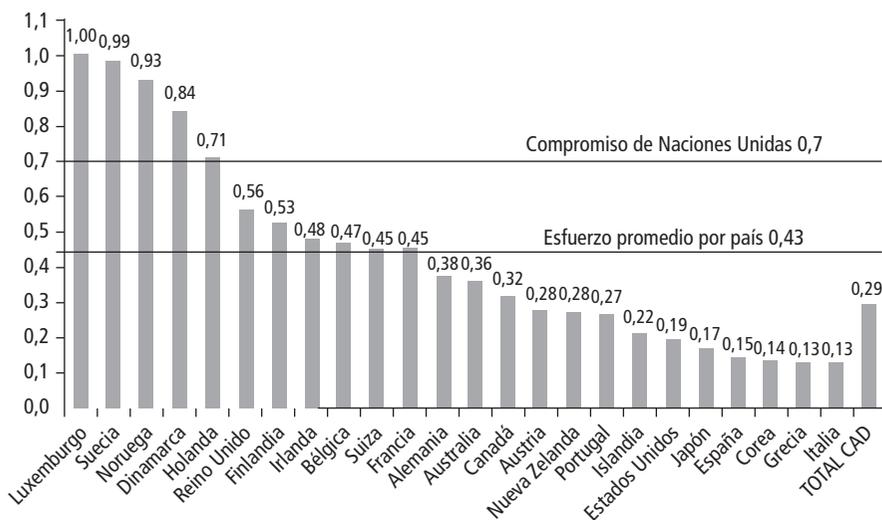
Si tuviéramos que avanzar una conclusión, esta sería que el análisis del comportamiento de la ayuda oficial al desarrollo canalizada por los principales donantes, agrupados en el Comité de Ayuda al Desarrollo de la OCDE, confirma el cambio de tendencia que se apuntaba en 2011; es decir, una bajada de las cifras netas de ayuda oficial al desarrollo.

2. EL COMITÉ DE AYUDA AL DESARROLLO

A partir de los datos hechos públicos por el CAD, en el año 2012 el total de la AOD neta desembolsada por el conjunto de países miembros alcanzó la cifra de 125.586 millones de dólares -expresada en dólares corrientes- lo que supuso una disminución del 6 % respecto al año anterior (si se realiza el cálculo expresando el volumen de ayuda en dólares constantes de 2011, el porcentaje de disminución es del 4 %). Desde el punto de vista del esfuerzo en AOD, expresado como % del PIB, la AOD media de los países del CAD representa el 0,29% de su ingreso combinado nacional bruto, mientras que en 2011 fue de 0,31%. Esta reducción es la mayor desde 1997 y es la primera vez desde 1996-1997 que la ayuda se ha reducido en dos años consecutivos.

A pesar de la persistente crisis financiera, cinco países siguen cumpliendo con el compromiso del 0,7% de AOD, Luxemburgo, Suecia, Noruega, Dinamarca y Holanda, y cuatro han aumentado su presupuesto: Australia, Canadá, Corea del Sur y Nueva Zelanda. El comportamiento de estos países demuestra que el mantenimiento de los niveles de ayuda no es imposible, incluso en el contexto económico de hoy. España, que llegó a situarse en octavo lugar en 2008, en 2012 ocupa el puesto 21 de 24, con una aportación del 0,15 %, porcentaje que retrotrae el esfuerzo de nuestra cooperación quince años atrás.

GRÁFICO 2.1. AOD DE LOS PAÍSES DEL CAD, COMO PORCENTAJE DEL PIB, EN 2012



Fuente: CAD OCDE

Desde el punto de vista de las cifras absolutas de AOD, observamos que en 2012 casi todos los países del CAD han reducido el volumen de su AOD. Pero como hemos visto, hay excepciones. Destaca positivamente Australia, que ha incrementado su ayuda en un 9 % y Corea, en un 17%. En el capítulo de las reducciones, España vuelve a protagonizar por tercer año consecutivo el mayor recorte de AOD en términos absolutos, con una reducción de 2.225 millones de dólares, es decir, el 53 % respecto al año anterior. Italia, que en 2011 incrementó sustancialmente el volumen de su AOD, lo ha reducido en 2012 en un 39 % (1.687 millones de dólares), situándose en cifras ligeramente inferiores a las de 2010. Francia y Alemania han aplicado

reducciones del 8% y 7% respectivamente, casi mil millones de dólares en cada caso. Holanda, aunque ha mantenido el compromiso del 0,7%, ha reducido en 2012 su AOD un 13 %, es decir, 820 millones de dólares.

Aunque los estados miembro de la Unión Europea, en su conjunto, han reducido su volumen de AOD en más de ocho mil millones de dólares, cabe destacar que las instituciones europeas han mantenido el nivel de ayuda.

TABLA 2.1. AOD NETA DE LOS PAÍSES DEL CAD 2009 – 2012 (EN MILLONES DE DÓLARES CORRIENTES)

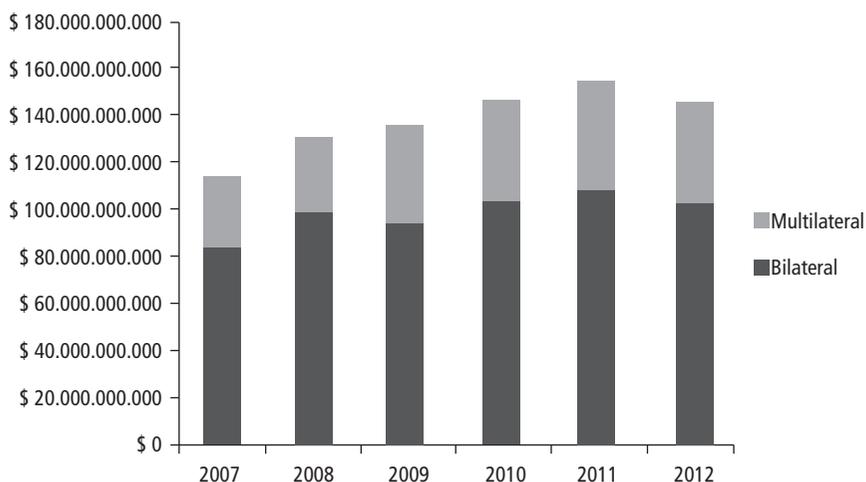
	2009		2010		2011		2012		Variación 11/12
	Monto	% AOD/ PIB	Monto	% AOD/ PIB	Monto	% AOD/ PIB	Monto	% AOD/ PIB	
Australia	2.761,00	0,29	3.826,10	0,32	4.983,00	0,34	5.440,00	0,36	457,00
Austria	1.141,78	0,3	1.208,42	0,32	1.111,00	0,27	1.112,00	0,28	1,00
Bélgica	2.609,60	0,55	3.003,93	0,64	2.807,00	0,54	2.303,00	0,47	-504,00
Canadá	4.012,50	0,3	5.208,57	0,33	5.459,00	0,32	5.678,00	0,32	219,00
Dinamarca	2.809,88	0,88	2.871,24	0,9	2.931,00	0,85	2.718,00	0,84	213,00
Finlandia	1.286,14	0,54	1.332,95	0,55	1.406,00	0,53	1.320,00	0,53	-86,00
Francia	12.430,91	0,46	12.915,10	0,5	12.997,00	0,46	12.000,00	0,45	-997,00
Alemania	12.079,30	0,35	12.985,36	0,38	14.093,00	0,39	13.108,00	0,38	-985,00
Grecia	607,36	0,19	507,72	0,17	425,00	0,15	324,00	0,13	-101,00
Islandia					26,00	0,21	26,00	0,22	0,00
Irlanda	1.005,78	0,54	895,15	0,53	914,00	0,51	809,00	0,48	-105,00
Italia	3.297,49	0,16	2.996,39	0,15	4.326,00	0,2	2.639,00	0,13	-1.687,00
Japón	9.480,10	0,18	11.020,98	0,2	10.831,00	0,18	10.494,00	0,17	-337,00
Corea del Sur	815,54	0,1	1.173,79	0,12	1.325,00	0,12	1.551,00	0,14	226,00
Luxemburgo	414,73	1,01	402,69	1,09	409,00	0,97	432,00	1	23,00
Países Bajos	6.426,08	0,82	6.357,31	0,81	6.344,00	0,75	5.524,00	0,71	-820,00
N. Zelanda	309,28	0,29	342,22	0,26	424,00	0,28	455,00	0,28	31,00
Noruega	4.085,84	1,06	4.579,57	1,1	4.756,00	0,96	4.754,00	0,93	-2,00
Portugal	512,71	0,23	648,96	0,29	708,00	0,31	567,00	0,27	-141,00
España	6.570,84	0,46	5.949,46	0,43	4.173,00	0,29	1.948,00	0,15	-2.225,00
Suecia	4.548,23	1,12	4.533,49	0,97	5.603,00	1,02	5.242,00	0,99	-361,00
Suiza	2.305,35	0,47	2.299,95	0,41	3.051,00	0,45	3.022,00	0,45	-29,00
Reino Unido	11.504,89	0,52	13.052,97	0,56	13.832,00	0,56	13.659,00	0,56	-173,00
EE UU	28.665,33	0,2	30.353,16	0,21	30.783,00	0,2	30.460,00	0,19	-323,00
Total CAD	119.680,66	0,31	128.465,48	0,32	133.717,00	0,31	125.585,00	0,29	-8.132,00

Fuente: OCDE – CAD

Conviene apuntar también que en 2012 un país que no es miembro del CAD, Turquía, ha duplicado su volumen de AOD respecto al año anterior, llegando a los 2.532 millones de dólares, situando su esfuerzo en el 0,33 % del PIB. Más allá de situar su AOD por encima de la media del CAD, y superar con ello a 11 de los países miembro del CAD, queremos llamar la atención sobre las motivaciones que pudiera haber detrás de esta decisión. Turquía y Nueva Zelanda, que también ha incrementado su AOD en un 31%, junto con España aspiran a ocupar las dos sillas de los miembros no permanentes del Consejo de Seguridad de NNUU que quedarán vacantes en 2015. Mientras que Turquía y Nueva Zelanda respaldan su candidatura incrementando su ayuda al desarrollo, España basa su estrategia en méritos pasados que, siendo importantes, quizás no sean suficientes. Sin duda sería más efectivo acompañar los méritos adquiridos con un incremento en la AOD que demostrara con hechos que España sigue siendo un país comprometido con NNUU.

Respecto a la naturaleza de los fondos, el ejercicio 2012 presenta proporciones muy similares a las de 2010 y 2011 en cuanto a la distribución de la ayuda multilateral y bilateral. La ayuda bilateral continúa representando más del 70% del total de la AOD en 2012.

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

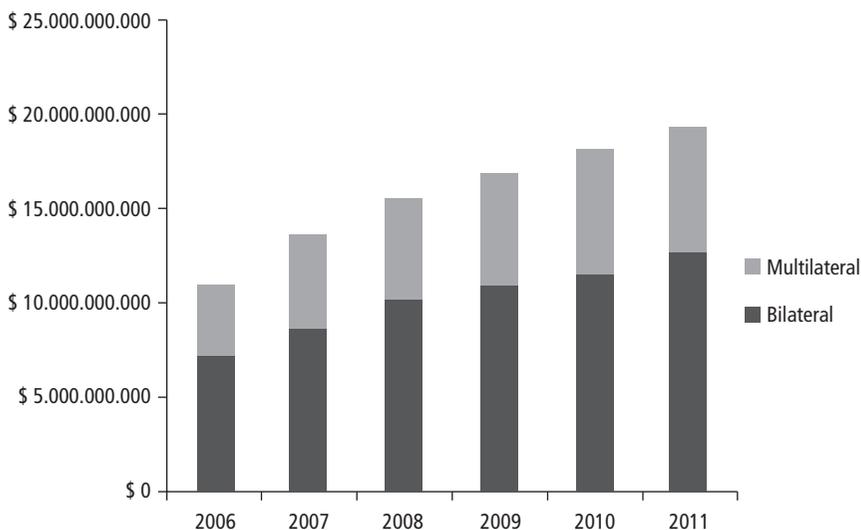


Fuente: Elaboración propia a partir de datos del CAD. La distribución de 2012 es una estimación

2.1. Evolución de la AOD en salud

Entre 2006 y 2011 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 19.316 millones en 2011 que representan el 12,5% del total de la ayuda. Aunque este porcentaje de salud sobre la AOD ha crecido notablemente en los últimos años, aún no 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. En 2011 el crecimiento de la ayuda en salud se ha producido principalmente en el canal bilateral.

GRÁFICO 2.3. DESEMBOLSOS BRUTOS DE AOD DEL CONJUNTO DE PAÍSES DEL CAD DESTINADOS A SALUD (SECTORES 120 Y 130) POR CANALES (EN DÓLARES CORRIENTES)

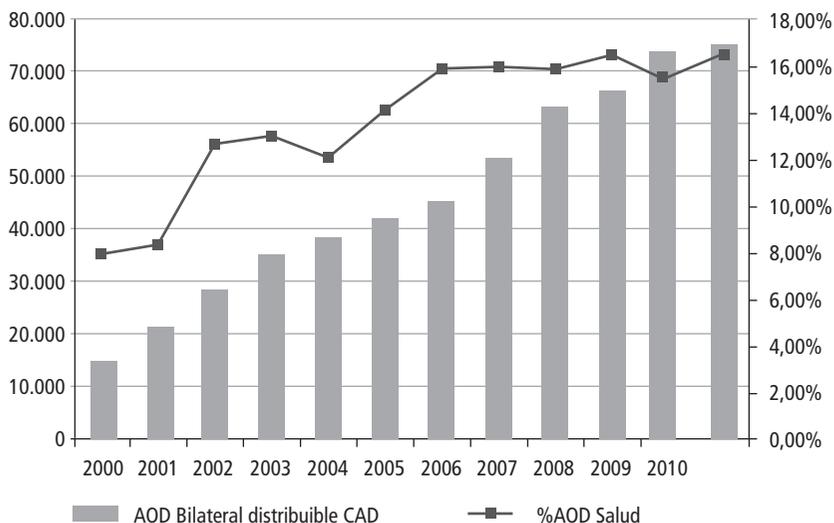


Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Creditor Reporting System

Si analizamos la AOD bilateral destinada al sector salud podemos observar que, después del retroceso que experimentó en 2010 en el peso relativo que tiene en comparación con la AOD bilateral sectorialmente distribuible, en 2011 se ha vuelto a recuperar e incrementar (gráfico 2.4); conviene precisar que, si bien cuando analizamos el porcentaje destinado a salud sobre el total de AOD el resultado se queda

todavía por debajo del 15% demandado, cuando se analiza el porcentaje destinado a salud respecto a la ayuda bilateral sectorialmente distribuíble, alcanza el 16,66%. A pesar de que consideramos un hecho muy positivo superar el 15% de la ayuda bilateral distribuíble para salud, sería necesario hacer un esfuerzo para que el conjunto de la AOD alcance el mismo porcentaje.

GRÁFICO 2.4. EVOLUCIÓN DE LA AOD BILATERAL DISTRIBUIBLE Y DEL PORCENTAJE DESTINADO A SALUD POR EL CONJUNTO DE PAÍSES DEL CAD (EN DÓLARES CORRIENTES)

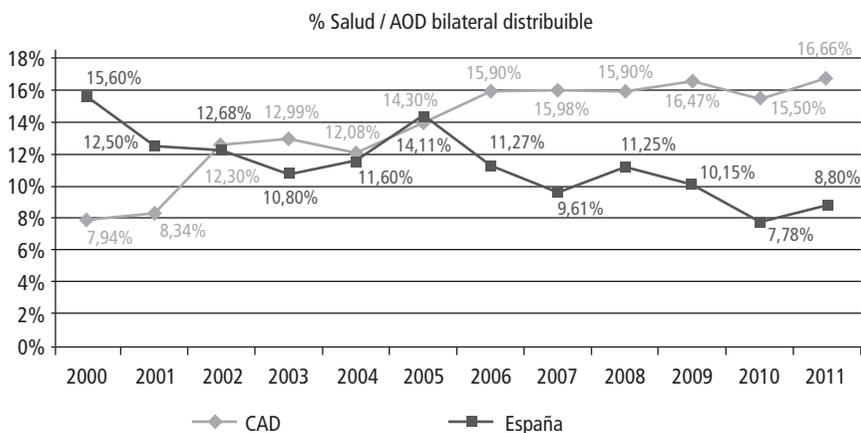


Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Creditor Reporting System

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 se va distanciando progresivamente del promedio CAD. Desde el año 2005 -en que el porcentaje de la AOD bilateral distribuíble que la cooperación española dedicaba a salud era prácticamente coincidente con el promedio del CAD-, el conjunto del CAD ha seguido una tendencia de mayor orientación al sector salud, en coherencia con la importancia que el conjunto de donantes ha dado a este sector como uno de los sectores claves en la lucha contra la pobreza; sin embargo, la cooperación española ha ido reduciendo el peso relativo del sector salud hasta situarse en 2010 en un 7,78% de la AOD bilateral distribuíble (gráfico 2.5). En 2011 este porcentaje se incrementó ligeramente, hasta un 8,80 %, poco más de la mitad que el

promedio del CAD. Este bajo peso relativo de la salud en la AOD española, no es coherente con la importancia que desde la cooperación española se ha dado tradicionalmente a este sector en sus documentos estratégicos.

GRÁFICO 2.5. 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, Canadá y Australia fueron en 2011 los mayores donantes en el sector salud, sumando entre los cuatro países casi el 78 % de toda la AOD bilateral en salud.

De los 25 países miembros del CAD, 10 han disminuido su contribución bilateral en salud respecto a 2010. Los descensos más llamativos son los de Francia que redujo un 50 % su AOD bilateral en salud y España un 33 %. LA AOD bilateral en salud conjunta de todos los miembros del CAD se incrementó casi un 10 %. En los incrementos destacan los de Austria (51,5 %), Canadá (49 %), Australia (42 %), Suiza (37 %) y Reino Unido (25 %).

**TABLA 2.2. DESEMBOLSOS BRUTOS DE AOD BILATERAL EN SALUD DE LOS PAÍSES DEL CAD
2006 – 2011 (EN MILLONES DE DÓLARES CORRIENTES)**

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Australia	180,12	181,94	207,84	225,92	333,26	473,26
Austria	13,94	13,99	14,02	11,83	9,88	14,98
Bélgica	117,82	146,52	148,77	156,54	162,37	169,80
Canadá	213,17	412,91	407,35	439,95	448,95	668,68
Rep. Checa						3,17
Dinamarca	68,07	79,78	89,55	130,94	169,62	148,45
Finlandia	37,58	40,30	46,24	36,03	36,96	33,43
Francia	276,25	97,85	349,94	344,41	423,95	211,32
Alemania	248,14	350,17	405,61	424,62	475,27	405,96
Grecia	31,82	33,99	13,58	21,45	6,20	2,70
Islandia						1,70
Irlanda	155,56	179,81	152,47	123,73	98,74	96,24
Italia	72,07	107,02	120,49	102,27	84,27	111,87
Japón	353,89	396,31	347,46	358,28	391,17	436,14
Corea	40,76	51,90	64,88	99,81	140,99	103,06
Luxemburgo	42,58	54,14	56,90	46,86	58,83	40,92
Holanda	249,22	306,41	372,62	357,96	308,78	309,28
Nueva Zelanda	17,75	12,35	19,16	17,63	26,40	27,00
Noruega	239,53	211,94	252,49	260,89	197,80	217,00
Portugal	10,39	11,15	8,21	9,32	12,38	17,37
España	146,02	235,81	395,68	336,05	249,51	166,48
Suecia	250,28	285,23	250,69	212,45	195,63	189,50
Suiza	43,52	43,72	56,89	65,83	57,46	79,00
Reino Unido	879,73	1.099,43	1.003,02	1.088,56	1.213,66	1.520,22
EE.UU.	3.583,21	4.216,84	5.319,99	6.079,97	6.375,18	7.164,56

Fuente: Creditor Reporting System

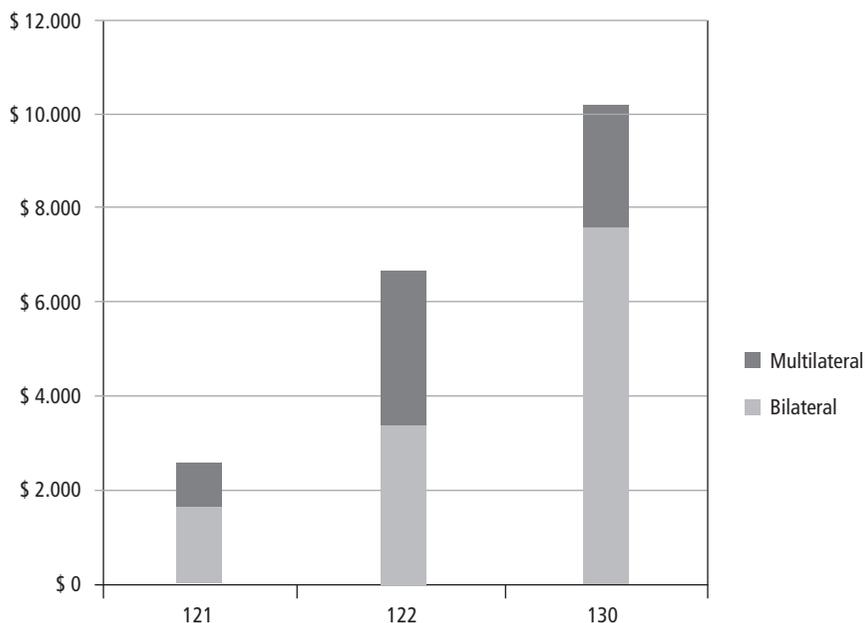
2.2. Composición sub - sectorial de la ayuda en salud

Para realizar el análisis en profundidad de la composición subsectorial de la ayuda oficial al desarrollo en salud, mantenemos, como en anteriores informes, la clasificación de los tres subsectores que propone el CAD: 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 2011, el ámbito de la salud reproductiva concentra la mayor parte de las contribuciones, alcanzado la cantidad de 10.165 millones de dólares (un 10% más que el año anterior), seguido por el subsector salud básica con 6.627 millones de dólares (un 1% menos que en 2010) y, finalmente, salud general con 2.528 millones de dólares (un 14 % más).

En cuanto a canales de financiación, el subsector salud reproductiva canaliza el 75% de la ayuda a través de desembolsos bilaterales; en el caso del subsector salud general es el 63% y en salud básica encontramos una asignación equilibrada entre la ayuda bilateral y multilateral. Esta distribución sectorial por canales, muy similar a la del año anterior, dista bastante de la que se da en la cooperación española.

GRÁFICO 2.6. DESEMBOLSOS BRUTOS DE AOD DEL CONJUNTO DE PAÍSES DEL CAD DESTINADOS A LOS SECTORES 121, 122 Y 130 EN EL AÑO 2011 POR CANALES (EN MILLONES DE DÓLARES CORRIENTES)



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

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 entre 2006 y 2011 en salud básica y salud sexual y reproductiva, y un estancamiento –con ligeras fluctuaciones- en salud general.

Dentro del subsector de salud general destaca el componente de política sanitaria y gestión administrativa, que supone el 71 % de todo el subsector, componente que más apoya el fortalecimiento de los sistemas locales de salud. En el subsector de salud básica la ayuda está más repartida en cuanto a componentes, destacando tres de ellos –atención sanitaria básica, control de la malaria y control de la tuberculosis- que en conjunto suponen el 68 % del sector, dejando la educación sanitaria y la formación de personal con muy poco presupuesto (apenas un 2,7 % del sector). En el subsector de salud sexual y reproductiva destaca el componente de lucha contra enfermedades de transmisión sexual, incluido sida, que acapara más de tres cuartas partes de la AOD de este subsector y el 40 % de toda la AOD en salud. Sin embargo, otros componentes como planificación familiar y, sobre todo, formación de personal para salud sexual y reproductiva (0,3 % del subsector), 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 inciden específicamente en la atención primaria de salud (APS) y el fortalecimiento de los sistemas públicos de salud¹.

En los últimos cinco años, la **ayuda bilateral en salud** distribuida por subsectores presenta una tendencia parecida a la de las aportaciones globales: ascendente en salud básica y en salud reproductiva, mientras el subsector salud general experimentó un descenso continuado entre 2006 y 2009 que se ha visto compensado con incrementos en los dos últimos años del período.

En 2011 el conjunto de donantes siguió apostando, prioritariamente, por la salud reproductiva, que experimentó un incremento del 12%, hasta alcanzar la cifra de 7.615 millones de dólares, el 60 % de toda la AOD bilateral en salud. El subsector salud básica ha experimentado en este año un pequeño incremento del 3,3 % respecto a 2010, suponiendo casi un 27 % de toda la AOD bilateral en salud; por último, salud general experimenta un incremento del 14,5 %, y mantiene el peso relativo cercano al 12% respecto del total de AOD bilateral en salud.

1. Se puede encontrar un análisis detallado de los componentes subsectoriales más coherentes con la APS y el fortalecimiento de los sistemas de salud en *“La salud en la cooperación al desarrollo y la acción humanitaria. Informe 2009”*

TABLA. 2.3. DESEMBOLSOS BRUTOS DE AOD TOTAL EN SALUD DE LOS PAÍSES DEL CAD POR SECTORES Y SUBSECTORES CRS (EN MILLONES DE DÓLARES CORRIENTES)

		2006	2007	2008	2009	2010	2011
121	Salud general	2.461,98	2.311,65	2.187,77	2.379,37	2.235,72	2.527,51
12110	Pol. sanitaria y Gestión admva	1.818,05	1.776,16	1.713,64	1.830,01	1.609,88	1.793,20
12181	Enseñanza y Formación médicas	49,46	69,19	76,72	72,48	109,67	110,29
12182	Investigación médica	399,95	245,58	192,77	170,85	194,09	257,06
12191	Servicios médicos	194,53	220,73	204,65	306,02	322,08	366,96
122	Salud básica	3.659,18	5.055,64	5.372,98	5.916,98	6.669,49	6.626,67
12220	Atención sanitaria Básica	1.332,28	1.846,56	2.169,16	1.770,61	2.316,25	2.397,64
12230	Infraestructura sanitaria básica	392,08	414,06	339,24	366,20	385,95	343,23
12240	Nutrición básica	192,88	246,23	279,63	409,21	365,14	408,10
12250	Control enfermedades infecciosas	979,36	1.627,30	1.109,00	1.289,73	1.058,79	1.167,90
12261	Educación sanitaria	40,74	39,13	54,13	54,09	64,71	84,91
12262	Control de la malaria	460,76	493,84	918,17	1.435,28	1.602,44	1.347,29
12263	Control de la Tuberculosis	234,93	329,62	423,46	504,72	787,07	784,62
12281	Formación personal sanitario	26,14	58,91	80,18	87,13	89,14	92,99
130	Salud sexual y reproductiva	4.907,28	6.154,52	7.824,89	8.552,15	9.233,57	10.164,55
13010	Pol. Población y gestión admva	296,43	276,23	320,09	277,45	274,43	307,14
13020	Atención en S.R.	524,46	593,33	901,67	1.173,19	1.257,78	1.443,95
13030	Planificación Familiar	205,48	251,90	385,09	520,03	491,79	585,13
13040	Lucha ETS, incluido VIH	3.876,71	5.026,24	6.209,61	6.569,51	7.200,95	7.796,16
13081	Formación RRHH en población ySR	4,19	6,82	8,43	11,97	8,63	32,17

Fuente: Creditor Reporting System

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 40 % de toda la AOD bilateral 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 la imagen global de los datos. 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 2.4. DESEMBOLSOS BRUTOS DE AOD BILATERAL EN SALUD DE LOS PAÍSES DEL CAD POR SECTORES Y SUBSECTORES CRS (EN MILLONES DE DÓLARES CORRIENTES)

		2006	2007	2008	2009	2010	2011
121	Salud general	1.551,51	1.458,98	1.368,64	1.295,62	1.403,84	1.607,86
12110	Pol. sanitaria y Gestión admva	923,67	944,50	914,78	852,35	888,28	1.034,20
12181	Enseñanza y Formación médicas	49,46	68,94	75,01	64,72	86,68	86,08
12182	Investigación médica	399,95	242,92	192,68	162,51	187,81	248,67
12191	Servicios médicos	178,44	202,62	186,17	216,03	241,07	238,91
122	Salud básica	2.306,54	2.781,97	3.088,45	3.110,57	3.280,31	3.388,62
12220	Atención sanitaria Básica	920,80	1.071,52	1.216,94	992,36	983,90	1.024,59
12230	Infraestructura sanitaria básica	388,59	410,39	330,68	321,11	347,20	285,32
12240	Nutrición básica	64,03	191,40	182,36	214,90	240,28	263,38
12250	Control enfermedades infecciosas	854,94	883,40	832,35	869,18	766,08	774,15
12261	Educación sanitaria	36,16	35,72	47,66	38,24	49,47	48,16
12262	Control de la malaria	14,20	86,33	316,17	439,36	582,63	612,24
12263	Control de la Tuberculosis	3,07	47,94	95,16	173,63	245,24	312,60
12281	Formación personal sanitario	24,75	55,28	67,13	61,78	65,51	68,19
130	Salud sexual y reproductiva	3.413,37	4.328,56	5.646,77	6.545,15	6.793,12	7.615,18
13010	Pol. Población y gestión admva	152,34	134,41	95,12	50,24	63,19	80,70
13020	Atención en S.R.	235,38	329,46	643,36	854,69	991,10	1.135,09
13030	Planificación Familiar	202,51	251,90	380,73	507,02	490,31	585,13
13040	Lucha ETS, incluido VIH	2.818,95	3.605,98	4.519,31	5.122,98	5.240,28	5.782,65
13081	Formación RRHH en población ySR	4,19	6,82	8,24	10,23	8,23	31,61

Fuente: Creditor Reporting System

2.3. Distribución geográfica

Si analizamos el destino de la AOD en salud del CAD por regiones, observamos que en 2011 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 2011 África recibió AOD por valor de 57.386,11 millones de dólares de los cuales 9.637,56 millones se destinaron a salud, casi un 8 % más que en 2010. Asia recibió 45.228,66 millones y concentró el 21,68 % de la AOD en salud, 4.187,71 millones, similar al año anterior. Por su parte, América recibió 12.693,01 millones, destinando a salud 1.004,21 millones lo que equivale a un 5,2 % de la ayuda sanitaria.

**TABLA 2.5. DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA DE LA AOD TOTAL Y EN SALUD DEL CAD EN 2011
(EN MILLONES DE DÓLARES CORRIENTES)**

		TOTAL AOD	%	AOD salud	%
África		57.316,38	37,05%	9.637,56	49,89%
	Norte de África	5.386,11		149,14	
	África subsahariana	49.903,05		9.360,65	
	África, regional	2.027,21		127,77	
América		12.693,01	8,21%	1.004,21	5,20%
	Norte y Centro América	6.408,99		659,97	
	América del Sur	4.912,74		254,40	
	América, regional	1.371,28		89,85	
Asia		45.228,66	29,24%	4.187,71	21,68%
	Lejano Oriente	13.418,10		1.274,41	
	Asia central y del sur	23.931,43		2.450,72	
	Oriente Medio	6.928,11		338,50	
	Asia, regional	951,03		124,08	
Europa		9.353,63	6,05%	259,12	1,34%
Oceania		2.296,99	1,48%	299,75	1,55%
No especificado		27.793,90	17,97%	3.930,80	20,35%

Fuente: Creditor Reporting System

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 ayuda al desarrollo. Casi el 67% de toda la AOD 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 y a la presencia de nuevos actores en la cooperación, como los países emergentes. En 2012, la AOD del conjunto de la Unión Europea disminuyó un 10 % en términos absolutos. La reducción se produjo en la AOD de los países miembros de la UE, ya que la ayuda de las instituciones europeas² se mantuvo al mismo nivel que en 2011.

2. Engloba la AOD de la Comisión Europea y de la Secretaría del Consejo Europeo.

Si hablamos exclusivamente de los desembolsos netos de AOD de las Instituciones Europeas, en 2012 alcanzaron 17.570 millones de dólares. En cuanto a la evolución de la AOD de las Instituciones Europeas a lo largo del período 2006-2011³, observamos una tendencia al alza sostenida entre 2006 y 2009 que parece quebrarse en 2010 y se recupera en 2011 con un incremento de 5.000 millones de dólares, pasando de 12.570 millones a 17.946 millones.

Sin embargo, si analizamos el origen de dicho incremento vemos que se debe a la inclusión de los créditos del Banco Europeo de Inversiones, 5.000 millones de dólares, como AOD. Hasta 2011, el CAD no permitía la inclusión de los créditos del Banco Europeo de Inversiones como AOD, por lo que la contribución a la AOD de las Instituciones Europeas sólo incluía ayuda no reembolsable (gestionada por la Comisión europea) y los subsidios a los intereses de los créditos blandos del BEI a países en desarrollo. Por lo tanto, el aumento en la AOD computable de las Instituciones Europeas se debe simplemente al cambio en la definición del sistema de reporte de la OCDE y no a un aumento en su ayuda no reembolsable, como sería deseable.

En cuanto a la AOD destinada a salud, hubo un importante retroceso en 2009 y 2010, con una significativa recuperación en 2011, que se situó al nivel de 2007, con 658 millones de dólares. En este período de seis años el sector salud ha ido perdiendo peso relativo en la AOD de las Instituciones Europeas, hasta situarse en 2011 en tan solo un 3,67 % de toda la AOD. Esta disminución es inconciliable con la importancia que tiene la salud en la lucha contra la pobreza y en las propias prioridades de la UE. 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 2.6. DESEMBOLSOS BRUTOS DE AOD DE LAS INSTITUCIONES EUROPEAS
(EN MILLONES DE DÓLARES CORRIENTES)**

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Total AOD	10.132,00	11.466,40	12.875,50	13.161,20	12.570,34	17.946,85
AOD Salud general	164,90	68,30	177,50	149,30	162,60	137,59
AOD Salud básica	302,10	457,50	391,10	356,60	217,36	385,22
AOD Salud sexual y reproductiva	140,80	138,10	163,70	67,00	95,27	135,8
Total AOD Salud	607,80	663,90	732,30	572,90	475,23	658,61
%Salud/Total	6,00%	5,79%	5,69%	4,35%	3,78%	3,67 %

Fuente: Creditor Reporting System

3. En el momento de elaborar este informe todavía no había información desagregada de la AOD de 2012

Apuntar también que en 2012, la AOD total neta en los 27⁴ estados miembros de la UE fue de 64,9 mil millones de dólares, lo que representa el 0,39% de su PIB combinado, 10 puntos por encima de la media de los países del CAD y 24 puntos por encima del esfuerzo realizado por España.

En cuanto al próximo marco presupuestario de la Unión Europea, en julio de 2013, los estados miembro y las Instituciones Europeas llegaron a un acuerdo político sobre el marco plurianual financiero de la UE para el periodo 2014-2020. Se inicia ahora el tramo final en la elaboración del presupuesto, que pasa por la finalización de los acuerdos por partida presupuestaria y el proceso de programación.

A pesar de que hay algunos elementos positivos como una mayor flexibilidad presupuestaria (que permitirá que los márgenes y los fondos no utilizados se puedan transferir al año siguiente o a otros sectores del presupuesto) o la introducción de un proceso de revisión de medio término del presupuesto, preocupa que apenas haya aumentado el presupuesto para la acción exterior de la UE, que incluye las partidas para cooperación al desarrollo y ayuda humanitaria.

TABLA 2.7. : PRESUPUESTO DE LA UE EN COOPERACIÓN PARA EL PERIODO 2014-2020 (EN MILLONES DE EUR)

	Presupuesto 2007-2013	Propuesta Comisión Jul. 2012	Acuerdo Consejo europeo Feb. 2013	Diferencia Comisión-Consejo
Total	994.176	1.045.282	959.988	-85,294 (-8%)
Capítulo 4 (incluida cooperación)	56.815	70.000	58.704	-11,296 (-16,1%)
FED	26.483	30.319	26.984	-3,335 (-11%)

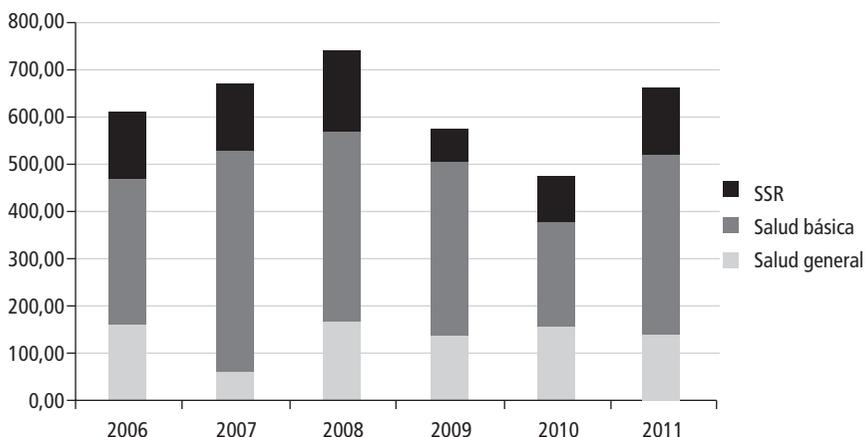
Fuente: http://ec.europa.eu/budget/mff/index_en.cfm

3.1. Composición sectorial de la ayuda en salud de las Instituciones Europeas

La composición por subsectores de la AOD europea destinada al sector salud en los últimos seis años nos muestra constantes altibajos. Como se puede apreciar en el gráfico 2.7, los diferentes subsectores (salud general, salud básica y salud sexual y reproductiva) van creciendo y disminuyendo a lo largo del período. Estas cifras suponen una falta de estrategia a medio plazo y son incompatibles con el compromiso de mejorar la predictibilidad de la ayuda, elemento fundamental para mejorar la eficacia de la misma.

4. A partir del 1 de julio de 2013 han pasado a ser 28, con la adhesión de Croacia

GRÁFICO 2.7. DESEMBOLSOS BRUTOS DE AOD EN SALUD DE LAS INSTITUCIONES EUROPEAS POR SECTORES CRS (EN MILLONES DE DÓLARES CORRIENTES)



Elaboración propia a partir de datos del Creditor Reporting System

En cuanto a los componentes de cada subsector, cabe destacar, dentro del subsector de salud general, la reducción tan importante que ha sufrido en los tres últimos años el componente de las políticas sanitarias y gestión administrativa respecto a 2008, ya que es determinante en el fortalecimiento de los sistemas de salud y que contrasta con la importante subida de la aportación a servicios médicos (de 7 millones de dólares a casi 44). En el subsector de salud primaria se ha recuperado de forma muy considerable la atención sanitaria básica, que había tenido una fuerte caída en 2010; la nutrición básica, reducida a menos de la cuarta parte en 2010, ha experimentado también una significativa recuperación, subiendo hasta 40 millones de dólares en 2011. El control de enfermedades infecciosas en los tres últimos años ha pasado de 141 a 35 millones. En salud reproductiva destacamos los altibajos del componente de apoyo a políticas sobre salud reproductiva y del de planificación familiar que, afortunadamente, en 2011 ha tenido un incremento muy importante, situándose en la cota más alta del período estudiado.

TABLA 2.8. DESEMBOLSOS BRUTOS DE AOD EN SALUD DE LAS INSTITUCIONES EUROPEAS POR SECTORES Y SUBSECTORES CRS (EN MILLONES DE DÓLARES CORRIENTES)

		2006	2007	2008	2009	2010	2011
121	Salud general	164,86	68,31	177,53	149,30	162,60	137,58
12110	Pol. sanitaria y Gestión admva	159,53	58,39	168,40	106,20	115,87	85,18
12181	Enseñanza y Formación médicas	0,00	0,24	1,71	1,94	2,78	4,90
12182	Investigación médica	0,00	2,66	0,09	6,04	4,04	3,51
12191	Servicios médicos	5,33	7,02	7,33	35,12	39,92	43,99
122	Salud básica	302,06	457,49	391,13	356,64	217,37	385,22
12220	Atención sanitaria Básica	233,15	231,35	208,26	229,68	155,70	284,44
12230	Infraestructura sanitaria básica	3,50	3,67	8,56	27,15	11,16	12,41
12240	Nutrición básica	3,17	1,64	3,61	56,00	12,11	40,43
12250	Control enfermedades infecciosas	60,85	213,94	141,25	31,86	21,68	34,89
12261	Educación sanitaria	0,00	2,17	5,32	5,44	4,99	4,38
12262	Control de la malaria	0,00	1,10	7,58	1,37	2,16	1,28
12263	Control de la Tuberculosis	0,00	0,00	3,49	0,00	1,44	0,64
12281	Formación personal sanitario	1,39	3,63	13,06	5,12	8,12	6,75
130	Salud sexual y reproductiva	140,82	138,07	163,66	66,96	95,27	135,79
13010	Pol. Población y gestión admva	29,94	29,07	81,04	21,46	42,17	89,68
13020	Atención en S.R.	66,70	45,85	35,73	17,13	20,88	18,01
13030	Planificación Familiar	0,00	0,00	4,36	0,25	1,47	0,00
13040	Lucha ETS, incluido VIH	44,19	63,16	42,35	26,38	30,35	27,54
13081	Formación RRHH en población ySR	0,00	0,00	0,18	1,74	0,39	0,56

Fuente: Creditor Reporting System

3.2. Distribución geográfica de la ayuda en salud de las Instituciones Europeas

En el análisis de la distribución regional de la AOD de las Instituciones Europeas en 2011 destaca el fuerte incremento de fondos destinados a Europa, que se incrementaron en casi un 180 %. Con todo, la mayor concentración de fondos sigue estando en el continente africano, con un 35,42 % de la AOD total, y un 49,44 % de la AOD para salud de las Instituciones Europeas. Así, África fue el principal destino de ayuda al desarrollo en 2011, con un importe de 6.037 millones de dólares, mientras que en el sector salud se destinaron a África 325 millones de dólares. 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 Unión Europea en 2011 fue Europa, región a la que se destinaron 5.544 millones de dólares de AOD total⁵. Sin embargo, en el sector salud, el segundo destino fue Asia, que recibió el 31,54 % de la AOD europea en salud. América, a diferencia de lo que ocurre con la cooperación española, tiene una presencia muy reducida en la ayuda europea.

TABLA 2.9. DESEMBOLSOS BRUTOS DE AOD DE LA CE EN 2011 POR REGIONES (EN MILLONES DE DÓLARES CORRIENTES)

		TOTAL AOD	%	AOD salud	%
África		6.036,93	35,42%	324,98	49,44%
	Norte de África	1.170,78		56,00	
	África subsahariana	4.515,20		265,06	
	África, regional	350,95		3,92	
América		1.302,74	7,64%	25,29	3,85%
	Norte y Centro América	666,48		20,62	
	América del Sur	585,78		4,67	
	América, regional	50,48		0,00	
Asia		2.904,03	17,04%	207,30	31,54%
	Lejano Oriente	648,32		37,37	
	Asia central y del sur	1.430,40		142,34	
	Oriente Medio	756,65		16,86	
	Asia, regional	68,66		10,73	
Europa		5.544,30	32,53%	59,60	9,07%
Oceanía		112,64	0,66%	0,28	0,04%
No especificado		1.144,71	6,72%	39,85	6,06%

Fuente: Creditor Reporting System

En cuanto a la distribución geográfica en función del nivel de renta de los receptores, podemos ver que, en general, la AOD de las Instituciones Europeas ha experimentado un cambio significativo en el último año analizado, ya que en 2011 el grupo de países que recibió el mayor porcentaje de AOD fue el de renta media alta. Esto posiblemente se debe a la mayor canalización de fondos hacia la propia Europa y a la recalificación de algunos países receptores que pasaron a ser considerados de renta media alta.

5. Destacan en esta asignación de ayudas Turquía, con 2.790 millones de dólares y Serbia con 1.045 millones

Sin embargo, cuando analizamos solamente la AOD dirigida a salud, aunque en el último año también se incrementó el apoyo a países de renta media alta, el porcentaje no fue tan grande, por lo que los PMA siguen siendo los que concentran el mayor porcentaje de AOD europea en salud, seguidos de los países de renta media baja.

TABLA 2.10. DESEMBOLSOS BRUTOS DE AOD DE LA CE A NIVEL GENERAL Y EN EL SECTOR SALUD, EN FUNCIÓN DEL NIVEL DE RENTA DE LOS RECEPTORES.

	Total AOD de las Instituciones Europeas (desembolsos brutos en millones de dólares corrientes)					
	2007	2008	2009	2010	2011	
PMA	3.820,30	4.510,18	3.925,48	4.429,90	3.970,49	23%
Renta baja	251,90	239,67	233,43	286,89	293,39	2%
Renta Media Baja	2.568,62	3.021,72	3.232,73	2.962,99	3.313,04	19%
Renta Media Alta	2.373,80	2.555,60	2.780,78	2.220,78	6.537,44	38%
No especificado	2.311,97	2.540,83	2.849,01	2.527,48	2.931,01	17%

	AOD en Salud de las Instituciones Europeas (desembolsos brutos en millones de dólares corrientes)					
	2007	2008	2009	2010	2011	
PMA	210,69	224,57	175,53	172,42	217,27	33%
Renta baja	22,32	16,29	22,07	22,40	22,52	3%
Renta Media Baja	152,72	184,60	176,47	177,64	200,35	30%
Renta Media Alta	91,30	117,60	95,75	31,45	124,19	19%
No especificado	186,82	189,25	103,07	71,31	94,27	14%

Fuente: QWIDS OCDE

En conclusión, las Instituciones Europeas, y en especial la Comisión, debería revisar la importancia que tiene la salud en su cooperación, de acuerdo a la Comunicación sobre salud global de 2010, e incrementar en consecuencia el peso relativo que este sector tiene en su AOD, tomando como referencia la tendencia del CAD y el porcentaje recomendado del 15% del conjunto de la AOD.

Asimismo, debería procurar que su AOD en salud fuera más predecible, más constante y progresiva en su composición subsectorial, centrandó sus prioridades en el apoyo a la Atención Primaria de Salud y al fortalecimiento de los sistemas públicos de salud. Igualmente debería revisar sus asignaciones de AOD sanitaria en función del nivel de renta de los países receptores, poniendo especial atención al porcentaje de recursos destinado a los países de renta media alta.

4. ALERTA SOBRE LOS POSIBLES IMPACTOS DE LA REDUCCIÓN DE LA AYUDA OFICIAL AL DESARROLLO EN EL SECTOR SALUD

Como hemos señalado, 2012 ha sido el primer año de un retroceso claro (en términos absolutos, en valores corrientes) de la AOD del CAD. Lamentablemente, todavía no disponemos de las desagregaciones sectoriales que nos permitan ver cómo han afectado estos recortes de ayuda concretamente al sector salud.

Sin embargo, analizando un sencillo grupo de indicadores relevantes en una muestra de países, podemos hacernos una idea de los posibles impactos que podrá provocar en la situación de salud de las poblaciones más vulnerables la reducción de la ayuda destinada a salud.

Si observamos la tabla 2.10, podemos ver con claridad que algunos países, que entre 1990 y 2009 experimentaron una mejoría en su esperanza de vida al nacer, entre 2009 y 2012 tuvieron un retroceso. Tal es el caso, entre otros, de Bolivia y Eritrea, dos países que entre 2007 y 2011 ha visto reducirse la ayuda que el conjunto de donantes del CAD destinaban al sector salud en un 14% y 19% respectivamente.

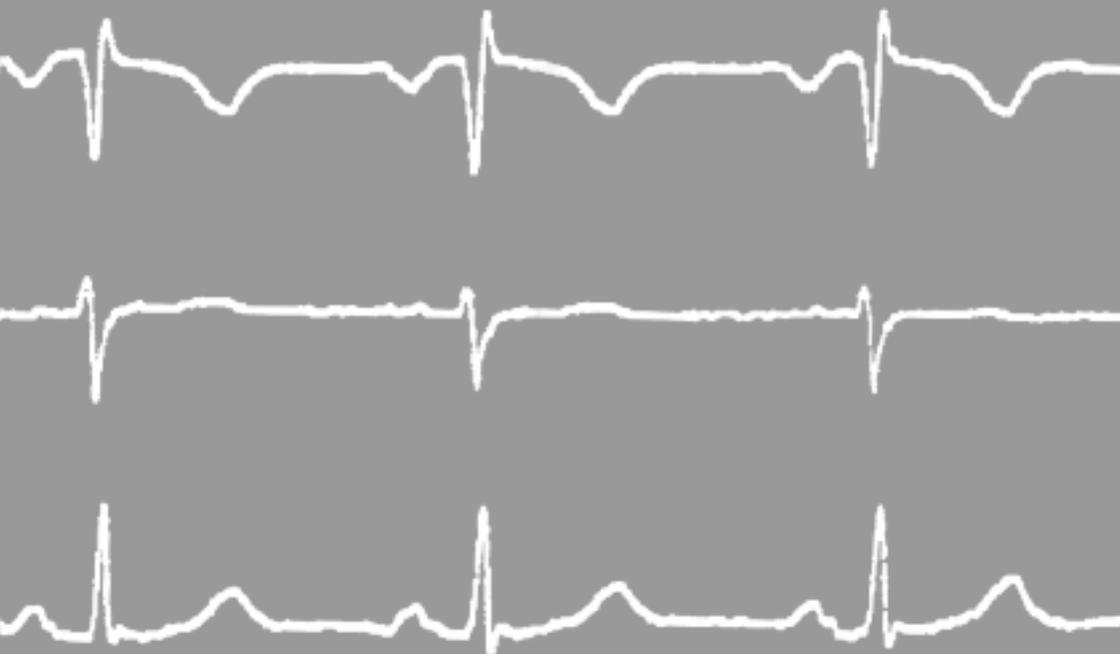
Mauritania, que mantuvo una ligera mejoría en esperanza de vida, vio reducida la ayuda para salud en este período en un 24 %; su tasa de mortalidad materna y de menores de 5 años está entre las peores de la muestra.

Es importante destacar que algunos de los países presentados en esta muestra, que han experimentado mejoras sustanciales en sus indicadores de salud especialmente con el impulso del compromiso internacional en torno a los Objetivos de Desarrollo del Milenio, tienen una altísima dependencia de la AOD para financiar su gasto en salud. Malawi (80%), Etiopía (63,1%), Eritrea (61,9%), Tanzania (53,4%), Haití (40,8%)... pueden encontrarse con serias dificultades para financiar sus sistemas de salud si se produce una disminución de la AOD del CAD para este sector, a pesar de algunos de ellos como Malawi o Etiopía cumplen con el compromiso de Abuja de destinar el 15% de su presupuesto nacional a salud y, consecuentemente, pueden retroceder en esos indicadores que, con tanto esfuerzo, han ido mejorando en los últimos años y poner a las familias, que tienen que afrontar los costes de los servicios de salud, en una situación de mayor vulnerabilidad. Estas reducciones de la AOD se podrán traducir, por tanto, en menor esperanza de vida, en mayor mortalidad materna, en pérdidas evitables de vidas infantiles, mayor carga de morbilidad, mayor empobrecimiento de las familias, limitación de la capacidad de desarrollo de la población, etc.

TABLA 2.11. EVOLUCIÓN DE INDICADORES DE SALUD EN UNA MUESTRA DE PAÍSES

MUESTRA DE PAÍSES	Esperanza de vida al nacer			Mortalidad materna (muertes / 100.000 nacidos vivos)	Mortalidad < 5 años (muertes / 1.000 nacidos vivos)	Médicos / 1.000 hab.	% partos atendidos por personal cualificado	Gasto público en salud como % PIB (2009)	Recursos externos como % del gasto total en salud (2009)	Evolución de la AOD para salud del CAD 2007-2011 (% variación)
	1990	2009	2012							
Afganistán	44	48	49,1	460	149	2,1	34%	0,90%	24,30%	47%
Benin	55	57	56,5	350	115	0,6	74%	2,00%	26,60%	112%
Bolivia	60	68	66,9	190	54	sin datos	71%	3,00%	7,00%	-14%
Burkina Faso	51	52	55,9	300	176	0,6	67%	3,40%	26%	13%
Burundi	50	50	50,9	800	142	sin datos	60%	4,40%	45,40%	109%
Eritrea	36	66	62	240	61	1	sin datos	1,30%	61,90%	-19%
Etiopía	44	54	59,7	350	106	0,2	10%	2,60%	63,10%	43%
Gambia	54	60	58,8	360	98	0,4	52%	2,90%	25,40%	73%
Ghana	60	60	64,6	350	74	0,9	55%	3%	14,40%	21%
Haití	50	62	62,4	350	165	sin datos	26%	1,50%	40,80%	63%
Kenia	61	60	57,7	360	85	1	44%	2,10%	34%	107%
Liberia	37	56	57,3	770	103	0,1	46%	3,90%	47%	231%
Malawi	48	47	54,8	460	92	0,2	71%	4,00%	80%	34%
Malí	49	53	51,9	540	178	0,5	49%	2,30%	26,30%	72%
Mauritania	57	58	58,9	510	111	1,3	57%	2,30%	14,40%	-24%
Mozambique	48	49	50,7	490	135	0,3	55%	3,70%	33,60%	39%
Nicaragua	68	74	74,3	95	27	4	74%	4,90%	13,60%	27%
Níger	44	57	55,1	590	143	0,2	18%	2,60%	19,90%	25%
R.D. Congo	48	49	48,7	540	170	1	80%	3,40%	34,30%	157%
Tanzania	53	55	58,9	460	76	0,1	49%	4,00%	53,40%	60%
Ruanda	51	59	55,7	340	91	0,2	69%	5,20%	49%	79%
Sto. Tomé y Príncipe	65	68	68	70	80	5	81%	2,70%	37,90%	114%
Senegal	57	62	59,6	370	75	1	65%	3,10%	14,50%	71%
Timor	51	67	62,9	300	55	1	30%	5,10%	36%	24%
Zambia	46	48	49,4	440	111	0,6	47%	3,60%	38,50%	39%
España	77	82	81,6	6	5	39,6	sin datos	6,90%		

Fuente: Estadísticas sanitarias mundiales 2012, OMS



CAPITULO 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 Subdirección General de Planificación y Evaluación de Políticas de Desarrollo, así como de las tablas detalladas de datos de AOD que los acompañan.

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

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

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

- 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, a través de las oficinas técnicas de cooperación (OTC) de la AECID y de la administración de las comunidades autónomas, en muchos casos, a través 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 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). En 2007, la Dirección General de Políticas de Cooperación para el Desarrollo (DGPOLDE) introdujo una variación en 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 incluían también imputaciones proporcionales según el conjunto de la actividad del organismo correspondiente². Este sistema se ha utilizado hasta 2011; en 2012, por indicación del CAD, ha dejado de hacerse. Esto hace que los datos que presentamos y analizamos en este informe no sean exactamente equivalentes –y por tanto directamente comparables– a los de los años anteriores³.
- La **AOD multilateral** o bilateral canalizada vía OМУDES (Organismos Multilaterales de Desarrollo) es entendida como la financiación que, estando canalizada a través de OМУDES, permite que la unidad/agente financiador tenga mayor capacidad de especificación geográfica y/o distribución sectorial así como de seguimiento, al ser contribuciones mayoritariamente destinadas a programas y/o proyectos. En los volcados de datos estadísticos realizados por la Subdirección General de Políticas de Desarrollo (SGPOLDE) y en los informes de seguimiento de los PACI, la AOD multilateral suele aparecer dentro del apartado de ayuda bilateral, señalada como bilateral vía OМУDES. Sin embargo, la Estrategia Sectorial de Cooperación en Salud (apartado 4.2.1.) señala que este tipo de AOD se computa como AOD multilateral. En este informe se intentará presentar los datos de forma desagregada en los tres canales para que el lector pueda tener una apreciación lo más ajustada posible a la realidad; el análisis de la ayuda multilateral se hará junto con el de la multilateral y, a diferencia de las estadísticas publicadas por SGPOLDE, el apartado referido a la ayuda bilateral no incluirá la multilateral, salvo que para algún gráfico o tabla se señale lo contrario.

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 computaban mayores cantidades de AOD multilateral en salud (120 + 130).

3. En 2011, el 56 % de la AOD multilateral en salud correspondía a este tipo de imputaciones proporcionales que a partir de 2012 dejan de hacerse. Por tanto, este cambio de sistema de cómputo explica el 70% de la disminución de la AOD multilateral en salud.

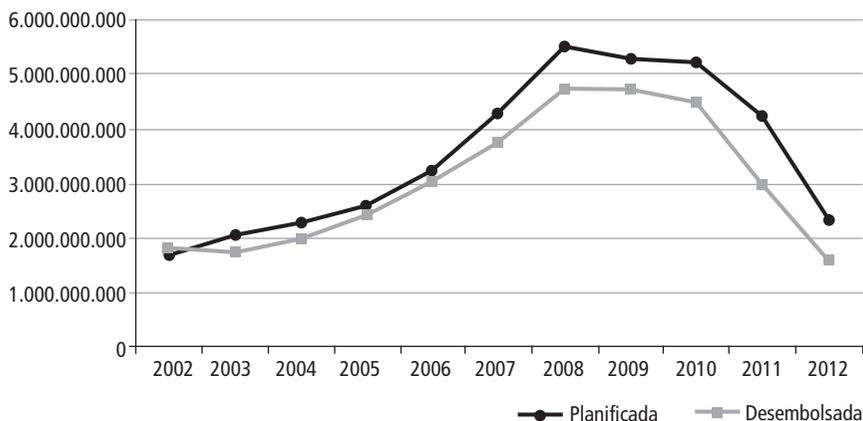
1.2. Datos generales de la AOD en 2012

El PACI 2012, cuarto y último 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 2012 de 2.336 millones de euros, cantidad equivalente al 0,22% de nuestra renta nacional bruta.

Sin embargo, la cifra total de AOD neta ejecutada en 2012 ha sido de 1.586 millones de euros, lo que supone una ejecución de poco más de dos tercios de lo planificado, la más baja de los últimos 10 años. Este enorme desajuste entre lo comprometido y lo realmente desembolsado provoca problemas de predictibilidad de la ayuda, cuya mejora fue uno de los compromisos del IV Foro de Eficacia de la Ayuda celebrado en Busan. España en los últimos años, como vemos en la gráfica 3.1, no está mejorando en este aspecto.

En definitiva, en 2012 se ha producido un descenso muy fuerte de desembolso real de la AOD española, que retrocede un 47% respecto al año anterior. En el plazo de tres años, la AOD se ha reducido a un tercio, retrocediendo a los niveles de los inicios de la Cooperación Española.

GRÁFICO 3.1. EVOLUCIÓN DE LA AOD PLANIFICADA Y DESEMBOLSADA 2002-2012



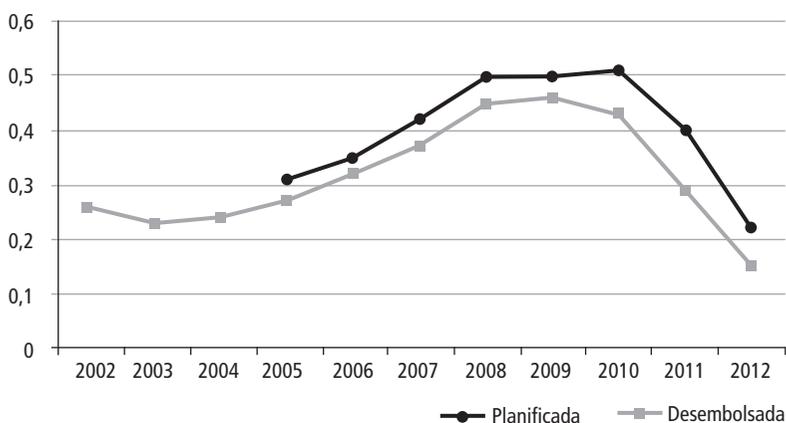
Fuente: Objetivos Desarrollo del Milenio. Informe 2013

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), y la UE para 2015, como podemos ver en el gráfico 3.2., estamos muy lejos de poder alcanzarlo. En 2012 no se ha alcanzado tan siquiera la previsión presupuestaria del 0,22%, produciéndose un fuerte retroceso que deja la AOD en un pírrico 0,15%, el nivel más bajo de la última década.

Los datos apuntan al hecho de que la política de cooperación cuenta con escásimo apoyo en los altos niveles del Gobierno, se tiene como secundaria e incluso prescindible; en consecuencia, en tiempos de crisis como los que estamos viviendo, está siendo la política pública que mayor porcentaje de recortes está soportando, de forma desproporcionada al promedio de los recortes en otras políticas y en el conjunto de la Administración General del Estado⁴.

GRÁFICO 3.2. EVOLUCIÓN DEL PORCENTAJE DE RNB PARA AOD, PLANIFICADO Y DESEMBOLSADO 2002-2012



Fuente: Objetivos Desarrollo del Milenio. Informe 2013

2. AOD EN SALUD EN 2012

2.1. Principales datos de la AOD en salud en 2012

Las previsiones del PACI 2012 señalaban que se dedicarían a salud un total de 124,45 millones de euros, es decir, el 5,32% del total de la AOD, lo cual suponía una fuerte

4. Entre 2009 y 2012, mientras el promedio de reducción presupuestaria en el conjunto de departamentos ministeriales fue del 30 %, en cooperación fue aproximadamente el 67%.

reducción de este sector en términos absolutos; y que el 72% de la ayuda en salud se canalizaría a través de ayuda bilateral (incluyendo multilateral) y el resto a través de ayuda multilateral.

Sin embargo, la ejecución real arroja los siguientes datos: en **2012 se han destinado al sector salud 74 millones de euros, es decir, un 40% menos de lo que se había planificado⁵, lo que supone que la salud ha representado el 4,66% del total de la AOD neta en 2012.** La diferencia entre lo que se destinó a salud en 2011 (191 millones de euros) y 2012 alcanzan los 117 millones de euros, de los cuales unos 47 millones de euros se podrían achacar al cambio de sistema de cómputo de la ayuda, lo que nos indica un descenso estimado entre 2011 y 2012 de unos 70 millones de euros, o lo que es lo mismo, una reducción real de casi la mitad de la ayuda para salud. Después de haber tenido incrementos progresivos en el período 2005-2009, entre 2010 y 2012 se ha producido un retroceso muy sustancial que nos aleja de la recomendación de destinar el 15% de la AOD al sector salud como sector prioritario. **La ayuda en salud se ha situado al final de 2012 en los valores más bajos de la última década, tanto en términos absolutos como en el porcentaje sobre la AOD total.** En consecuencia, podemos afirmar que este sector vuelve a ser, un año más, uno de los que se han visto más afectados por los recortes.

Según las previsiones de planificación de la Secretaría General de Cooperación Internacional para el Desarrollo (SGCID) en 2013⁶, después de las fortísimas reducciones operadas en este sector entre 2010 y 2012, la AOD en salud volverá a disminuir tanto en términos absolutos como en su peso relativo en el conjunto de la AOD, quedando muy por debajo de lo que se destinaba en 2002. Dada la importancia que tiene este sector básico en la lucha contra la pobreza, que se trata de un 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 en sus distintos documentos de planificación, no parece coherente esta trayectoria de descenso. Es necesario volver a visibilizar la importancia del sector salud en unos presupuestos coherentes con su importancia de cara al próximo ciclo de planificación, y alcanzar el 15% de la AOD para salud⁷, con el fin de poder ayudar a cumplir los compromisos internacionales

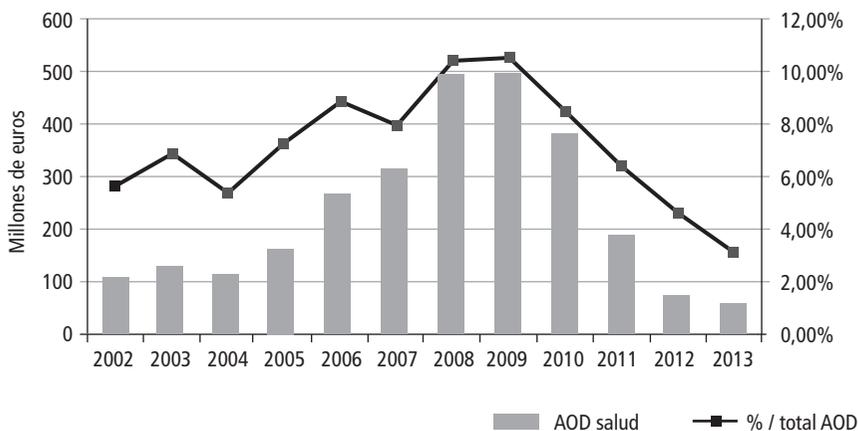
5. Con todo, hay que señalar que una parte de esta reducción se explica por el cambio del sistema de cómputo de la ayuda multilateral en 2012, según hemos explicado en el apartado 3.1.1.

6. En 2013, incumpliendo las previsiones de la Ley de Cooperación Internacional, no se ha elaborado PACI. La voluntad de SGCID es eliminar la obligatoriedad legal de que exista un PACI y sustituirlo por una Comunicación al Parlamento.

7. El cálculo de este porcentaje se fundamenta en el coste de las necesidades sanitarias por persona establecido por la Comisión de Macroeconomía y Salud de la OMS y en el coste de la reducción de la pobreza realizado por el Banco Mundial. Se puede encontrar una explicación detallada en la edición de 2009 de este informe "La salud en la cooperación al desarrollo y la acción humanitaria", pág. 117

sobre este sector. El esfuerzo que realiza la cooperación española en planificar y dar seguimiento a los PACI, debería permitir corregir las desviaciones que pudieran darse.

GRÁFICO 3.3. EVOLUCIÓN DE LA AOD EN SALUD Y DEL PORCENTAJE SOBRE EL TOTAL DE AOD, 2002-2012



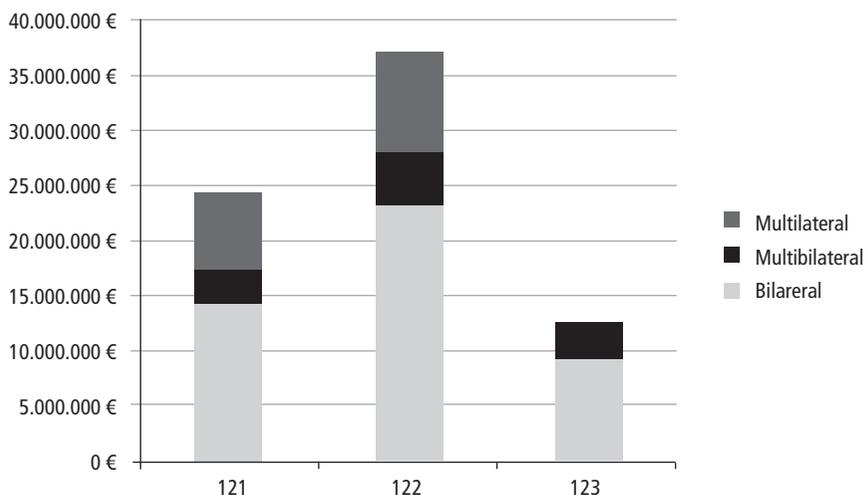
Fuente: elaboración propia a partir de los informes de seguimiento PACI.
El dato de 2013 es una previsión en base a datos de planificación de SGCID

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 2012, la ayuda bilateral ha supuesto el 63,53% -20% más que el año pasado-, la multilateral el 14,73% y la multilateral el 21,74%, menos de la mitad que el año pasado. El incremento porcentual de la ayuda bilateral se debe exclusivamente a la mayor disminución del resto de los canales, ya que la ayuda bilateral ha bajado realmente un 47% respecto a 2011 (buena parte de los recortes en salud se han producido en aportaciones a OМУDES).

El Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación, con el 64% de toda la AOD en salud, vuelve a ser este año el principal financiador, con gran diferencia. Seguimos destacando un año más el pobre papel que en este sector de la cooperación juega el Ministerio de Sanidad con un presupuesto que es poco más de la cuarta parte que el año pasado, muy inferior, por ejemplo, al del Ministerio de Defensa, que no tiene tanta relación con el sector salud. Aunque más adelante analizaremos la cooperación reembolsable más profundamente, destacamos como positivo que este año no se han producido desembolsos de ayuda reembolsable para el sector salud, algo que venimos reclamando desde hace años en este informe. Al haberse producido reembolsos del antiguo FAD, el capítulo de la ayuda reembolsable da valores negativos.

más del 26%. En los subsectores de salud básica (122) y salud general (121) este peso relativo es 40% y 37% respectivamente.

GRÁFICO 3.4. AOD EN SALUD POR SUBSECTORES Y CANALES, 2012

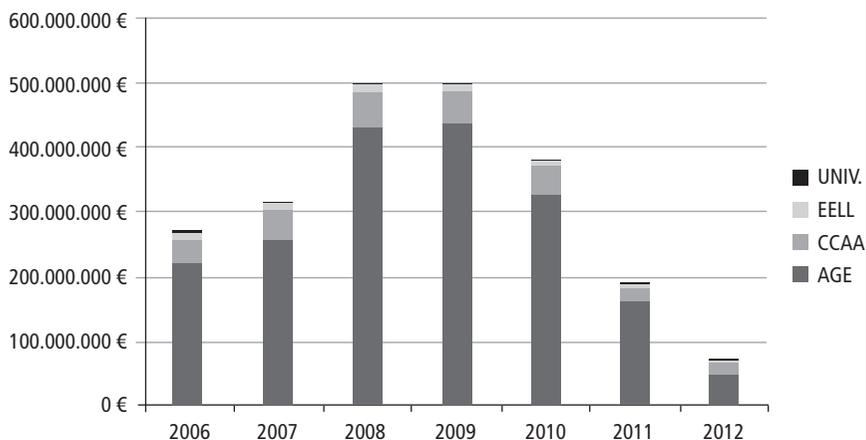


Fuente: elaboración propia a partir de los datos de seguimiento del PACI 2012

Precisamente, como ya habíamos señalado en informes anteriores, el hecho de que se hubiera 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. Entre 2010 y 2012 observamos una reducción muy significativa en la aportación de la AGE al sector salud; solamente en el último año se ha reducido un 70% respecto al anterior. Los entes locales, que habían mantenido en 2011 un nivel de financiación para el sector salud similar al año anterior, la han reducido a la mitad en 2012. Las comunidades autónomas, que disminuyeron su aporte al sector salud en un 60% en 2011, se han mantenido en 2012, con un ligero aumento del 4%. Las universidades aumentaron su aportación al sector salud en un 60%.

Considerado en términos totales, casi el 98% de la reducción que se ha producido en 2012 en la AOD en salud es debida al retroceso de la Administración General del Estado (AGE), lo que indica que la cooperación estatal es la principal responsable de la reducción en la cooperación sanitaria.

GRÁFICO 3.5. EVOLUCIÓN DE LA AOD EN SALUD POR AGENTES. 2006-2012



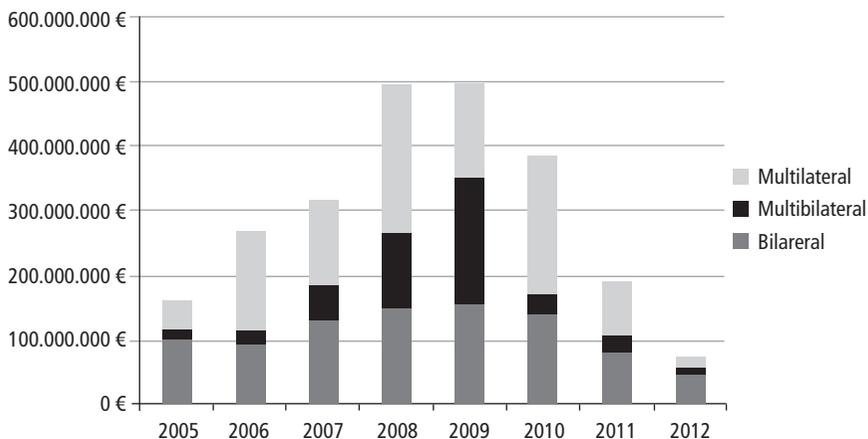
Fuente: elaboración propia a partir de los informes de seguimiento PACI

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 multilateral) había aumentado considerablemente entre 2006 y 2009, ya que el crecimiento experimentado por la cooperación española en el sector salud en esos años se apoyó fundamentalmente en los canales multilaterales (gráfico 3.6.). Desde 2010 la ayuda canalizada a través de OMUDES es, precisamente, la que ha experimentado 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 2012, a pesar de haber disminuido en términos absolutos más de un 40%, ha tenido un peso relativo de más del 63% en el conjunto de la AOD en salud debido exclusivamente a la gran disminución de la ayuda multilateral.

GRÁFICO 3.6. EVOLUCIÓN DE LA AOD EN SALUD POR CANALES. 2005-2012



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

2.2.2. AOD multilateral en salud en 2012

En 2012 la AOD multilateral ha supuesto solamente el 21,7% de toda la AOD en salud.

La **ayuda multilateral** en salud, que en 2011 fue de 83 millones de euros, en 2012 se ha quedado en 16 millones. De su distribución por agentes y por organismos receptores (tabla 3.2.) destacamos el hecho de que en 2012 el MAEC es el único financiador de ayuda multilateral en salud⁸ y que ésta se concreta exclusivamente en la contribución obligatoria a la OMS, la aportación comprometida con IFFIm y una pequeña aportación a UNRWA.

2.2.3. AOD multibilateral en salud en 2012

La ayuda multibilateral en salud vuelve a reducirse drásticamente en 2012 hasta situarse en 10,9 millones de euros, poco más de un 5% de lo que llegó a ser en 2009. La mayoría de estos fondos han sido aportados por el Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación.

8. Téngase aquí en cuenta lo señalado en el apartado 3.1.1. sobre el cambio de criterio de cómputo de la AOD multilateral en 2012.

**TABLA 3.2. DISTRIBUCIÓN DE LA AOD MULTILATERAL EN SALUD SEGÚN AGENTE Y RECEPTOR
2010–2012 (EN €)**

AGENTE	ORGANISMOS RECEPTORES	2009	2010	2011
MAEC - SECI	NACIONES UNIDAS	44.468.602	27.353.331	7.371.586
	FIDA - Fondo Internacional para el Desarrollo Agrícola			
	FNUAP - Fondo de Población de NNUU	16.000.000	9.500.000	
	OMS - Organización Mundial de la Salud	19.098.237	6.821.223	7.010.186
	ONUSIDA - Programa conjunto de NNUU sobre el SIDA	1.637.071	2.669.515	
	PNUD - Programa de NNUU para el Desarrollo	1.398.007	650.952	
	UNICEF - Fondo de NNUU para la Infancia	3.878.648	3.850.681	
	PMA - Programa Mundial de Alimentos	2.456.639	2.415.508	
	UNRWA		1.445.452	361.400
	OTROS ORGANISMOS	113.249.580	8.595.371	8.717.537
	GFATM - Fondo Mundial contra el sida, la tuberculosis y la malaria	103.000.000		
	IFFIm - Facilidad Financiera Internacional para la Inmunización	8.463.161	8.595.371	8.717.537
	GAVI - Alianza Mundial para Vacunas e Inmunización	1.786.419		
	SUBTOTAL MEH	157.718.182	35.948.702	16.089.123
MEH	INSTITUCIONES FINANCIERAS	19.823.555	15.693.476	
	BM AIF - Asociación Internacional de Fomento Banco Mundial	18.327.385	15.168.702	
	BAfD - Banco Africano de Desarrollo	1.496.170	524.774	
	BASD - Banco Asiático de Desarrollo			
	UNION EUROPEA	33.226.369	31.432.078	
	Comisión Europea - Cooperación internacional al desarrollo	24.415.637	22.472.025	
	FED - Fondo Europeo de Desarrollo	8.810.732	8.960.052	
SUBTOTAL MEH	53.049.924	47.125.553		
MSPSI	OMS - Organización Mundial de la Salud	270.000		
	SUBTOTAL MSPSI	270.000		
TOTAL AOD MULTILATERAL EN SALUD		211.038.106	83.074.255	16.089.123

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

**TABLA 3.3. DISTRIBUCIÓN DE AOD MULTIBILATERAL EN SALUD SEGÚN AGENTES
2009 – 2012 (EN €)**

AGENTES	2009	2010	2011	2012	%
MAEC SECIPI	177.078.594	29.100.000	20.322.853	6.780.804	62,18
MAEC AECID	16.060.219	2.476.408	3.617.726	3.963.662	36,35
MINECO	285.918			144.000	1,32
MSSSI	197.784	240.000			
M. Ciencia e Innovación			696.000		
Comunidades Autónomas	3.286.648	216.442	912.500		
Entidades Locales	100.000		34.000	15.000	0,14
Universidades	4.200	400		1.000	0,01
TOTAL	197.013.363 €	32.033.250 €	25.583.079 €	10.904.466 €	100

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

En cuanto a los organismos receptores de estos fondos, se ha mantenido el número de receptores (9) aunque algunos han cambiado y, a excepción del BID, todos han visto reducidos sus fondos. Debemos destacar la eliminación a partir de 2010 y 2011 de las partidas tanto multilateral como multilateral destinadas al Fondo Mundial de sida, tuberculosis y malaria que, en años anteriores, llegó a recibir más de 100 millones de euros y era considerado una apuesta capital. Este cambio de rumbo no parece dirigido por una planificación estratégica diferente y una apuesta por ayudas más horizontales, ya que éstas no aumentan.

2.3. Ayuda bilateral

La AOD bilateral neta destinada a salud (sin incluir la ayuda multilateral o bilateral canalizada vía OMUDES) fue en 2012 de 47 millones de euros, que representa el 63,5% de la AOD en salud, y supone, por un lado, una disminución del 43% en términos absolutos respecto al año anterior y, por otro lado, un aumento de su peso relativo dentro del conjunto de la ayuda en salud de más de 20 puntos. El descenso de la ayuda bilateral en salud la sitúa en el nivel más bajo desde 2001, descenso que dificulta la predictibilidad de la ayuda sanitaria, con las consecuencias negativas que tiene para los países receptores y sus Ministerios de Salud, que no pueden coordinar sus acciones a medio plazo con la cooperación internacional.

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

**TABLA 3.4. DISTRIBUCIÓN DE AOD MULTIBILATERAL EN SALUD SEGÚN ORGANISMO RECEPTOR
2009 – 2012 (EN €)**

ORGANISMOS RECEPTORES	2009	2010	2011	2012	%
GFATM	142.747.594				
FNUAP	19.156.531	14.331.388	2.575.000	1.500.000	14,35
OPS	12.540.000	8.060.000	4.000.000	109.907	1,05
UNICEF	6.875.427	8.225.020	426.500	414.755	3,97
DNDi	5.000.000		2.000.000		0,00
MMV - Medicines for Malaria Venture	3.000.000				
UNRWA	2.370.000	57.172	320.000		0,00
OMS	2.313.784	770.000	3.542.726	1.500.000	14,35
OIEA	820.000				
PNUD	600.000	200.000			
CEDEAO	500.000				
ONUSIDA	400.000	200.000		1.000	
Banco Mundial	285.918				
OEA - Organización de Estados Americanos	161.709				
ACNUR	112.000				
ONDUC - Oficina de NNUU contra la Droga y el Delito	89.000	180.000			
OEI - Organización de Estados Iberoamericanos	37.200				
UE	4.200		6.666.667	1.333.333	12,76
Programa de Voluntarios de Naciones Unidas		9.670			
BID			5.356.186	5.447.471	52,13
SEGIB			696.000	144.000	1,38
MSF				454.000	
TOTAL	197.013.363	32.033.250	25.583.079	10.450.466	100

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

países socios. Como podemos ver en la tabla 3.5., las ONGD españolas canalizan el 76,5% de esta ayuda. Destaca también en este año una mayor canalización a través de entidades públicas de los países socios frente a las españolas, aspecto importante para la apropiación, otro elemento fundamental para mejorar la eficacia de la ayuda. También parece que las entidades privadas, que están muy ligadas a la ayuda reembolsable, no canalizan ayuda bilateral, y los partenariados público privados prácticamente también desaparecen.

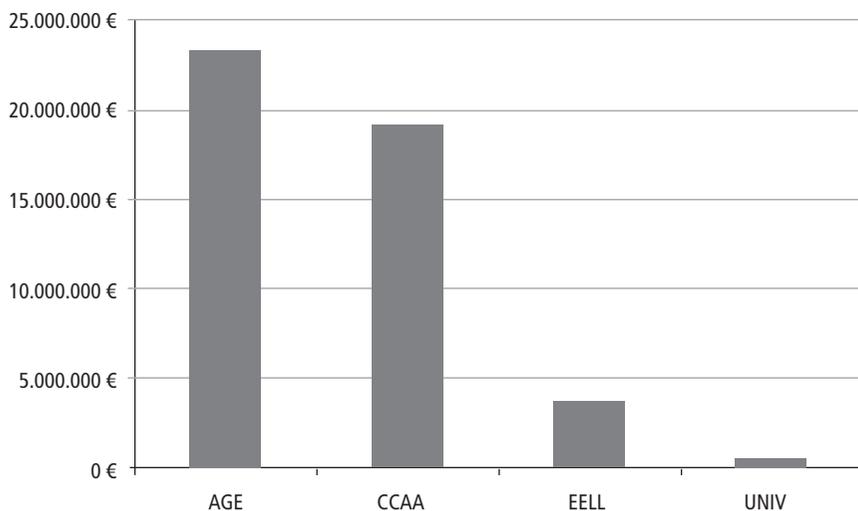
**TABLA 3.5. VÍAS DE CANALIZACIÓN DE LA AOD BILATERAL NETA EN SALUD
2010-2012 (EN €)**

VÍAS DE CANALIZACION	2010	2011	2012	%
Entidades públicas del país donante	21.997.484	7.998.966	3.693.856	7,86
Entidades públicas del país socio	19.951.318	17.169.404	8.619.388	18,33
Entidades públicas de otro país socio (coop. triangular)	1.779.334			
ONGD internacionales	2.340.391	2.309.158	12.000	0,03
ONGD nacionales (del país donante)	79.596.863	52.349.432	35.956.864	76,47
ONGD del país socio	231.344	493.942	1.503.000	3,20
Otras entidades sin ánimo de lucro del país donante	485.659	675.309	303.219	0,64
Otras entidades sin ánimo de lucro del país socio	1.005.560	481.903	84.236	0,18
Entidades con ánimo de lucro del país donante (empresas/consultorías/ universidades privadas etc.)	-1.631.616			
Entidades con ánimo de lucro en el país socio (empresas/consultorías etc.)	150.000			
Partenariados Público-Privados (PPP)	11.200.000	6.000.000	291.900	0,62
Redes	38.190	70.000		0,00
Universidades Públicas del país donante	1.685.134	2.520.996	887.578	1,89
Universidades Públicas del país socio	8.385	88.820		0,00
Universidad privada, centro de investigación privado	41.047	456.775		0,00
Otras entidades	1.094.837	-8.036.386	-4.329.979	-9,21
Sin clasificar				
TOTAL	139.973.930	82.578.318	47.022.061	100

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

En cuanto a los **agentes financiadores** de la AOD bilateral en salud, la Administración General del Estado, que en 2011 aportó casi el 70%, en 2012 ha visto reducido su peso relativo a menos de la mitad; las comunidades autónomas (CC AA) aportan el 40,7% de la ayuda bilateral en salud; las entidades locales (EE LL) el 8,1%; y las universidades el 1,3%.

GRÁFICO 3.7. DISTRIBUCIÓN DE LA AOD BILATERAL EN SALUD POR AGENTES FINANCIADORES, 2012



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de seguimiento del PACI 2012

En cuanto a los subsectores, la AOD bilateral en salud se distribuyó del siguiente modo: 30% para salud general (121), 50% para salud básica (122) y 20% para salud sexual y reproductiva (130), lo que supone respecto a 2009 un importante aumento en el peso relativo de la salud básica y un descenso en los otros dos subsectores, como se observa en la tabla 3.7.

La desagregación por componentes CRS permite observar que la mayor asignación de ayuda bilateral (casi una cuarta parte del total) se destina al componente de política sanitaria y gestión administrativa, a pesar de que ha experimentado una disminución muy importante en términos absolutos en el cuatrienio. Como solemos señalar, es un subsector muy importante ya que apoya de forma clara el fortalecimiento de los sistemas de salud. Junto a ello destaca también el incremento del peso relativo de la educación sanitaria y de la planificación familiar, componentes para los que venimos pidiendo desde hace años mayor atención por parte de la Cooperación Española. Solamente 2 subsectores incrementan sus presupuestos en 2012 con respecto a 2011: el control de la malaria y la planificación familiar

TABLA 3.6. AOD BILATERAL EN SALUD POR COMPONENTES CAD-CRS, 2009-2012

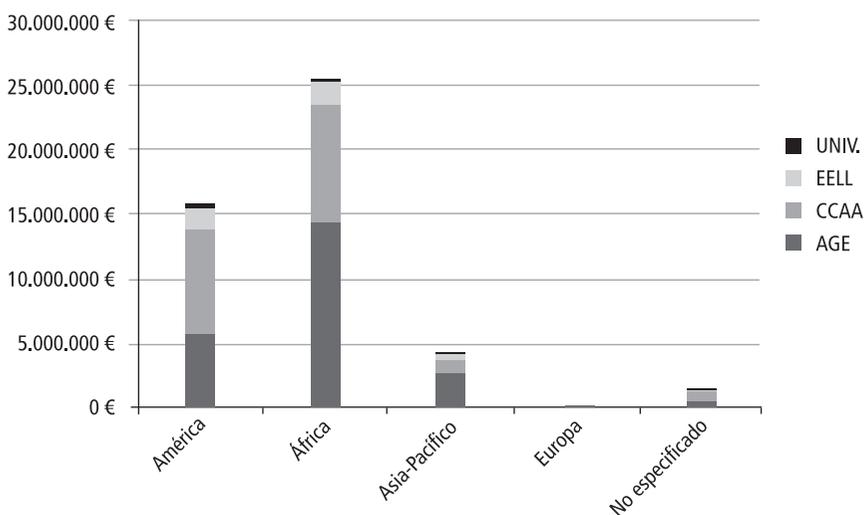
CAD/ CRS	DESCRIPCIÓN	2009	2010	2011	2012	%	Variación 09/12
121	Salud general	67.021.081	46.753.184	31.752.290	14.493.727	30,82	-52.527.354
12110	Política sanitaria y gestión administrativa	48.426.211	32.797.089	29.109.498	11.124.082	23,66	-37.302.129
12181	Enseñanza y formación médicas	543.771	-1.785.281	-416.878	-714.326	-1,52	-1.258.097
12182	Investigación médica	5.379.484	7.347.758	3.703.966	4.141.708	8,81	-1.237.776
12191	Servicios médicos	12.671.615	8.393.618	-644.296	-57.737	-0,12	-12.729.352
122	Salud básica	54.610.846	65.647.008	38.500.874	23.252.292	49,45	-31.358.554
12220	Atención sanitaria básica	14.950.414	25.988.161	15.366.069	9.680.904	20,59	-5.269.510
12230	Infraestructura sanitaria básica	18.208.714	13.283.387	-409.132	3.587.203	7,63	-14.621.511
12240	Nutrición básica	8.449.254	8.979.406	9.211.670	5.016.590	10,67	-3.432.664
12250	Control enfermedades infecciosas	5.262.253	6.792.467	7.603.144	2.559.294	5,44	-2.702.959
12261	Educación sanitaria	1.450.767	2.696.375	1.190.240	1.068.971	2,27	-381.796
12262	Control de la malaria	652.000	2.579.698	284.750	743.916	1,58	91.916
12263	Control de la tuberculosis	629.213	217.622	52.500		0,00	-629.213
12281	Formación personal sanitario	5.008.231	5.109.891	5.201.634	595.413	1,27	-4.412.818
130	Salud sexual y reproductiva	34.203.276	27.573.738	12.325.154	9.276.042	19,73	-24.927.234
13010	Pol. Población y gestión admva	407.928	523.031	-711.951	-138.404	-0,29	-546.332
13020	Atención en S.R.	22.185.672	18.457.300	8.012.838	6.321.002	13,44	-15.864.670
13030	Planificación familiar	408.949	1.823.818	567.045	1.315.877	2,80	906.928
13040	Lucha ETS, incluido VIH	8.897.709	5.249.568	3.252.108	476.811	1,01	-8.420.898
13081	Formación RR HH en población y SR	2.303.018	1.520.020	1.205.113	1.300.756	2,77	-1.002.262
	TOTAL	155.835.203	139.973.930	82.578.318	47.022.061	100,00	-108.813.142

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de seguimiento del PACI 2009, 2010 y 2011.

En cuanto a la **orientación geográfica** de la ayuda bilateral en salud, se mantiene el cambio sustancial producido en 2011. En 2010 hubo un equilibrio entre África y América, con el 42% para cada una de estas regiones de la AOD bilateral en salud. En 2011 y 2012 África recibió casi el 54% de la AOD bilateral en salud, mientras que

América se quedó en el 23% (2011) y 33% (2012). Como podemos ver en el gráfico 3.8., la AGE destina un 61% al continente africano y un 25% al americano. En el caso de la cooperación descentralizada, la ayuda está más equilibrada entre ambos continentes. La ayuda bilateral en salud que no está especificada geográficamente se ha reducido en 2012 a poco más del 3%. Esta orientación hacia el continente africano es positiva, ya que es donde se dan mayores problemas de salud, tal y como hemos podido ver en el capítulo 1.

GRÁFICO 3.8. DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA DE LA AOD BILATERAL EN SALUD POR AGENTES, 2012

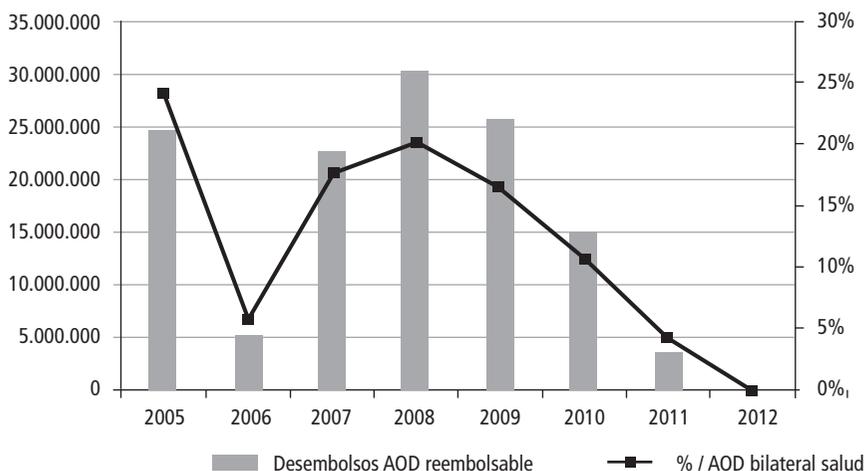


Fuente: elaboración propia a partir de los datos de seguimiento del PACI 2012

Dentro de la AOD bilateral en salud, merece una mención propia el apartado de **ayuda reembolsable**, que hasta 2011 se realizó mayoritariamente a través de instrumentos gestionados por el Ministerio de Industria, Turismo y Comercio (FAD). En anteriores ediciones del informe hemos señalado de forma reiterada 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.

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, 2010 y 2011, como podemos apreciar en el gráfico 3.9., se produce una importante reducción en términos tanto absolutos como relativos. Por fin, en 2012 no se ha producido ningún desembolso de créditos para el sector salud. Sin embargo, todos estos aspectos positivos que mencionamos están ensombrecidos por la falta de recursos destinados al sector, y debemos esperar algo más de tiempo para saber si las mejoras en la orientación son debidas a una mejor orientación sectorial y geográfica de la ayuda en salud, o es sencillamente fruto casual de los recortes establecidos en el sector.

GRÁFICO 3.9. EVOLUCIÓN DE LOS DESEMBOLSOS DE AOD REEMBOLSABLE PARA SALUD Y % SOBRE AOD BILATERAL. 2005-2012



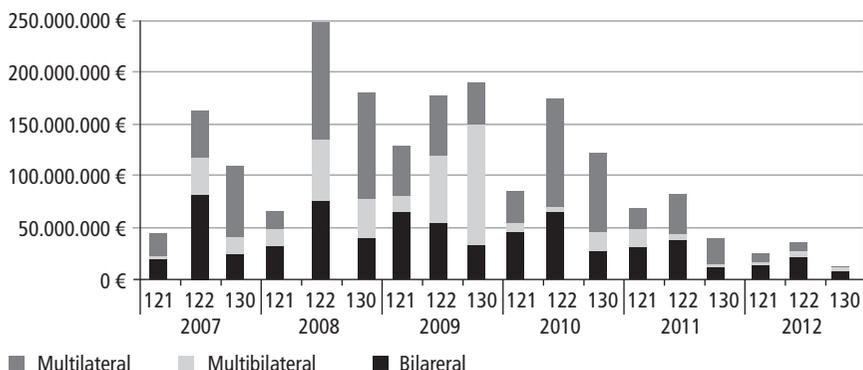
Fuente: elaboración propia a partir de los informes de seguimiento PACI

2.4. Distribución sectorial de la AOD en salud

Si consideramos la composición sectorial de la AOD en salud en 2012, podemos ver que ha sido el subsector de salud básica, con la mitad de la ayuda en salud, el que más AOD concentró.

Resulta llamativo que, en los últimos años, la evolución de la distribución por subsectores y por canales haya sido tan cambiante (ver gráfico 3.10.), lo que nos muestra de nuevo la falta de predictibilidad de la ayuda sanitaria española para los países socios, lo que impide una mayor efectividad, impacto y eficiencia de la ayuda.

GRÁFICO 3.10. EVOLUCIÓN DE LA AOD EN SALUD POR SUBSECTORES Y CANALES, 2006-2011



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

En la tabla 3.7 aparece con más detalle la desagregación por componentes CRS y canales. A diferencia de 2011 en que el mayor peso relativo lo tuvo con mucha diferencia el componente de política sanitaria y gestión administrativa (12110), con el 32,04% (casi el doble que el año anterior), en 2012 la mayor parte se destina al componente de atención sanitaria básica (12220), con un 28%; y en segundo lugar, con un porcentaje cercano, el 12110.

Destaca también la reducción del componente de lucha contra ETS, incluido el VIH-sida (13040), que llegó a acumular en 2009 el 23% de toda la AOD en salud y en 2012 ha quedado reducido a menos del 1%.

Siguiendo las orientaciones de años anteriores, insistimos en 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). Aunque ha aumentado su peso relativo respecto al año anterior, todos ellos juntos apenas llegan

al 5% de la AOD en salud. La atención sanitaria es de facto en 2012 una prioridad relevante de la AOD en salud, pues si sumamos la atención sanitaria básica y la atención en salud reproductiva supone el 39% del total de la AOD en salud.

TABLA 3.7. DESAGREGACIÓN DE LA AOD EN SALUD POR CANALES Y COMPONENTES CRS, 2012 (EN €)

CAD/CRS	Bilateral	Multilateral	Multilateral	TOTAL	%
121	14.493.727	2.727.333	7.010.186	24.231.246	32,74
12110	11.124.082	2.513.333	7.010.186	20.647.601	27,90
12181	-714.326			-714.326	-0,97
12182	4.141.708	214.000		4.355.708	5,88
12191	-57.737			-57.737	-0,08
122	23.252.292	4.860.309	9.078.937	37.191.538	50,25
12220	9.680.904	2.065.824	9.078.937	20.825.664	28,14
12230	3.587.203	109.907		3.697.110	5,00
12240	5.016.590	414.755		5.431.345	7,34
12250	2.559.294			2.559.294	3,46
12261	1.068.971			1.068.971	1,44
12262	743.916	2.269.824		3.013.739	4,07
12263				0	0,00
12281	595.413			595.413	0,80
130	9.276.042	3.316.824	0	12.592.865	17,01
13010	-138.404	1.500.000		1.361.596	1,84
13020	6.321.002	1.815.824		8.136.826	10,99
13030	1.315.877			1.315.877	1,78
13040	476.811	1.000		477.811	0,65
13081	1.300.756			1.300.756	1,76
TOTAL	47.022.061	10.904.466	16.089.123	74.015.650	100

Fuente: elaboración propia a partir de datos seguimiento PACI 2012

La evolución de los diferentes componentes CRS a lo largo de los últimos años (tabla 3.8.) nos permite ver cómo se han ido reforzando unos subsectores y debilitando otros.

Dentro del subsector de salud general (121), fue 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 desde entonces ha tenido una disminución del 80% en términos absolutos, aunque su peso relativo ha crecido. También ha tenido un

incremento importante el componente de investigación médica (12182) entre 2006 y 2010; en 2011 y 2012 se ha reducido a la mitad aunque también ha crecido en peso relativo hasta alcanzar casi el 6% de toda la AOD en salud.

En el subsector de salud básica (122), quizás lo más destacable sean las oscilaciones que se producen en los diversos componentes. La atención sanitaria básica (12220), que se había mantenido bastante constante, ha tenido en el último año una disminución del 50%. La infraestructura sanitaria básica (12230), que había ido bajando desde 2007 hasta casi desaparecer en 2011, ha vuelto a recuperar peso en 2012, con un 5% de la AOD en salud. La nutrición básica (12240) ha tenido oscilaciones a lo largo del período tanto en su peso absoluto como relativo. El control de enfermedades infecciosas (12250), que llegó a tener más de la cuarta parte de toda la AOD en salud, ha tenido en 2012 menos del 3,5%. 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, pero en 2011 y 2012 se han reducido de forma llamativa.

Respecto al subsector de programas y políticas de población y salud reproductiva (130), el incremento más llamativo es el que se operó en el componente de lucha contra ETS incluido el sida (13040) entre 2006 y 2009, que llegó a suponer casi la cuarta parte de la AOD en salud, fundamentalmente por los aportes crecientes de la cooperación española al GFATM. En 2010 y 2011 ha experimentado también un fuerte retroceso precisamente por la suspensión del apoyo español al GFATM, y en 2012 ha quedado reducido a menos del 1% de la AOD en salud. En general, esta misma tendencia de crecimiento hasta 2009 y retroceso en los tres últimos años se ha dado en los demás componentes, aunque no de forma tan extrema. El componente de planificación familiar (13030) tuvo un incremento muy destacado en 2009 y 2010, pero ha vuelto a retroceder en 2011 y 2012 a los niveles anteriores.

A nivel sectorial es necesario conocer las prioridades reales de la cooperación sanitaria española, que deben mantenerse en el tiempo y recibir un mayor apoyo presupuestario. Esta priorización se debe realizar fundamentalmente a través de los componentes que apoyen de una manera más firme el fortalecimiento de los sistemas de salud y la Atención Primaria de Salud, los dos ejes que permiten la mejora de los indicadores de salud de una forma más sostenible.

TABLA 3.8. EVOLUCIÓN DE LA AOD EN SALUD POR COMPONENTES CRS, 2007-2012

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
121	43.772.828 €	67.137.498 €	129.644.866 €	85.455.916 €	68.905.906 €	24.231.246 €
12110	29.295.917 €	46.493.106 €	109.488.193 €	66.585.093 €	61.267.044 €	20.647.601 €
12181	2.318.905 €	1.847.458 €	646.066 €	-1.407.202 €	187.276 €	-714.326 €
12182	4.008.906 €	4.109.146 €	5.452.783 €	8.053.207 €	5.264.605 €	4.355.708 €
12191	8.149.100 €	14.687.788 €	14.057.824 €	12.224.818 €	2.186.981 €	-57.737 €
122	163.356.847 €	249.408.046 €	177.828.448 €	175.064.366 €	82.949.704 €	37.191.538 €
12220	35.062.685 €	51.636.537 €	46.628.746 €	53.170.621 €	41.033.538 €	20.825.664 €
12230	42.390.716 €	36.098.264 €	19.300.691 €	14.864.173 €	636.863 €	3.697.110 €
12240	32.836.565 €	42.739.382 €	10.674.241 €	19.961.503 €	13.663.178 €	5.431.345 €
12250	18.470.601 €	67.182.752 €	32.391.773 €	18.888.956 €	16.844.550 €	2.559.294 €
12261	1.897.806 €	2.901.888 €	1.793.755 €	3.496.418 €	1.720.903 €	1.068.971 €
12262	16.782.526 €	25.675.314 €	40.452.018 €	44.839.922 €	2.402.980 €	3.013.739 €
12263	10.801.748 €	15.685.681 €	20.796.917 €	13.492.351 €	583.532 €	0 €
12281	5.114.200 €	7.488.228 €	5.790.307 €	6.350.422 €	6.064.161 €	595.413 €
130	108.721.881 €	180.255.617 €	190.897.094 €	122.525.004 €	39.380.042 €	12.592.865 €
13010	11.856.872 €	26.919.604 €	19.235.240 €	10.678.608 €	7.325.486 €	1.361.596 €
13020	29.362.512 €	53.790.310 €	50.563.955 €	42.002.748 €	18.439.347 €	8.136.826 €
13030	762.344 €	805.408 €	5.342.760 €	8.027.595 €	664.442 €	1.315.877 €
13040	66.328.206 €	96.909.602 €	113.441.210 €	60.174.881 €	11.719.570 €	477.811 €
13081	411.947 €	1.830.693 €	2.313.929 €	1.641.172 €	1.231.196 €	1.300.756 €
TOTAL	315.851.556 €	496.801.161 €	498.370.408 €	383.045.286 €	191.235.652 €	74.015.650 €

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

2.5. Distribución geográfica de la AOD en salud

En 2012 la ayuda en salud canalizada hacia África, que en 2011 había sido el 44%, se reduce al 35,5%. Sin embargo, América Latina que en 2011 había recibido el 21%, sube en 2012 hasta el 29%. Se reduce también el porcentaje en Asia y Oriente Medio, pero aumenta el porcentaje de la AOD en salud no especificada geográficamente, que fue del 11,5% en 2011 y pasa al 27% en 2012.

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

TABLA 3.9. ORIENTACIÓN GEOGRÁFICA DE LA AOD EN SALUD, 2012 (EN €)

ÁREAS GEOGRÁFICAS	AOD SALUD 2012	%
ÁFRICA	26.272.245	35,50
Norte de África	3.017.636	
África subsahariana	23.249.609	
No especificado	5.000	
AMÉRICA	21.515.295	29,07
América Central y Caribe	13.918.794	
América del Sur	7.248.911	
No especificado	347.589	
ASIA	2.217.631	3,00
Asia oriental	351.490	
Asia central	1.548.461	
Sur de Asia	311.669	
No especificado	6.011	
OCEANÍA		0,00
ORIENTE MEDIO	3.707.998	5,01
EUROPA	59.703	0,08
PVD no especificados	20.242.779	27,35
TOTAL	74.015.650	

Fuente: elaboración propia a partir de datos seguimiento PACI 2011.

- 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 desde este punto de vista, podemos observar que en 2012, último año de vigencia del III Plan Director, los porcentajes, que en 2010 estuvieron bastante alejados de la meta establecida y en 2011, aunque se habían acercado un poco más seguían lejos, en 2012 se han cumplido ampliamente. La ayuda sanitaria destinada a países no prioritarios se ha reducido de casi el 39% de la AOD especificable geográficamente en 2010 a menos de un 4% en 2012.

**TABLA 3.10. ORIENTACIÓN GEOGRÁFICA DE LA AOD EN SALUD
SEGÚN CATEGORÍAS DEL PLAN DIRECTOR, 2010-2012**

PRIORIDADES III PD	AOD SALUD 2010	%	AOD SALUD 2011	%	AOD SALUD 2012	%
Grupo A	123.976.762 €	40,91	73.826.681 €	49,95	40.178.577 €	86,39
Grupo B	36.002.983 €	11,88	23.756.008 €	16,07	6.461.841 €	13,89
Grupo C	25.176.572 €	8,31	6.311.046 €	4,27	-1.901.247 €	-4,09
No prioritario	117.885.071 €	38,90	43.912.941 €	29,71	1.767.553 €	3,80
TOTAL especificada	303.041.389 €	100	147.806.676 €	100	46.506.724 €	100
No especificada	80.003.897 €		43.428.976 €		27.508.926 €	

Fuente: elaboración propia a partir de datos seguimiento PACI

Esto probablemente se debe a la gran disminución de la ayuda multilateral en la AOD en salud, ya que muchas de las contribuciones a organismos multilaterales de desarrollo se dirigen a países que no son prioritarios para la cooperación española.

Por otro lado, también podemos hacer un análisis geográfico según los niveles de renta de los países receptores. La siguiente tabla nos muestra que el porcentaje destinado a los PMA es prácticamente igual al del año anterior superando el 30% que es el mínimo adecuado, se reducen los porcentajes destinados a países de renta baja y a países de renta media, y aumenta hasta el 37% la ayuda a países no especificados.

**TABLA 3.11. ORIENTACIÓN GEOGRÁFICA DE LA AOD EN SALUD
SEGÚN NIVEL DE RENTA DE LOS RECEPTORES, 2010-2012**

Grupos de países por niveles de renta	AOD SALUD 2010	%	AOD SALUD 2011	%	AOD SALUD 2012	%
PMA	131.163.029 €	34,24	62.072.816 €	32,46	23.940.136 €	32,34
Otros de renta baja	33.729.872 €	8,81	13.218.601 €	6,91	263.543 €	0,36
Renta media baja	109.475.594 €	28,58	58.810.113 €	30,75	18.910.884 €	25,55
Renta media alta	28.672.895 €	7,49	13.705.146 €	7,17	3.392.161 €	4,58
No especificado	80.003.897 €	20,89	43.428.976 €	22,71	27.508.926 €	37,17
TOTAL	383.045.286 €		191.235.652 €		74.015.650 €	

Fuente: elaboración propia a partir de datos seguimiento PACI

Si nos fijamos en los 10 países que recibieron mayor cantidad de AOD en salud en 2012, podemos ver que, a diferencia de otros años, en 2012 todos ellos pertenecen al Grupo A, de asociación amplia. 4 de ellos no estaban en esta lista ni en 2009 ni en 2010 ni en 2011, lo que supone que, durante el período de vigencia del III Plan Director, ha habido una gran variabilidad en el destino geográfico de los fondos.

TABLA 3.12. LOS 10 PAÍSES QUE RECIBIERON MAYOR CANTIDAD DE AOD EN SALUD EN 2012
(se incorporan los datos de años anteriores en que estos mismos países estuvieron en la lista de los 10 con más AOD en salud)

PAÍSES DESTACADOS	CATEGORÍA III PD	AOD SALUD 2012	AOD SALUD 2011	AOD SALUD 2010	AOD SALUD 2009
Mozambique	Grupo A	5.775.595 €	4.999.066 €	11.494.708 €	18.674.859 €
Etiopía	Grupo A	3.789.773 €	6.182.971 €	15.626.347 €	22.264.050 €
Bolivia	Grupo A	3.396.327 €	5.160.556 €		
Mauritania	Grupo A	3.069.802 €			
Territorios Palestinos	Grupo A	2.836.021 €	9.925.323 €		
Perú	Grupo A	2.642.308 €	4.774.828 €	10.943.161 €	11.027.650 €
Guatemala	Grupo A	2.620.212 €	3.771.983 €		
Paraguay	Grupo A	2.434.231 €			
Población Saharaui	Grupo A	2.018.170 €			
Nicaragua	Grupo A	1.739.828 €			

Fuente: elaboración propia a partir de datos seguimiento PACI

Si hacemos el mismo **análisis geográfico respecto a la ayuda bilateral**, en la que la Cooperación Española tiene mayor capacidad de aplicar sus prioridades, podremos observar que África recibe en 2011 y 2012 alrededor del 55% de la AOD bilateral en salud. América Latina que en 2011 había bajado del 42% al 28,6%, recupera terreno en 2012 y pasa a un 34%. Se produce además una reducción importante de la ayuda no especificada geográficamente.

Por lo que respecta al esfuerzo de los diferentes agentes, la AGE tiene una mayor orientación hacia África (61% de su AOD bilateral y el 30% de toda la ayuda bilateral); sin embargo, las Comunidades Autónomas y los Entes Locales, que en el pasado priorizaron en mayor medida América Latina, también se orientan en 2012 más a África, con casi la mitad de su ayuda bilateral en salud. Como hemos mencionado anteriormente, la priorización de África nos parece positiva, ya que es donde mayores problemas de salud existen.

TABLA 3.13. ORIENTACIÓN GEOGRÁFICA DE LA AOD BILATERAL EN SALUD, 2012

	AGE	CC AA	EE LL	UNIV.	TOTAL	%
América	5.762.896 €	8.060.532 €	1.557.580 €	431.909 €	15.812.917 €	33,63
África	14.364.535 €	9.016.789 €	1.853.660 €	168.506 €	25.403.490 €	54,02
Asia-Pacífico	2.701.118 €	1.118.011 €	388.162 €	23.605 €	4.230.895 €	9,00
Europa	0 €	52.067 €	0 €	7.636 €	59.703 €	0,13
No especificado	575.000 €	925.289 €	14.767 €	0 €	1.515.056 €	3,22
	23.403.549 €	19.172.688 €	3.814.169 €	631.656 €	47.022.061 €	100,00

Fuente: elaboración propia a partir de datos seguimiento PACI 2012

Desde el punto de vista de las prioridades geográficas establecidas por el III Plan Director, en 2012 se ha concentrado casi la totalidad de la AOD bilateral en salud especificable geográficamente en los tres grupos de países prioritarios. Si en 2011 ya se cumplía el compromiso adquirido para 2012 de destinar al menos el 85% de su ayuda a los grupos A y B, en 2012, último año de vigencia del III Plan Director, se alcanza el 96% de concentración de la AOD bilateral en salud en estos países. De hecho, el 82% de la AOD bilateral se destina al grupo A, que es el de mayor prioridad para la cooperación española, y orienta hacia una mejora de la planificación de la AOD sanitaria.

TABLA 3.14 AOD BILATERAL EN SALUD SEGÚN PRIORIDADES GEOGRÁFICAS DEL III PLAN DIRECTOR, 2009- 2012

PRIORIDADES III PD	AOD bilateral SALUD 2009		AOD bilateral SALUD 2010		AOD bilateral SALUD 2011		AOD bilateral SALUD 2012	
	Monto	%	Monto	%	Monto	%	Monto	%
Grupo A	102.390.610 €	67,07%	90.329.813 €	72,51%	54.466.533 €	74,06%	37.614.089 €	82,05%
Grupo B	17.884.291 €	11,71%	12.477.746 €	10,02%	10.326.713 €	14,04%	6.461.841 €	14,10%
Grupo C	26.148.264 €	17,13%	20.486.516 €	16,45%	3.338.179 €	4,54%	-1.901.247 €	
No prioritario	6.246.215 €	4,09%	1.279.145 €	1,03%	5.410.565 €	7,36%	1.767.553 €	3,86%
TOTAL Especificada	152.669.381 €	100%	124.573.220 €	100%	73.541.990 €	100%	43.942.236 €	100%
No Especificado	3.165.822 €		15.400.710 €		9.036.328 €		3.079.825 €	

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

En lo que se refiere a la distribución geográfica de la ayuda bilateral en salud según los niveles de renta de los países destinatarios, se ha producido en 2012 un nuevo incremento de la asignación a PMA que se acerca a la mitad de la AOD bilateral en salud. Sin embargo este incremento se ha hecho a costa de los países de renta baja; el porcentaje destinado a los países de renta media baja también ha crecido 7 puntos.

**TABLA 3.15. DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA DE LA AOD BILATERAL EN SALUD
SEGÚN NIVEL DE RENTA DE LOS RECEPTORES, 2009-2012**

Grupos de países por niveles de renta	AOD bilateral SALUD 2009		AOD bilateral SALUD 2010		AOD bilateral SALUD 2011		AOD bilateral SALUD 2012	
	Monto	%	Monto	%	Monto	%	Monto	%
PMA	60.671.633 €	38,93%	50.377.268 €	35,99%	31.699.280 €	38,39%	23.071.381 €	49,07%
Renta baja	7.251.159 €	4,65%	-1.659.958 €	-1,19%	7.557.603 €	9,15%	263.543 €	0,56%
Renta media baja	64.542.084 €	41,42%	55.206.708 €	39,44%	24.503.777 €	29,67%	17.215.151 €	36,61%
Renta media alta	17.413.443 €	11,17%	20.649.204 €	14,75%	9.781.331 €	11,84%	3.392.161 €	7,21%
No especificado	5.956.883 €	3,82%	15.400.710 €	11,00%	9.036.328 €	10,94%	3.079.825 €	7%
TOTAL	155.835.203 €		139.973.930 €		82.578.318 €		47.022.061 €	

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

3. BALANCE DE LA AOD EN SALUD EN EL PERÍODO DE VIGENCIA DEL III PLAN DIRECTOR

Durante los años de vigencia del II Plan Director (2005-2008) la AOD española destinada al sector salud experimentó un crecimiento muy notable, triplicándose en dicho período, pero también muy desequilibrado, con una concentración excesiva en la ayuda canalizada a través de OМУDES (multilateral y multilateral). Mientras la primera creció un 50%, ésta última creció un 570%.

A pesar de que el III Plan Director nació con la vocación de dar un nuevo impulso a la Cooperación Española, durante su período de vigencia, afectado por la crisis económica que ha assolado España, la AOD en general se redujo un 66%. Y a pesar de que el Plan recogió la salud como uno de los sectores prioritarios, que refrendó y profundizó los criterios de la Estrategia sectorial de salud, a pesar de que España, durante su presidencia de turno de la Unión Europea en el primer semestre de 2010 impulsó la elaboración de una Comunicación sobre salud global, durante el cuatrienio 2009-2012 la salud fue uno de los sectores que más sufrieron los recortes, de una forma

desproporcionada e incoherente, con una reducción del 85%, frente al 66 % de reducción del conjunto de la AOD; la ayuda bilateral se redujo un 70% y la canalizada a través de OМУDES (multilateral + multilateral) un 93%. Estas cifras parecen apuntar a una pérdida de interés de la cooperación española por el sector de la salud, hecho preocupante ya que se trata de un sector cuyos recortes tienen consecuencias en pérdida de vidas humanas y aumento de sufrimiento.

Además, como hemos visto en los apartados anteriores, se han producido avances y retrocesos, subidas y bajadas, en cuanto a las prioridades subsectoriales y geográficas, dando una impresión de conjunto un tanto errática. Reducciones y oscilaciones apuntan a un carácter poco previsible de la AOD española en salud. Precisamente el informe anual 2012 de IHP+ señala como uno de los principales déficits de España el hecho de que sus compromisos no son de largo plazo, aspecto en el que ha retrocedido en los últimos años. España declara que está decidida a cumplir con la política de la UE sobre compromisos a largo plazo en materia de salud global, pero los hechos no acompañan a las declaraciones.

La puesta en marcha del IV Plan Director debería ayudar a reposicionar el sector salud en la agenda. Sin embargo, a la vista de las previsiones de la SGCID para 2013, volverá a disminuir en términos absolutos y también relativos, situándose por debajo del 4% de la AOD total, algo sin precedentes en la Cooperación Española, en la que conjugar planificaciones geográficas y sectoriales con ejecución por instrumentos muy rígidos, que operan como compartimentos estancos, está llevando a disfunciones como ésta, difíciles de corregir.

Frente a ello, como ya señalábamos en los años anteriores, 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 tanto dentro como fuera de España.

Las reflexiones que se van produciendo a nivel internacional en torno a la definición de la Agenda de desarrollo post-2015 reiteran la importancia de la salud en una triple dimensión de resultado deseable per se, de precondition para los procesos de desarrollo y de indicador del progreso de las sociedades.

TRES ESTUDIOS DE CASO DE LA COOPERACIÓN ESPAÑOLA EN SALUD

INTRODUCCIÓN

El III Plan Director de la Cooperación Española, orientado por las recomendaciones del Código de Conducta de División de trabajo de la UE, puso en marcha un proceso de concentración geográfica (85% de la AOD geográficamente especificada destinada a los 37 países englobados en las categorías A y B de asociación) y sectorial (tendencia hacia un máximo de tres sectores en cada país socio) que se fue traduciendo, en los años de su aplicación, en la preparación para la salida de algunos países y en la concentración en menos sectores dentro de aquellos países identificados como prioritarios. Esta concentración sectorial se fue concretando en los Marcos de Asociación País (MAP) que se fueron firmando con los países socios así como en las Programaciones operativas de la AECID.

El escenario de crisis económica que se empezó a manifestar en España en 2008 provocó, entre otras cosas, fuertes reducciones en las cifras de AOD a partir de 2010, “colaborando” en este proceso de concentración, que el IV Plan Director ha retomado y profundizado (concentrar la mayor parte de la AOD en 23 países).

A pesar de partir de una metodología común, los procesos de elaboración de MAP han sido muy diversos en su procedimiento y en sus resultados. En unos casos la concentración en tres sectores por país se ha aplicado de una forma bastante rigurosa, casi quirúrgica, quizás sin analizar a fondo los impactos que podía tener, sin tomar suficientemente en cuenta las necesidades sentidas y las expectativas creadas, sin una definición clara de planes de salida de un determinado sector, respondiendo de forma simple a la reducción del volumen de ayuda. En otros casos (por ejemplo, Bolivia), se han incorporado criterios de flexibilidad (en el caso boliviano, aplicando un principio de no exclusión que ha ayudado a no perder la plural riqueza de los diferentes actores de la Cooperación Española).

Las organizaciones que elaboramos este informe hemos seguido con preocupación estos procesos y hemos apuntado en diversas oportunidades el impacto que puede tener en el sector salud la retirada de un donante estratégico en un momento determinado, especialmente cuando el sistema nacional de salud del país socio tiene todavía una alta dependencia de la AOD para su financiación o cuando la Cooperación Española está jugando un papel estratégico en cuanto al modelo de salud que se construye en el país socio.

Esta preocupación ha motivado la realización de este estudio sobre la evolución de la Cooperación Española en salud en tres de los países prioritarios –Perú, Bolivia y Mozambique- en los que este sector ha sido uno de los puntos fuertes de la Cooperación Española durante años, intentando contrastar el comportamiento de la Cooperación Española en estos países con el de la comunidad de donantes del CAD, y también cotejar los datos de nuestra AOD con las estrategias declaradas a través de los documentos de planificación geográfica¹.

A. ESTUDIO DE CASO BOLIVIA

A.1. Cooperación internacional en Bolivia

En aplicación de la Agenda de Eficacia de la Ayuda, de los principios de la Declaración de París y del Plan de Acción de Accra, en Bolivia se estableció a final de 2006 un Grupo de Socios para el Desarrollo (GRUS) que agrupa a los países donantes y agencias de cooperación en el país para mejorar la coordinación y armonización entre ellos y para fomentar la apropiación y el liderazgo del Gobierno boliviano en las políticas de desarrollo, de manera que se produzca un adecuado alineamiento de los países socios con estas políticas recogidas en el Plan Nacional de Desarrollo.

El GRUS tiene constituidos 13 subgrupos de trabajo temáticos, uno de los cuales está dedicado a salud. Este subgrupo se creó en julio de 2007 para generar alianzas estratégicas que mejoren la efectividad y el impacto del apoyo de la comunidad internacional al Sistema Boliviano de Salud, como apoyo al Plan Sectorial de Desarrollo del Ministerio de Salud y Deportes (MSD). En la medida que el MSD no es miembro del subgrupo, su participación es eventual.

Sin embargo, los actores de la Cooperación Internacional y el MSD mantienen una coordinación y diálogo permanente en el espacio del Comité de Cooperación Interagencial de Salud (CCI), que es la instancia de coordinación entre el MSD, como máxima autoridad y ente rector en el sector Salud, y la Cooperación Internacional en Salud.

Además, los actores de la Cooperación Internacional y el MSD firmaron el 4/09/2012 un Código de Conducta voluntario que expresa el objetivo de establecer gradualmente un Enfoque Sectorial Ampliado, donde se fortalezca el liderazgo del MSD en la conducción de las políticas de salud, así como en la toma de decisiones sobre asignación de recursos, incrementando la coherencia entre políticas, gastos y resultados. Este enfoque implica el desarrollo de una política y estrategia sectorial integral y coherente, así como un marco común de gestión, planificación e información, que contribuya además a la reducción de los costos de transacción.

En la última década, gracias a un fuerte incremento de los ingresos provenientes del gas y del petróleo, Bolivia ha experimentado un crecimiento económico que le ha permitido doblar su PIB y reducir en 15 puntos porcentuales la pobreza extrema, aunque persisten fortísimas desigualdades: el 20% más rico de los bolivianos concentra el 60% de la riqueza mientras el 20% más pobre se reparte solo el 2%. En este tiempo, el peso de los fondos de la cooperación internacional ha ido disminuyendo, pasando de representar el 12% del PIB en 2003 a ser poco más del 3% en 2011. Al final de este período, a la vista de que Bolivia ha pasado a ser un país de renta media, a pesar de las enormes inequidades que aún alberga, algunas de las agencias de cooperación presentes en el país anuncian una reducción de sus programas o incluso la retirada en un marco de contracción de la AOD. Entre 2010 y 2011, la AOD de la comunidad de donantes recibida por Bolivia se redujo un 15%. Probablemente los datos de 2012, cuando se hagan públicos, nos muestren otra bajada.

Y si nos fijamos en la ayuda para el sector salud, aunque no ha habido una reducción notable hasta 2011, Austria, Suiza y Reino Unido han dejado de aportar financiación bilateral a este sector después de 2009, y Estados Unidos, que ha aportado en estos años más de la mitad de toda la ayuda internacional dirigida a salud sexual y reproductiva, ha visto recientemente cómo el Gobierno expulsaba a su agencia de cooperación (USAID) bajo el argumento de injerencia política. Por tanto, aunque hasta 2011 no se ha producido una reducción significativa de la AOD del CAD para el sector salud (120 + 130), es bastante previsible que haya una bajada sustancial a partir de 2012-2013.

A pesar de que la Constitución política del Estado Plurinacional de Bolivia recoge la salud como un derecho humano, garantiza el acceso gratuito al servicio de salud para toda la población y obliga al Estado a hacerse responsable de hacer efectivo este derecho, y aunque el conjunto del gasto en salud se incrementó de 450 millones de dólares en 2003 a 1.067 millones en 2010, lo que elevó la inversión per cápita en salud de 51 a 102 dólares², el gasto en salud en Bolivia todavía se apoya en un 28%

2. Se puede consultar al respecto el informe "Una victoria posible: la ayuda internacional y la supervivencia infantil en Bolivia". Unicef, 2013

de pago directo de los usuarios por servicios. Esto, en una realidad social de enormes inequidades, implica limitaciones importantes de acceso a los servicios de salud por parte de las poblaciones en situación de vulnerabilidad y más expuestas al riesgo de la pobreza. Si a esto unimos que otro 30% se financia por parte del Tesoro General de la Nación, que se nutre en un 70% de impuestos indirectos, se puede entender que el acceso a la salud sigue siendo muy inequitativo. En muchos casos, intentar acceder al sistema sanitario cuando se está enfermo empuja a la pobreza a grupos de población vulnerable. De hecho, se estima que casi tres cuartas partes de la población no tienen acceso real y efectivo al sistema formal de salud y cuando necesitan acceder a los servicios de salud pueden encontrarse en la disyuntiva de elegir entre seguir enfermos o agudizar aún más su situación de pobreza.

Aunque el porcentaje del gasto de salud que se financia con AOD es actualmente bajo (en 2010 fue aproximadamente el 4%), su importancia no es desdeñable, dada la brecha de financiación de salud que el Estado afronta. La Cooperación Internacional prioriza precisamente aquellas barreras que marcan las desigualdades e inequidades, así como las debilidades institucionales, cobrando una importancia estratégica en la generación de equidad a través del diálogo de políticas de salud y del apoyo a la gobernanza democrática y justicia social del sistema de salud. De hecho, los recursos internacionales han sido determinantes en el fomento de políticas sanitarias inclusivas. Como señala un reciente informe de UNICEF³, se trata de un papel más incisivo que extensivo, promoviendo innovación, promocionando buenas prácticas e identificando grupos prioritarios.

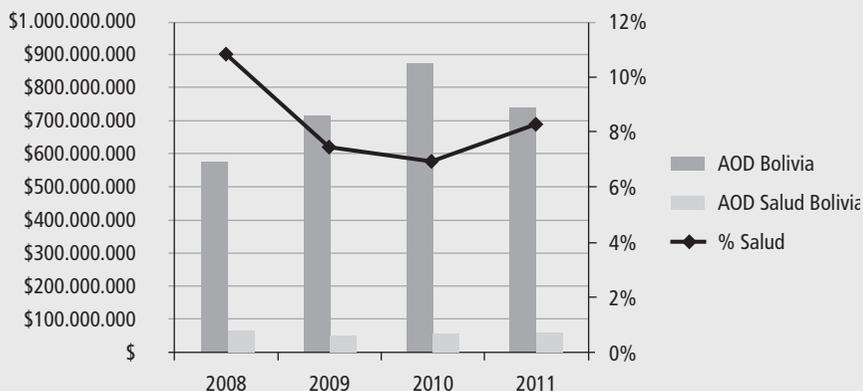
A.2. Datos generales de la Cooperación Española y del CAD en Bolivia

España ha tenido un papel destacado en el conjunto de donantes del CAD respecto a la cooperación en Bolivia, siendo el segundo donante más importante después de Estados Unidos⁴. Entre 2008 y 2010 la AOD española suponía más del 15% de la ayuda que Bolivia recibía del conjunto de países del CAD. Sin embargo, en 2011, al mismo tiempo que la AOD total del CAD dirigida a este país se redujo en un 15%, España la redujo en casi dos tercios, y su peso relativo entre los donantes se redujo a menos de la mitad, pasando de estar en el primer puesto de los donantes a estar en el tercero, detrás de Estados Unidos y Holanda.

3. Idem

4. De hecho, en 2010 España fue el mayor donante, si nos fijamos en los desembolsos brutos de AOD bilateral. Con la reciente expulsión de USAID por parte del Gobierno boliviano, España podría pasar a ser el principal donante en este país.

GRÁFICO 1. EVOLUCIÓN DE LA AOD BRUTA DEL CAD DIRIGIDA A BOLIVIA



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Creditor Reporting System.
Desembolsos brutos de AOD bilateral y multilateral en dólares corrientes

Si nos fijamos en el sector salud (códigos CAD 120 y 130), también vemos diferencias entre el comportamiento de España y el promedio del CAD. A pesar de que el monto total de AOD destinada por los países del CAD a Bolivia ha tenido variaciones entre 2008 y 2011, el monto destinado a salud ha sido muy constante; probablemente, para el Gobierno boliviano, esta predictibilidad de la ayuda para salud ha podido servir para avanzar en las mejoras necesarias de su sistema de salud, mejoras que han aportado algunos resultados exitosos, como la reducción de la mortalidad infantil y de la mortalidad materna, reducción de la desnutrición crónica infantil, etc.

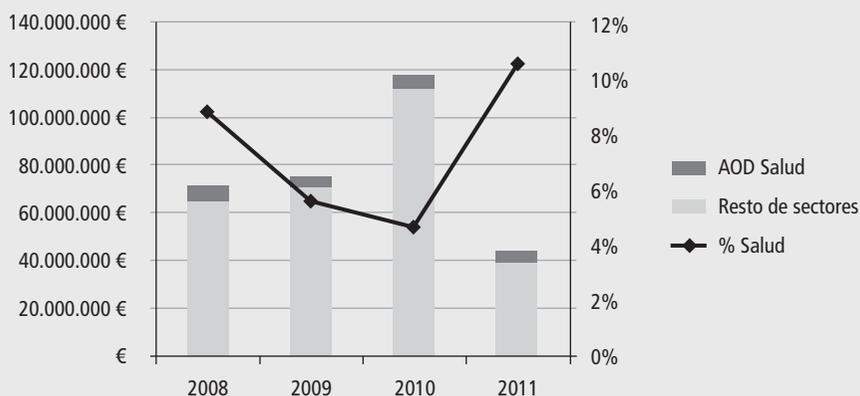
En el caso español, las oscilaciones de la AOD total destinada a Bolivia han ido acompañadas también de oscilaciones de la AOD dirigida al sector salud y del peso relativo de la salud en la Cooperación Española con este país.

El programa de cooperación de España con el país andino se ha apoyado fundamentalmente en el canal bilateral que, en el período señalado, ha supuesto entre el 79% y el 94% de toda la AOD, según los años. Y precisamente ha sido el componente bilateral el que ha experimentado mayores fluctuaciones, moviéndose entre los 38 y los 110 millones de euros en el cuatrienio. La ayuda destinada a salud ha tenido también un comportamiento de montaña rusa, con una disminución del 33%, seguida de un aumento del 27% y otra disminución de casi el 15%, y oscilando en cifras absolutas desde 4,88 hasta 7,27 millones de euros en los años extremos, con una media de casi 6 millones al año en el período⁵.

5. Aunque no incluimos en este estudio los datos de AOD de 2012 para que haya una correlación entre los datos del CAD y los de AOD española, podemos señalar que en 2012 la AOD española en salud para Bolivia se redujo hasta 3,4 millones de euros, el nivel más bajo de los últimos años con diferencia.

En los tres años anteriores al vigente MAP (es decir, en 2008-2010) la Cooperación Española destinó más de 18 millones de euros al sector salud (Códigos CAD 120+130) en Bolivia, el 7% de toda la AOD española a este país. En 2011, aunque se produjo una reducción muy fuerte del conjunto de la AOD española en Bolivia (dos tercios respecto al año anterior), la reducción del apoyo al sector salud fue sólo del 15%, lo que supuso que el peso relativo de la salud subiera hasta el 12% de la AOD española para este país.

GRÁFICO 2. EVOLUCIÓN DE LA AOD BRUTA ESPAÑOLA A BOLIVIA



Fuente: Elaboración propia a partir de los informes de Seguimiento del PACI.
Desembolsos brutos de AOD en euros corrientes.

A.3. Estrategia española respecto al sector salud en Bolivia

Según reconoce el vigente **Marco de Asociación País (MAP 2011-2015)**, *“La Cooperación Española ha trabajado en el sector salud en Bolivia durante varios años y a través de distintos instrumentos de cooperación oficial bilateral, multilateral, ONGD españolas, así como a través del Programa de Cooperación Interuniversitaria y becas MAEC y Fundación Carolina. Esta intervención en salud se ha fortalecido especialmente en los últimos años a través de las ONGD y mecanismos multilaterales, bajo el reconocimiento de que estos actores proveen fuertes capacidades instaladas para la ejecución de programas y proyectos”* (211).

El proceso de elaboración de este MAP incorporó el mandato de concentración geográfica y sectorial del III Plan Director de una forma no rígorista sino atenuada. En

este sentido, el MAP estableció tres sectores prioritarios a nivel nacional –educación, agua y gobernabilidad- que deberían concentrar el 81% de la AOD bilateral. Sin embargo, junto a ello, aplicó un principio de no exclusión que permite hacer compatibles y complementarios los procesos graduales de integración y concentración de acciones de la Cooperación Española junto a la riqueza y pluralidad de las acciones individuales y específicas de los diferentes actores de nuestra cooperación.

La aplicación de este principio de no exclusión llevó a identificar un ámbito territorial –los departamentos de Beni, Chuquisaca, Cochabamba, La Paz y Potosí- en el que, además de los tres sectores prioritarios, se podrían desarrollar acciones en otros tres sectores en los que diversos actores de la Cooperación Española –especialmente las ONGD- tienen una trayectoria y experiencia muy significativa: salud, soberanía alimentaria y cultura y desarrollo⁶. En estos sectores “secundarios”, el MAP señala que la OTC actuará como socio silencioso a nivel oficial, delegando progresivamente la presencia española a través de las ONGD y organismos multilaterales, principalmente a través de la OPS/OMS y FNUAP.

El MAP señala que *“La actual importante presencia de ONGD españolas especializadas en salud en Bolivia, la trascendencia histórica de su trabajo en el terreno así como su capacidad de interacción con la institucionalidad boliviana, permite consolidar a estos actores como el mejor ejemplo representativo de cooperación en materia de salud en el país”* (212).

A pesar de que el MAP establece que los sectores secundarios sólo se trabajarán en cinco departamentos, en otro apartado señala que *“Las intervenciones en el sector salud se plantean tanto desde el ámbito nacional como a nivel departamental y municipal. En su globalidad, estas intervenciones apuntan tanto a trabajar en el sistema nacional de salud bajo el marco de la política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI) y enfocado hacia la gestión pública y de los determinantes de salud, como a trabajar en el fortalecimiento de la sociedad civil con el objetivo de lograr una mayor participación en la planificación, administración, gestión y evaluación de las acciones de salud en Bolivia.”* (232).

En Abril de 2013 se publicó una **Estrategia de Implementación del MAP en el sector salud en Bolivia** para los próximos 3 años, elaborada mediante un proceso altamente participativo y enmarcada en la Política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI), con el fin de priorizar las líneas de acción y definir métodos de evaluación y seguimiento de las acciones, todo esto a partir de un diagnóstico completo de la situación en salud, del grado de implementación de las políticas públicas

6. De hecho, en los años anteriores al MAP, los sectores de soberanía alimentaria y salud tuvieron mayor financiación que educación, agua y gobernabilidad.

en salud y de las potencialidades y limitaciones de la Cooperación Española y sus diversos actores.

La Estrategia señala que el sector salud se alinea con los objetivos del Plan Nacional de Desarrollo, los Planes Departamentales de Salud y el Plan Sectorial de Desarrollo (PSD) del Ministerio de Salud y Deportes (MSD). La Cooperación Española pretende centrarse en contribuir de manera eficaz a establecer las condiciones para mejorar la salud de las poblaciones, fomentando el desarrollo humano sostenible. La estrategia de implementación del MAP en Bolivia, en materia de salud, busca:

1. Armonizar de manera crítica las acciones de los organismos de cooperación que reciben financiamiento del gobierno español, lo que significa: i) evitar duplicidad de esfuerzos; ii) evolucionar hacia metas comunes a mediano plazo; iii) utilizar (en la medida de lo posible) indicadores comunes; iv) seguir, evaluar y/o medir de manera coherente el impacto en salud; v) seguir, evaluar y/o medir de manera coherente la incidencia de las acciones emprendidas en la política sanitaria boliviana.
2. Alinear las acciones de esos organismos de cooperación con los objetivos del gobierno boliviano, particularmente en lo que se refiere a la Política SAFCI y al PSD del MSD.
3. Priorizar las líneas de acción para el futuro en términos sectoriales o geográficos.
4. Dotar a la Cooperación Española de herramientas de seguimiento de las acciones de todos los actores españoles en el campo de la salud que no dupliquen, en la medida de lo posible, las herramientas locales ya existentes.

A.4. Orientación de la AOD española dirigida al sector salud en Bolivia

Entre 2008 y 2011, la AOD española dirigida al sector salud ha ido canalizándose cada vez en mayor medida por la vía bilateral, siendo en 2008 el 66% del total y en 2011 casi el 97%.

El vigente MAP establece que la AOD en salud se canalizará mayoritariamente a través de ONGD y de organismos multilaterales, principalmente OPS/OMS y FNUAP. Las ONGD han ido gestionando un porcentaje creciente de toda la AOD española para el sector salud en Bolivia, pasando del 59% en 2008 al 90% en 2011. En el ámbito de la ayuda multilateral y multilateral, FNUAP también ha tenido una progresión, pasando de gestionar el 3% de esta ayuda en 2008 al 27% en 2011, año en que fue el organismo internacional que más AOD española en salud gestionó. No ha habido en este período ninguna canalización de fondos a través de la OPS/OMS.

LINEAMIENTOS DE LA ESTRATEGIA DE IMPLEMENTACIÓN DEL MAP EN EL SECTOR SALUD

<p>Lineamiento 1: Fortalecer el enfoque sectorial en salud desde el conjunto de los actores de la Cooperación Española</p>	<p>La Cooperación Internacional y el MSD firmaron el 4/09/2012 un Código de Conducta que expresa el objetivo de establecer gradualmente un Enfoque Sectorial Ampliado (ESA) donde se fortalezca el liderazgo del MSD en la conducción de las políticas de salud así como en la toma de decisiones sobre asignación de recursos, incrementando la coherencia entre políticas, gastos y resultados. Este enfoque implica el desarrollo de una política y estrategia sectorial integral y coherente, así como un marco común de gestión, planificación e información, lo que contribuye además a la reducción de los costos de transacción. La AECID ha firmado el Código de Conducta, sin embargo su apoyo al enfoque sectorial se ve limitado por la ausencia de cooperación</p>
<p>Lineamiento 2: Apoyar a la implementación de la Política Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI) principalmente a nivel local</p>	<p>bilateral directa en el sector salud. La SAFCI, aprobada por el DS 29601 del 11 de junio de 2008, constituye el marco general de funcionamiento del sistema nacional de salud, incorporando un nuevo paradigma en la atención de la salud, centrada en la familia y en la comunidad, con enfoque integral e intercultural de promoción, prevención, tanto en los servicios como en la comunidad. El éxito de la política SAFCI depende de su integración al sistema de salud con el fin de transformarlo desde adentro sin crear un modelo de atención y de gestión paralelo.</p>
<p>Lineamiento 3: Fortalecimiento institucional y desarrollo de capacidades locales</p>	<p>Se evidencia una necesidad en el sistema de salud de formación de RRHH para la implementación de la SAFCI tanto en lo que implican las exigencias de la gestión pública y el componente "gestión" de la política SAFCI como en el modelo de "atención".</p>
<p>Lineamiento 4: Mejorar la eficacia, eficiencia y calidad de las intervenciones de la CE en salud</p>	<p>Implica desarrollar mejoras en la aplicación de los ejes transversales de género, sostenibilidad ambiental e interculturalidad, en la evaluación, en el impulso de estrategias de sostenibilidad y en la eficiencia de las intervenciones.</p>
<p>Lineamiento 5: Avanzar hacia el enfoque territorial Lineamiento</p>	<p>La CE asume este enfoque territorial en Bolivia a través de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Apoyo a la elaboración y puesta en marcha de los marcos normativos y reglamentarios de ordenación territorial a nivel nacional y subnacional (estatutos autonómicos, cartas orgánicas...) - Levantamiento de información geográfica como herramienta de gestión y toma de decisiones, mapas temáticos, bases de datos georeferenciadas - Apoyo a la coordinación y concertación de actores a nivel local, mesas de concertación en el terreno (con otros donantes) y mesas territoriales entre actores de la CE - Fortalecimiento institucional y desarrollo de capacidades de las instancias departamentales: Gobiernos Departamentales, Asambleas Departamentales
<p>6: Fomentar la inversión y la gestión del conocimiento</p>	<p>Todos los actores involucrados en la implementación de la política SAFCI reconocen la necesidad de crear un cuerpo de conocimientos que permitan entender mejor las dificultades de operacionalización de esta política y superar los obstáculos al respecto. El PSD destaca como una de las responsabilidades del Sector Salud en el marco del Plan Nacional de Desarrollo la "generación de nuevos conocimientos en base a investigación científica en salud"</p>

TABLA 1. VÍAS DE CANALIZACIÓN DE LA AOD ESPAÑOLA BRUTA PARA EL SECTOR SALUD EN BOLIVIA. (EN €)

	2008	2009	2010	2011
BILATERAL	4.794.757,19	4.165.688,39	5.786.444,02	5.160.556,02
Entidades públicas del país donante	167.299,93	294.586,24	132.560,00	183.025,37
Entidades públicas del país socio	220.138,00		50.000,00	
Entidades públicas de otros países socios	5.850,00			
ONGD del país donante	4.307.289,25		5.314.996,02	4.825.125,65
ONGD del país socio	7.015,21	3.465.440,37	59.900,00	
Otras ENL del país donante	10.000,00	102.159,78	150.211,00	67.405,00
Otras ENL del país socio		143.029,00		85.000,00
Otras entidades	77.164,80	160.473,00		
Empresas del país donante			78.777,00	
MULTIBILATERAL Y MULTILATERAL	2.479.085,77		449.765,50	186.775,30
PNUD	1.301.115,24	719.408,53		
FNUAP	77.576,81		72.856,00	51.283,00
UNICEF	10.488,54	66.173,18		838,00
PMA			8.178,00	25.158,00
Otros NNUU			22.236,00	1.468,00
UE (CE + FED)	718.416,00	65.000,00	53.766,08	37.111,00
Banco Mundial		202.908,00	3.429,02	30.598,30
Fondo Mundial (GFATM)	371.489,18	56.575,68	212.802,83	
IFFIm		328.751,67	63.164,56	40.319,00
GAVI			13.333,00	

Fuente: Elaboración propia a partir de los informes de Seguimiento del PACI.
Desembolsos brutos de AOD en euros corrientes

Desde el punto de vista de la orientación sectorial de la ayuda en salud, hay una fuerte concentración en el subsector de salud básica, lo cual es coherente con el tipo de intervenciones que suelen desarrollar las ONGD y con la apuesta de apoyar la Política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural del Gobierno boliviano.

Respecto al lineamiento de fortalecimiento de capacidades, resulta un tanto paradójico que los componentes relacionados con formación (12181, 12281 y 13081) tuvieran una trayectoria creciente entre 2008 y 2010 (hasta alcanzar más del 4% de toda la AOD en salud) y sin embargo, en 2011, año en que la Estrategia de Implementación del MAP en el sector salud en Bolivia debía estar consolidándose, se reduce

tanto en términos absolutos (apenas la décima parte que el año anterior) como en su peso relativo dentro del sector salud (solo el 0,5%).

También llama la atención que los fondos destinados a atención en salud reproductiva (13020) y a planificación familiar (13030) se redujeron un 85% entre 2010 y 2011. Esto se debió a la no continuidad de varias intervenciones de ONGD financiadas por Comunidades autónomas (Cataluña, Baleares, La Rioja y Madrid). Igualmente se reduce en 2011 el componente de lucha contra ETS, por la interrupción de la financiación al Fondo Mundial.

TABLA 2. EVOLUCIÓN DE LA AOD BRUTA ESPAÑOLA DESTINADA AL SECTOR SALUD EN BOLIVIA, DESAGREGADA POR SUBSECTORES.

CÓDIGOS CAD / CRS		2008	2009	2010	2011
121	Salud general	2.015.084,50	1.010.328,24	679.960,90	497.654,13
12110	Política sanitaria y gestión administrativa	314.874,85	624.523,45	37.500,00	158.018,68
12181	Enseñanza y formación médicas	69.685,19	88.508,60	6.192,30	14.400,00
12182	Investigación médica	5.850,00	195.124,64	169.680,00	159.487,87
12191	Servicios médicos	1.624.674,47	102.171,55	466.588,60	165.747,58
122	Salud básica	3.608.083,52	2.930.817,53	4.231.194,10	4.593.840,72
12220	Atención sanitaria básica	932.230,36	1.449.039,73	1.061.368,45	1.994.565,26
12230	Infraestructura sanitaria básica	311.681,00	199.758,31	59.762,02	264.079,70
12240	Nutrición básica	1.720.475,55	209.064,91	2.050.716,17	1.345.770,74
12250	Control enfermedades infecciosas	293.275,52	900.340,50	705.302,26	930.921,50
12261	Educación sanitaria	161.000,00	33.839,26	343.868,20	54.115,52
12262	Control de la malaria	19.506,36			
12263	Control de la tuberculosis	162.914,73	122.774,82		
12281	Formación personal sanitario	7.000,00	16.000,00	10.177,00	4.388,00
130	Salud sexual y reproductiva	1.650.675,24	943.951,43	1.325.054,62	255.836,71
13010	Pol. Población y gestión admva	50.519,84	34.162,86	90.075,63	79.168,18
13020	Atención en S.R.	1.429.971,56	417.126,54	526.713,87	110.742,43
13030	Planificación familiar		121.704,61	240.000,00	4.718,16
13040	Lucha ETS, incluido VIH	127.183,85	370.957,42	215.453,05	51.654,17
13081	Formación RR HH en población y SR	43.000,00		252.812,06	9.553,78
	TOTAL	7.273.843,27	4.885.097,20	6.236.209,62	5.347.331,55

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

A.5. Conclusiones

- A pesar del incremento del porcentaje de gasto en salud cubierto por el Estado boliviano que se ha producido en los últimos años, las debilidades e inequidades que aún presenta la sociedad boliviana en relación a la salud, que lastran su desarrollo, apuntan a que la Cooperación Internacional debe seguir jugando un papel relevante en este sector, focalizándose, por un lado, en las causas de la inequidad y en los grupos en situación vulnerable a través de soluciones innovadoras para el desarrollo, y por otro, en el apoyo a la construcción participativa de un sistema nacional de salud de largo aliento, adecuadamente consensuado, que responda genuinamente a las necesidades de salud sentidas por la población, equitativo, apoyado en principios de universalidad, accesibilidad (geográfica, económica y sociocultural), aceptabilidad, calidad, con el derecho humano a la salud como base.
- El panorama actual indica que algunos de los países donantes que han tenido un mayor peso en la financiación de la salud seguirán reduciendo o eliminarán sus contribuciones. Esto puede tener un impacto especialmente negativo en las poblaciones en situación de vulnerabilidad que serán empujadas irremediablemente a la pobreza en caso de que ésta reducción se traduzca en un incremento del porcentaje de pago directo en la prestación de servicios de salud por parte de los usuarios.
- La Cooperación Española tiene una trayectoria clave en la inversión y el apoyo al sector salud en Bolivia, especialmente a través del trabajo de ONGD especializadas, y juega un papel estratégico en el diálogo de políticas de salud. Es vital, por tanto, que sepa capitalizar ahora esa trayectoria para seguir siendo un actor estratégico en el país y en el sector. Una adecuada dotación de fondos, y una aplicación coherente de la Estrategia de Implementación del MAP en el sector salud, podrían hacer que la Cooperación Española mantuviera liderazgo y capacidad de influencia en este sector, acompañando el fortalecimiento del sistema boliviano de salud.
- La Cooperación Española, a través del trabajo de las ONGD especializadas con larga trayectoria en el país, puede prestar un apoyo muy importante en la asistencia técnica para la implementación de la política SAFCI, cuyo éxito está hasta hoy bastante cuestionado por algunos expertos locales, así como en la adecuada actuación sobre algunos de los principales determinantes sociales de la salud (alimentación/nutrición, agua, saneamiento, educación para la salud, vivienda y entorno saludable, hábitos saludables, etc.) a través de actuaciones que pueden constituir modelos para el desarrollo de políticas públicas y a través del fortalecimiento de la sociedad civil local para una activa participación democrática en dichas políticas.

B. ESTUDIO DE CASO PERÚ

B.1. Cooperación internacional en Perú

Perú ha conocido un crecimiento económico sostenido en los últimos años por encima del 7% anual, con bajas tasas de inflación, una moneda nacional fuerte y una balanza comercial positiva. En 2008, de acuerdo a su PIB per cápita, ha pasado a ser considerado país de renta media alta. De hecho, Perú no es sólo un país receptor de ayuda sino que ha ido dando pasos de cooperación técnica con otros países en peor situación de desarrollo.

Sin embargo, como ha señalado la Comisión Económica para América Latina (CEPAL), se mantienen importantes brechas de desigualdad, tanto en términos de diferencias de ingreso y presión fiscal, como de acceso a la educación o la salud. Estas brechas se ponen de manifiesto entre las diferentes zonas geográficas (selva, sierra y costa) y muy especialmente entre zonas rurales y urbanas; también se dan por razón de género y respecto a sectores vulnerables de población (indígenas, afro descendientes, etc).

Así, la progresión de mejora del país en cuanto a su Índice de Desarrollo Humano (que ha pasado de 0,619 en 1990 a 0,741 en 2012) se ve reducida sustancialmente cuando el índice se ajusta por desigualdad (baja a 0,561).

El informe del PNUD sobre desarrollo humano en Perú (noviembre de 2011) señala que casi el 20% de la población se encuentra en situación de pobreza, casi el 17% en situación de riesgo ante la pobreza y casi el 37% en situación de vulnerabilidad, es decir, población con alta posibilidad de regresar a una situación de pobreza con relativa facilidad y frecuencia, sobre todo a partir de un evento catastrófico que afecte a la persona y/o a su familia. El principal evento de tipo catastrófico capaz de causar este efecto es un problema de salud, dado que en Perú el 40% de gasto en salud sigue siendo el gasto de bolsillo al que la población tiene que hacer frente ante una situación de enfermedad que le afecte, según reconoce el propio Ministerio de Salud (MINSA).

Por tanto, las desigualdades se manifiestan claramente en el ámbito de la salud; según datos del Consorcio de Investigación Económica y Social de Perú, a final de 2011 más del 35% de la población peruana no contaba con ningún tipo de seguro de salud y se encontraba en una situación de alta desprotección. Las personas afiliadas al SIS (sistema integral de salud) reciben una prestación de baja calidad, con un paquete de cobertura específico que no incluye la atención ante ciertas enfermedades con la periodicidad necesaria.

En este contexto de importantes mejoras de muchas de sus magnitudes macroeconómicas, la AOD ha perdido importancia en términos del porcentaje del PIB que representa (0,7% del PIB y 2% del presupuesto nacional según datos de la Agencia Peruana de Cooperación Internacional - APCI). La cooperación internacional tiene la consideración de aporte complementario a los esfuerzos nacionales y ha priorizado sectores como institucionalidad, competitividad del país, desarrollo humano, seguridad ciudadana, recursos naturales y gestión ambiental.

PRESUPUESTO POR RESULTADOS

Perú está aplicando un sistema de Presupuestos por Resultados, coordinado por el Ministerio de Economía y Finanzas. Es un nuevo enfoque para elaborar el Presupuesto Público en el que las acciones a ser financiadas con los recursos públicos, se diseñan, ejecutan y evalúan en relación a los cambios que propician a favor de la población, particularmente la más pobre del país.

Los principales programas estratégicos (por ejemplo, programa nutricional o programa de salud materno neonatal) tienen preestablecidos unos resultados prioritarios (reducción de la prevalencia de desnutrición en menores de 5 años, reducción de la tasa de mortalidad materna, reducción de la tasa de mortalidad neonatal) en función de los cuales se hace seguimiento, condicionándose las asignaciones presupuestarias al éxito en la consecución de resultados.

El principal espacio de diálogo entre el Estado peruano y los países y organismos donantes es el Foro de Cooperantes, cuya secretaría técnica ejerce la APCI. A pesar de los esfuerzos, la consolidación y continuidad de este mecanismo es aún un reto pendiente a fin de lograr mejores resultados, evitar la duplicación de esfuerzos y la fragmentación de intervenciones.

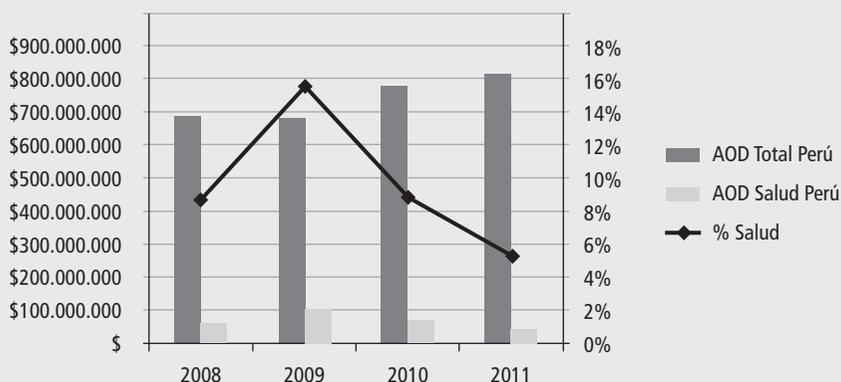
A nivel sectorial existen otros foros y mecanismos de coordinación de donantes con un grado variable de operatividad y de implicación de las autoridades peruanas correspondientes. Entre ellos existe una Mesa Interagencial de Cooperación para el Aseguramiento Universal en Salud en la que participan el Banco Mundial, la OPS, UNICEF, FNUAP, BID, USAID, AECID, JICA, KOIKA, Cooperación Belga, la Embajada Italiana, Agencia de Cooperación de Brasil, la Embajada de China y la Comisión Europea. Como contraparte local participa la Oficina de cooperación Internacional del MINSA. Los principales temas de trabajo de esta Mesa Interagencial son el aseguramiento universal en salud, la desnutrición crónica infantil, la mortalidad infantil y el NH1N1. La participación de la Cooperación Española en esta Mesa es poco activa, habiéndose centrado en las mesas temáticas de gobernabilidad y género.

B.2. Datos generales de la Cooperación Española y del CAD en Perú

Aunque, como hemos señalado antes, Perú pasó a ser país de renta media alta en 2008, la cooperación del conjunto de países del CAD no se redujo en los años siguientes. Entre 2008 y 2011 la AOD bruta del CAD a Perú creció casi un 18% y alcanzó la cifra de 815 millones de dólares.

Dentro del conjunto del CAD, España ha tenido habitualmente un peso relativo muy fuerte. En 2008 su aporte era casi la quinta parte de toda la AOD que recibía Perú. La AOD española a este país ha sido alta en términos absolutos durante muchos años, habiendo sido en repetidas ocasiones el país que más AOD recibía de nuestro país. Sin embargo, en 2011, con una reducción de la AOD española a este país de un 50% en un solo año, ese peso relativo cayó al 8% de los aportes del CAD, situándose en 48 millones de euros.

GRÁFICO 3. EVOLUCIÓN AOD BRUTA DEL CAD A PERÚ



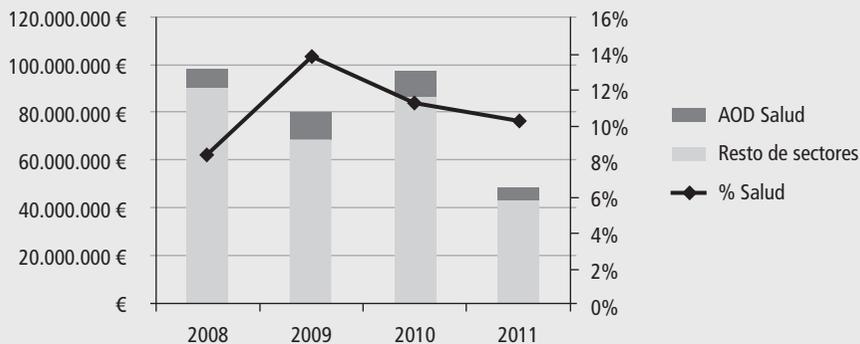
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Creditor Reporting System.
Desembolsos brutos de AOD bilateral y multilateral en dólares corrientes

Sin embargo, en el sector salud, la cooperación del CAD sí se ha reducido significativamente. En 2009 llegó a ser de casi 106 millones de dólares (más del 15% de toda la AOD bruta del CAD) pero entre 2010 y 2011 se redujo en términos absolutos y relativos, llegando a ser 42 millones de dólares (poco más del 5% de la AOD bruta del CAD).

Esto mismo le ha ocurrido a la ayuda española al sector salud. En el trienio 2008-2010 el promedio fue de unos diez millones de euros para salud; sin

embargo, en 2011 ha bajado a cinco millones, aproximadamente el 10% de la AOD española al país⁷.

GRÁFICO 4. EVOLUCIÓN AOD BRUTA DE ESPAÑA A PERÚ



Fuente: Elaboración propia a partir de los informes de Seguimiento del PACI.
Desembolsos brutos de AOD en euros corrientes

B.3. Estrategia española respecto al sector salud en Perú

El DEP Perú 2005-2008 establecía entre sus líneas prioritarias la cobertura de las necesidades sociales básicas, dentro de la cual, entre otras, se incluían el fortalecimiento institucional del sistema público de salud, la mejora de la salud sexual y reproductiva y reducción de la mortalidad materna, y la lucha contra las enfermedades prevalentes (VIH/SIDA, malaria y tuberculosis).

Con motivo de la IX Reunión de la Comisión Mixta Hispano-Peruana de Cooperación, celebrada en Lima en Noviembre de 2006, Perú y España acordaron el nuevo Programa de Cooperación Hispano – Peruano para el período 2007-2010. El segundo de los tres ejes del Programa estaba referido a contribuir a una mayor cohesión social, y en él se incluía un programa de cobertura de necesidades sociales básicas, que orientaba sus acciones fundamentalmente hacia la educación y la salud, superando el tradicional enfoque de necesidades y apostando por un enfoque de derechos. La educación y la salud se consideran así no sólo como derechos humanos fundamentales

7. Aunque no incluimos en este estudio los datos de AOD de 2012 para que haya una correlación entre los datos del CAD y los de AOD española, podemos señalar que en 2012 la AOD española en salud para Perú se redujo hasta 2,6 millones de euros, poco más de la mitad que en 2011.

sino también como instrumentos clave de lucha contra la pobreza, la no discriminación y el desarrollo humano y económico sostenible. Este enfoque implica a su vez, entender al Estado como garante de estos derechos, así como el principal agente en la provisión de estos servicios.

Durante 2011 y 2012 ha habido un período de interinidad en cuanto a las orientaciones estratégicas de la Cooperación Española en Perú, a la espera de la definición de un Marco de Asociación País, que se ha concretado en la primavera de 2013. El Marco de Asociación Perú-España 2013-2016 focaliza el apoyo del conjunto de la CE en siete resultados de desarrollo, si bien no todos los actores de la CE trabajarán para alcanzarlos todos. Sólo uno de los resultados (3º) tiene relación directa con la salud, porque incluye, entre otras cosas, la lucha contra la desnutrición infantil y la reducción del embarazo adolescente. Según el MAP, entre los actores de la Cooperación Española serán algunas ONGD y empresas, a través de sus iniciativas de RSE, las que contribuyan a este resultado.

RESULTADOS DE DESARROLLO INCLUIDOS EN EL MAP PERÚ 2013-2016

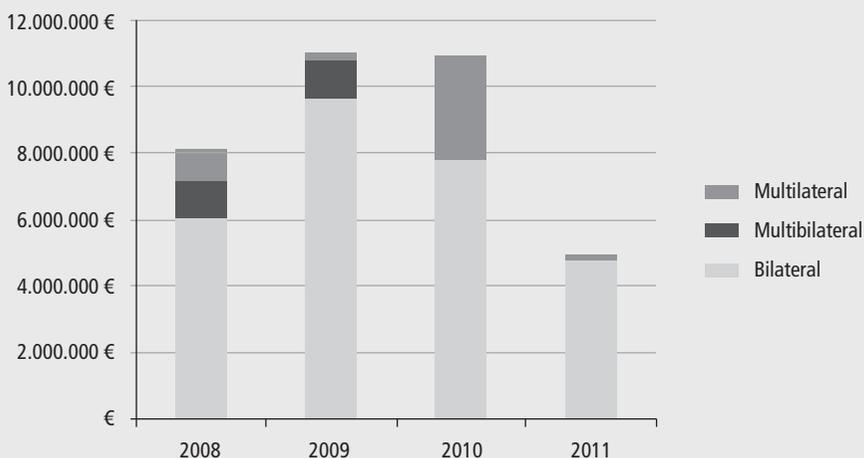
1. Vigencia plena y efectiva de los derechos y libertades fundamentales
2. Reducir la violencia de género en sus diferentes expresiones
3. Garantizar la protección de las niñas, niños y adolescentes de 0 a 17 años de edad
4. Mejorar la calidad de vida de las personas, garantizando la existencia de ecosistemas saludables, viables y funcionales en el largo plazo y el desarrollo sostenible del país, mediante la prevención, protección y recuperación del ambiente y sus componentes, la conservación y el aprovechamiento de los recursos naturales, de una manera responsable y congruente con el respeto de los derechos fundamentales de la persona
5. Reformar la administración del Estado para mejorar su capacidad de gestión en los niveles nacional, regional, local asegurando su presencia en todo el territorio del país e incrementando la cobertura, eficiencia y calidad de sus servicios y celeridad en la atención de trámites
6. Generar, transferir, adoptar, usar y explotar nuevos conocimientos y tecnologías para la diversificación de la matriz productiva e incrementar la productividad y competitividad.
7. Identificar, proteger, salvaguardar y promover el patrimonio cultural de la nación.

B.4. Orientación de la AOD española dirigida al sector salud en Perú

La AOD española destinada al sector salud (códigos CAD 120 + 130) en Perú ha tenido oscilaciones importantes en los últimos años, tanto en el monto destinado como en las vías de canalización. Como puede verse en el gráfico, en 2009 superé los once millones de euros mientras que a final del cuatrienio no alcanzó los cinco

millones. Aunque en todo el período el canal principal ha sido el bilateral, en los dos primeros años hubo un componente multilateral significativo que desapareció en los dos últimos años. Además, en 2010 hubo un componente multilateral importante (casi el 30% de la AOD en salud, lo que se explica por las aportaciones a la Unión Europea y al Fondo Global) que no ha tenido continuidad en 2011. Estas oscilaciones presentan una imagen poco predecible de la Cooperación Española.

GRÁFICO 5. EVOLUCIÓN AOD BRUTA ESPAÑOLA AL SECTOR SALUD EN PERÚ, POR CANALES



Fuente: Elaboración propia a partir de los informes de Seguimiento del PACI.
Desembolsos brutos de AOD en euros corrientes

En cuanto a las vías concretas de canalización, la principal han sido las ONGD españolas, que han canalizado entre el 50 y el 75% de toda la AOD en el sector salud. En la ayuda canalizada a través de organismos multilaterales destaca el Fondo Global, cuya aportación, sin embargo, desaparece en 2011.

También llama la atención el fuerte descenso de la ayuda bilateral canalizada a través de entidades públicas españolas, que entre 2008 y 2010 representó alrededor del 9% de la AOD en salud, y en 2011 se reduce a un 4%. Esto se explica por la finalización del proyecto de fortalecimiento institucional del sector salud en Loreto y Tumbes, que fue parte del trabajo bilateral de la AECID dentro del Programa de Cooperación Hispano – Peruano para el período 2007-2010. En 2011 la aportación se canaliza a través del Fondo de Cooperación Hispano-Peruano (que figura como ENL del país socio).

TABLA 3. VÍAS DE CANALIZACIÓN DE LA AOD ESPAÑOLA BRUTA PARA EL SECTOR SALUD EN PERÚ (EN €)

	2008	2009	2010	2011
BILATERAL	6.042.965,00	9.659.619,39	7.800.406,41	4.774.827,53
Entidades públicas del país donante	835.500,00	776.549,86	1.022.313,82	178.629,41
Entidades públicas del país socio		3.407.000,00	20.000,00	
Entidades públicas de otros países socios				
ONGD del país donante	5.207.465,00	5.389.684,75	6.443.207,59	3.809.615,12
Otras ENL del país donante		86.384,78	311.385,00	318.583,00
Otras ENL del país socio				468.000,00
Otras entidades			3.500,00	
MULTIBILATERAL Y MULTILATERAL	2.083.722,80	1.368.030,21	3.142.754,66	186.485,61
PNUD	1.115.241,64		801,24	
FNUAP	96.706,87	101.233,46	99.138,50	66.826,80
UNICEF	12.473,82	3.198,96	3.273,93	4.211,26
Otros NNUU		10.513,30	17.325,00	8.931,24
UE (CE + FED)	136.880,00	86.549,06	2.050.105,80	106.516,31
Fondo Mundial(GFATM)	722.420,47	1.166.535,43	972.110,19	

Fuente: Elaboración propia a partir de los informes de Seguimiento del PACI.
Desembolsos brutos de AOD en euros corrientes

En cuanto a la orientación sectorial de la ayuda española en salud, el mayor peso ha estado durante todo el período en el subsector de salud básica, que ha recibido entre el 60 y el 75% de la AOD en salud. Respecto a los otros dos subsectores, el de salud general ha ido ganando peso relativo a lo largo del período, pasando del 10 al 20%, mientras el subsector de salud sexual y reproductiva ha ido perdiendo peso, pasando del 30 al 6%.

TABLA 4. EVOLUCIÓN DE LA AOD BRUTA ESPAÑOLA DESTINADA AL SECTOR SALUD EN PERÚ, DESAGREGADA POR SUBSECTORES

CÓDIGOS CAD / CRS		2008	2009	2010	2011
121	Salud general	934.925,22	1.042.500,42	1.662.566,49	961.841,59
12110	Política sanitaria y gestión administrativa	845.006,69	772.438,56	1.356.931,44	684.023,05
12181	Enseñanza y formación médicas	15.233,28	18.450,00	13.103,20	28.425,09
12182	Investigación médica		97.521,86	218.993,82	194.393,45
12191	Servicios médicos	74.685,25	154.090,00	73.538,03	55.000,00
122	Salud básica	4.815.063,24	7.894.830,40	7.736.498,88	3.716.844,23
12220	Atención sanitaria básica	488.377,19	1.223.087,81	1.143.654,96	951.827,04
12230	Infraestructura sanitaria básica	1.132.780,38	3.492.500,00	582.777,79	73.000,00
12240	Nutrición básica	2.597.675,74	1.988.911,87	4.289.376,30	1.817.490,59
12250	Control enfermedades infecciosas		294.992,57	377.500,00	361.360,00
12261	Educación sanitaria	135.526,50	186.107,22	937.672,20	455.707,83
12262	Control de la malaria				
12263	Control de la tuberculosis	211.131,67	648.571,94	279.252,18	26.250,00
12281	Formación personal sanitario	249.571,76	60.659,00	126.265,45	31.208,77
130	Salud sexual y reproductiva	2.376.699,09	2.090.318,77	1.544.095,64	282.627,65
13010	Pol. Población y gestión admva	125.706,79	71.449,54	136.090,71	38.447,84
13020	Atención en S.R.	1.677.707,22	1.330.208,13	429.056,48	172.857,52
13030	Planificación familiar	33.248,08	63.949,05	150.623,60	
13040	Lucha ETS, incluido VIH	540.037,00	624.712,04	790.508,16	71.322,29
13081	Formación RR HH en población y SR			37.816,69	
	TOTAL	8.126.687,55	11.027.649,59	10.943.161,01	4.961.313,47

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

Dentro de la desagregación del subsector salud general, resulta especialmente positiva la importancia que tiene el componente de política sanitaria y gestión administrativa, fundamental para el fortalecimiento del sistema de salud. Si bien en 2008 esto se debe casi exclusivamente al mencionado proyecto de fortalecimiento institucional del sector salud en Loreto y Tumbes, en los años siguientes se incorporan también intervenciones significativas de ONGD españolas dirigidas también a este fortalecimiento.

Dentro del subsector de salud básica el mayor peso lo ha tenido el componente de nutrición básica que, por ejemplo, en 2010 supuso casi el 40% de toda la AOD

en salud. Esto se debe casi en su totalidad a intervenciones de ONGD. Igualmente significativa es la reducción del componente de infraestructura sanitaria básica, que en 2009 fue casi un tercio de toda la AOD en salud y en 2011 queda reducida a un 1,5%. Y también el incremento de la atención sanitaria básica que va del 6 al 19% a lo largo del período.

En el subsector de salud sexual y reproductiva todas las reducciones son significativas: el componente de atención en salud reproductiva se redujo en un 90% en el cuatrienio; el de planificación familiar, después de tener una progresión interesante en los tres primeros años, desaparece totalmente en 2011; y el de lucha contra las ETS también se redujo en un 87%.

B.5. Conclusiones

- El crecimiento económico experimentado por Perú en los últimos años y su consideración de país de renta media alta, no deben esconder la realidad de fuertes desigualdades sociales que todavía están presentes en este país. Así, por ejemplo, la desnutrición crónica infantil tiene el triple de impacto en zona rural que en zona urbana, y diez veces más en algunos departamentos de sierra que en Lima metropolitana.
- La presidencia de la República está promoviendo una reforma del sistema de salud con un nivel significativo de contestación por parte de los actores sociales en cuanto al enfoque propuesto, ya que entienden que sigue teniendo un marcado tinte hospitalocéntrico y deja en el tintero, entre otros temas pendientes, la pertinencia cultural (en un país con 35% de población indígena) y la mejora sustancial del primer nivel de atención (92% establecimientos, 83,7% de carga de enfermedad, 100% de punto de entrada al sistema de salud). Es visto como un proceso de reforma no consensuado, que desconoce el propio modelo de salud desarrollado por el país hace 11 años y que hoy otros países de la región han asumido como referentes para sus propios procesos de cambio.
- Es en estos temas relacionados con los cambios en salud y el fortalecimiento del sistema y el modelo de salud, que la cooperación técnica tiene mucho que compartir, en cuanto a creación de capacidades y transferencia de conocimientos a partir de las lecciones aprendidas dentro y fuera del país. La cooperación internacional en el sector salud, y en concreto la cooperación española, podrían, por tanto, jugar un papel importante en el acompañamiento de este proceso de reforma y modernización del sistema de salud, desde el enfoque de derecho humano a la salud y de acceso universal.

- La disminución del interés del conjunto del CAD hacia el sector salud en Perú podría dejar la puerta abierta a una presencia más fuerte e influyente de la Cooperación Española, que sin duda tiene una gran ventaja comparativa por haber desarrollado uno de los sistemas de salud más reconocidos del mundo. Sin embargo, las previsiones del recientemente aprobado MAP Perú 2013-2016 parecen indicar que esta oportunidad no será aprovechada.

C. ESTUDIO DE CASO MOZAMBIQUE

C.1. Cooperación internacional en Mozambique

Mozambique ha registrado en los últimos años un importante nivel de crecimiento económico sostenido, hasta el punto de presentar una de las tasas más elevadas de crecimiento de África y del mundo. Según el Banco Mundial, ha sido la séptima economía con mayores índices de crecimiento del mundo entre los años 1992 y 2008⁸.

Pero este crecimiento económico es muy vulnerable por su dependencia de los grandes proyectos relacionados con la explotación y exportación de los recursos naturales, que crea riqueza, pero mal distribuida tanto sectorial como territorialmente e incluso intergeneracionalmente, puesto que puede socavar las bases de un futuro desarrollo sostenible para las generaciones venideras. Mozambique no tiene, ni es previsible que tenga a corto o medio plazo, capacidad para extraer, transformar o explotar estos recursos, por lo que es más que probable que un creciente número de empresas y/o países entrarán en competencia por la explotación de estos recursos. Sin una adecuada gestión, instituciones fuertes y un sistema democrático evolucionado, el país puede enfrentarse a problemas de corrupción y descontento social por una deficiente, desigual e inequitativa distribución de la riqueza.

De hecho, los datos de la tercera evaluación nacional sobre la pobreza (Ministerio de Planificación y Desarrollo 2010) muestran que en los últimos años (desde el período 2002-03 hasta 2008-09) no ha disminuido la pobreza ni la desigualdad en el país, lo que indica que los modelos seguidos hasta ahora no han tenido el impacto esperado; han tenido poca capacidad para generar empleo, sobre todo en el sector agrícola, del que depende la inmensa mayoría de la población y que se caracteriza por una muy baja productividad y por su vulnerabilidad ante las repetidas sequías e inundaciones.

8. Aunque no incluimos en este estudio los datos de AOD de 2012 para que haya una correlación entre los datos del CAD y los de AOD española, podemos señalar que en 2012 la AOD española en salud para Perú se redujo hasta 2,6 millones de euros, poco más de la mitad que en 2011.

Por ello, a pesar de su crecimiento económico, Mozambique continúa teniendo uno de los peores Índices de Desarrollo Humano del mundo (el tercero peor clasificado en 2013, con un valor de 0,327), y su IDH ajustado por desigualdad es un 33% menor (con un valor de 0,220). Como el 60% de la población está por debajo de la línea de la pobreza (1,25 US\$/persona/día), la estrategia nacional de desarrollo, reflejada en el Plan Quinquenal del Gobierno de Mozambique 2010-2014 (PQG), tiene como principal objetivo la reducción de los niveles de pobreza absoluta. A partir del PQG se elaboró el Plan de Acción para la Reducción de la Pobreza (PARP), que constituye el marco de referencia para el diálogo del Gobierno de Mozambique con los donantes para el apoyo que se realiza a través del Apoyo Presupuestario General (APG) y de los apoyos presupuestarios sectoriales (APS). El PARP, que fue aprobado en Mayo de 2011, tiene como meta la reducción del índice de pobreza (según la línea de la pobreza nacional) desde el 54,7% al 42% en el período 2011-2014.

El diálogo del Gobierno de Mozambique acerca del APG se articula a través de una estructura estratificada en niveles políticos, técnicos y económicos, entre el propio Gobierno (a través de la participación de tres ministerios: Ministerio de Negocios Extranjeros y Cooperación, Ministerio de Planificación y Desarrollo y Ministerio de Finanzas), y el llamado G19, que es el grupo de armonización de los donantes que gestionan el APG. Las relaciones entre el G19 y el Gobierno se encuentran reguladas por un Memorandum de entendimiento firmado entre las partes.

Además del G19, existen otros foros de armonización de donantes, entre los que destaca el Development Partner Group, formado por el G19 más otros donantes que no hacen APG pero mantienen dialogo estratégico de políticas (Non Poolers Donors) como Brasil, Japón, la India, etc.

En la última década la Ayuda Oficial al Desarrollo en Mozambique ha contado con numerosos mecanismos de diálogo, alineamiento y armonización, hasta el punto de considerarse este un país líder en la promoción y arquitectura de dichos procesos, lo cual es de especial relevancia en un país extremadamente dependiente de la ayuda externa. En 2010 Mozambique recibió en concepto de AOD una cantidad equivalente al 21% del PIB del país que representó el 50% del presupuesto del Estado.

La cooperación internacional viene apoyando en gran medida los servicios básicos del Estado a través de varios fondos comunes de apoyo presupuestario sectorial a educación (FASE), salud (PROSAUDE) y en su momento los servicios agrícolas a través del fondo PROAGRI, ya finalizado. El programa nacional de combate a la pobreza (PARP) es financiado a través del Apoyo Presupuestario General (APG).

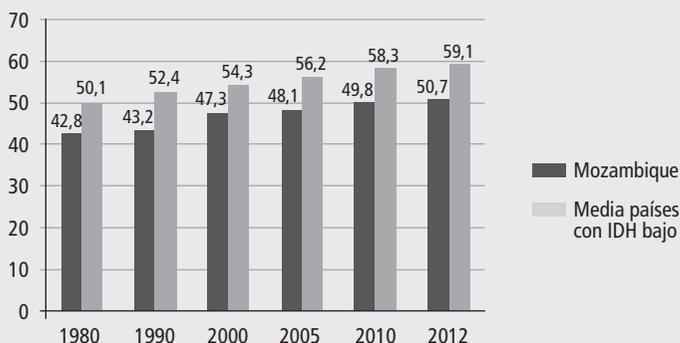
Con una esperanza de vida que apenas alcanza a los 50 años y con una alta incidencia de la malaria y sida, especialmente en mujeres, la salud es uno de los puntos críticos de la agenda mozambiqueña de lucha contra la pobreza. Para hacer frente a

ello se cuenta con un Sistema Nacional de Salud que, según el propio Ministerio de Salud (MISAU) y los principales donantes, presenta importantes debilidades estructurales y tiene una distribución territorial de recursos desigual, sin una relación clara con la pobreza, la población y las enfermedades. Tiene un grave problema de recursos humanos, con 0,039 médicos y 0,25 enfermeros por cada 1.000 habitantes, la quinta parte de lo recomendado por la OMS y menos de la mitad de lo necesario para alcanzar los ODM relacionados con salud. Y además, según el informe anual 2012 de IHP+, tiene que avanzar más en la participación real de la sociedad civil en las políticas del sector salud, tanto en la planificación y coordinación como en mecanismos de revisión.

ALGUNOS INDICADORES DE SALUD DE MOZAMBIQUE

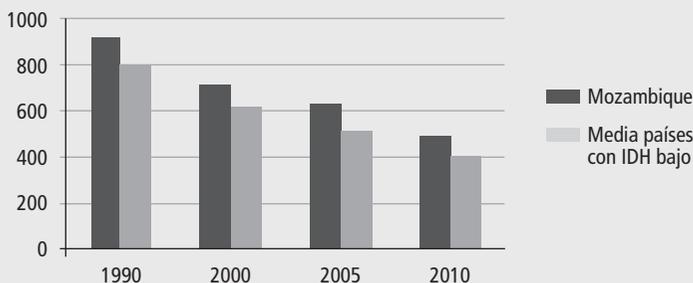
Mozambique es el tercer país con el Índice de Desarrollo Humano más bajo del mundo. Si nos centramos en los indicadores de salud, podemos observar que Mozambique, a pesar de haber mejorado en algunos aspectos, aún sigue mostrando niveles por debajo de la media del conjunto de países de IDH bajo, como ilustran los siguientes gráficos países.

Esperanza de vida



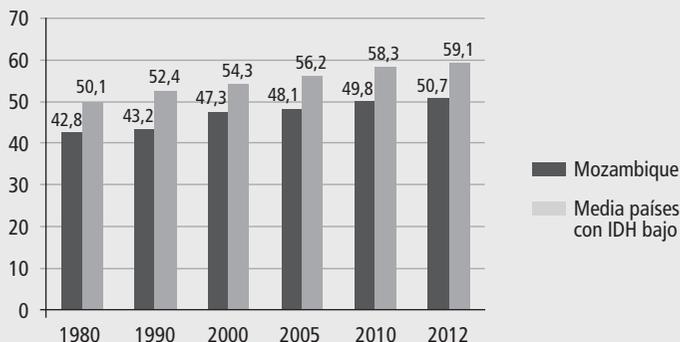
A pesar de que la esperanza de vida está experimentando en Mozambique una continua mejora desde hace 30 años, podemos observar que está casi 9 años por debajo de la media de los países con IDH bajo.

Mortalidad materna (muertes por cada 100 mil nacidos vivos)



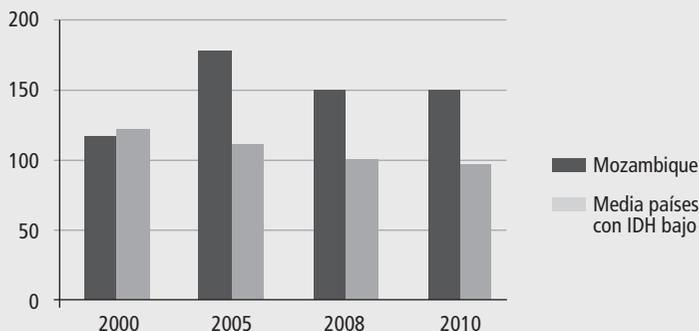
Aunque el número de mujeres que mueren en el parto ha descendido más de la mitad en veinte años, la tasa de mortalidad materna en Mozambique aún sigue siendo una de las 20 mayores del mundo y un 20% más alta que el promedio del grupo de países de IDH bajo.

Mortalidad niños/as < 5 años (muertes por cada 1.000 nacidos vivos)



La mortalidad en menores de 5 años es uno de los indicadores más representativos del estado de la salud de un país. Mozambique sigue teniendo un tasa de mortalidad de menores de 5 años superior a la media de los países con IDH bajo, situándose entre los 15 países con mayor tasa del mundo.

Tasa de fecundidad adolescente (nacimientos por cada 1.00 mujeres entre 15 y 19 años)



La tasa de fecundidad adolescente refleja de alguna manera el grado de conocimiento de la población en materia de derechos sexuales y reproductivos y de planificación familiar. Mozambique tiene una de las tasas más altas del mundo en embarazos de mujeres de edades comprendidas entre los 15 y 19 años, un 50% mayor que la media de los países con IDH bajo, situándose entre los 10 países con una tasa más alta.

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de los Informes de Desarrollo Humano publicados por el PNUD

Según las estadísticas sanitarias mundiales de la OMS, se constata una elevada dependencia externa del sector salud –que ha ido aumentando hasta alcanzar el 31% del presupuesto estatal de salud para 2012⁹–, una reducción del peso relativo del sector salud en el gasto estatal –que pasó del 14% en 2006 al 7,2% en 2012, lejos por tanto del compromiso de Abuja de destinar el 15%– y un insuficiente gasto per cápita en salud, que se situó en 43 dólares en el mencionado año¹⁰.

El sector salud en Mozambique tiene más de 25 socios de cooperación (bilateral y multilateral), 15 de los cuales han firmado un Memorándum de Entendimiento con el MISAU para apoyar este sector a través de la financiación común articulada dentro del SWAP, a través del Fondo común PROSAUDE, en vigor desde el año 2000. Sin embargo, casi todos ellos también asignan parte de sus presupuestos a proyectos bilaterales.

Los donantes que apoyan el sector salud lo hacen a través de cuatro modalidades de financiación: (i) apoyo presupuestario general (ii) apoyo presupuestario sectorial, (iii) fondos verticales inscritos en el presupuesto del estado (on- budget) y (iv) fondos no inscritos en el presupuesto del estado (off-budget). Frente a la importancia que ha querido darse al SWAP, la mayor parte de los recursos se orientan a programas verticales, a pesar de que éstos producen un claro efecto negativo en el desarrollo del sistema de salud como tal y, especialmente, en la atención primaria ya que distorsionan la respuesta del sistema a las necesidades reales de salud de la población.

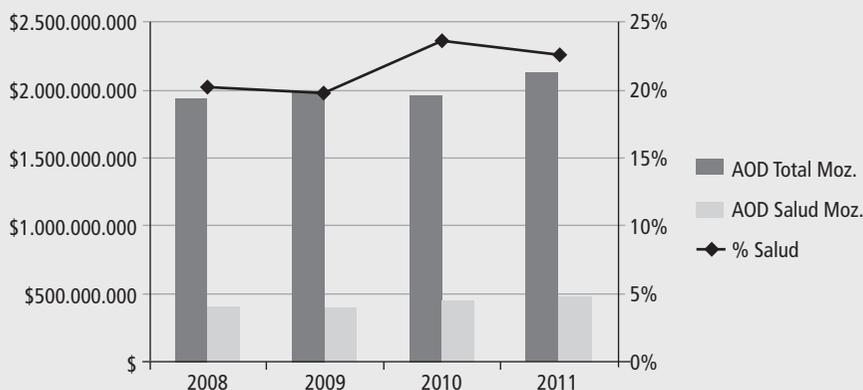
C.2. Datos generales de la Cooperación Española y del CAD en Mozambique

Como hemos señalado, la cooperación internacional ha tenido una presencia y un papel relevante en las dos décadas posteriores a los acuerdos de paz en Mozambique. En el período 2008-2011 observamos una tendencia creciente hasta situarse a final del cuatrienio en cifras superiores a los dos mil millones de dólares.

9. Según el informe de revisión del sector salud elaborado en septiembre de 2012 con la colaboración de expertos tanto del MISAU como de organismos internacionales, si se toma en cuenta no sólo el presupuesto estatal sino el total de gastos en salud, la financiación externa supone el 66%.

10. Según los datos del Informe Orçamental Saúde 2012 publicado por UNICEF y Fundação para o Desenvolvimento da Comunidade, en el que se especifica que se trata de un valor en dólares americanos por paridad de poder de compra, valor que resulta más alto que una simple conversión por tipo de cambio, ya que integra otros parámetros en el cálculo.

GRÁFICO 6. EVOLUCIÓN AOD BRUTA DEL CAD A MOZAMBIQUE

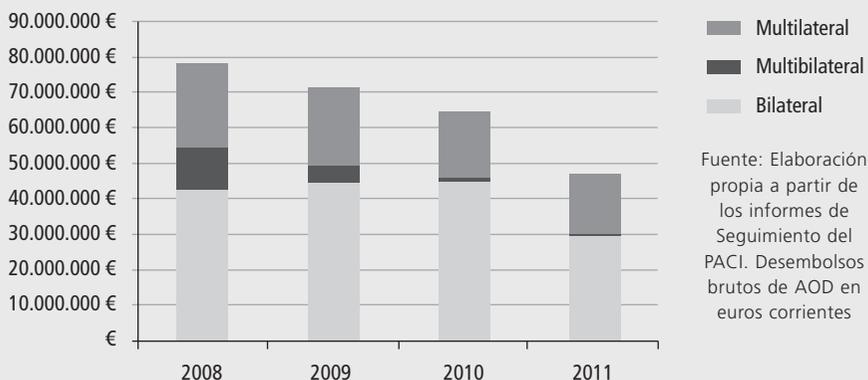


Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Creditor Reporting System.
Desembolsos brutos de AOD bilateral y multilateral en dólares corrientes

Sin embargo, en este mismo período, España ha reducido sustancialmente su volumen de AOD, principalmente la bilateral, pasando de aportar más del 4% de toda la AOD recibida por este país en 2008 a menos del 2% en 2011. La reducción de la AOD española a Mozambique en estos años ha sido del 40%, pasando del 7º lugar entre los donantes del CAD al 12º.

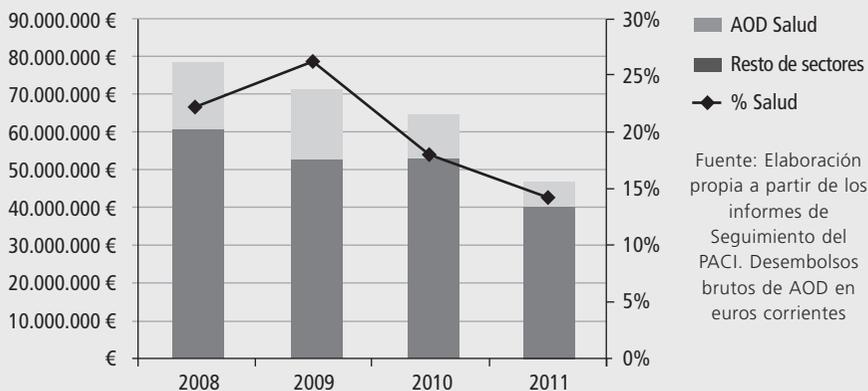
El Ministerio de Planificación y Desarrollo de Mozambique realiza cada año una evaluación sobre el cumplimiento de los compromisos por parte de los donantes. Hasta 2011 España fue puntuada en este ejercicio en el séptimo lugar sobre 21 países evaluados, con un 86% de cumplimiento considerando la ayuda bilateral directa, que suponía el 30% de nuestra AOD a Mozambique (el 70% restante, en proyectos bilaterales, ONGD, multilateral, etc., no se evaluó al no estar integrado en el sistema nacional de planificación y gestión del presupuesto). En el Informe de Evaluación de 2012 la AOD española ha sido calificada como “pequeña” por enmarcarse entre los donantes con aportaciones menores a 20 millones de dólares anuales y la puntuación de nuestro país ha caído al 41% de cumplimiento, debido al incumplimiento de los desembolsos comprometidos al APG. España incumplió igualmente en 2012 los compromisos de financiación en apoyo presupuestario sectorial, saliendo del fondo FASE de Educación, en el que estaban comprometidos 2 millones de euros, y reduciendo a la mitad el aporte comprometido al fondo PRO-SAUDE, alegando restricciones presupuestarias.

GRÁFICO 7. EVOLUCIÓN AOD ESPAÑOLA BRUTA EN MOZAMBIQUE



Respecto al sector salud (códigos CAD 120 y 130), también se dio una progresión positiva del conjunto de donantes del CAD tanto en términos absolutos –alcanzando los 480 millones de dólares- como relativos, destinando a este sector más del 20% de la AOD. En este mismo período, la ayuda española para el sector salud se ha reducido en un 62%, de manera que su peso relativo en la AOD para salud de la comunidad de donantes pasó del 4,7% al 1,45%. En el cuatrienio mencionado, el sector salud pasó de representar el 22% de la AOD española total en 2008 al 14% en 2011¹¹.

GRÁFICO 8. EVOLUCIÓN DE LA AOD ESPAÑOLA A MOZAMBIQUE



11. Aunque no incluimos en este estudio los datos de AOD de 2012 para que haya una correlación entre los datos del CAD y los de AOD española, podemos señalar que en 2012 la AOD española en salud para Mozambique se incrementó en un 15% respecto al año anterior.

C.3. Estrategia española respecto al sector salud en Mozambique

Debería haber existido un MAP para Mozambique que cubriera el período 2009-2012, sin embargo, después del DEP 2005-2008, no ha habido otro documento de planificación geográfica equivalente y, a fecha de redacción de este informe, el próximo MAP se encuentra en la fase inicial del proceso de elaboración, que deberá desarrollarse a lo largo del segundo semestre de 2013.

En la medida en que Mozambique es uno de los países socios de la Cooperación Española en los que el sector salud ha tenido un peso muy importante, la ausencia de un documento estratégico general ha sido suplido con la **Estrategia de salud de la cooperación española en Mozambique 2010-2013**¹², cuyo objetivo es contribuir a establecer las condiciones que permitan la mejora del estado de salud y su vinculación a la reducción de la pobreza, facilitando y apoyando el desarrollo de capacidades y oportunidades en los sistemas y servicios públicos de salud y en las poblaciones en situación de mayor nivel de pobreza y vulnerabilidad, respecto a las necesidades y problemas prioritarios del sector salud, en articulación con otros sectores del desarrollo, de acuerdo a los principios de la Atención Primaria de Salud y de eficacia de la ayuda (armonización, alineamiento y apropiación), orientándola hacia el logro de los ODM.

La estrategia de salud de la Cooperación Española en Mozambique tiene el enfoque integral de fortalecer el sistema de salud como un todo, asegurando el impacto y la sostenibilidad de las intervenciones en salud y huyendo del enfoque exclusivo en programas de salud. En esta lógica, se priorizan las siguientes áreas:

- **Recursos Humanos (RRHH):** se priorizará el crecimiento de la red de formación y de la formación inicial, principalmente de cuadros medios y superiores. Se da una importancia especial a la formación, de manera que se destine a ella el 35% de los gastos directos de los proyectos.
- **Organización y gestión de la provisión de servicios de salud**, en todos los niveles (central, provincial y distrital) con un enfoque de disminución de la inequidades en salud.
- **Planificación, monitoreo y evaluación y Sistema de Información Sanitario**, a nivel central, provincial y distrital.

12. Esta estrategia fue elaborada por la OTC en 2010, contando con la participación de las ONG que tenían en ese momento en marcha intervenciones en el sector salud, pero no hay constancia de que tuviera la aprobación formal de la AECID ni de que fuera difundida como la estrategia a seguir en el sector salud por los actores de la Cooperación Española en Mozambique.

- **Financiamiento y ejecución presupuestaria.** Apoyo presupuestario sectorial y distrital con apoyo a la gestión financiera. Se estudiarán mecanismos de financiación basados en el desempeño.
- **Expansión y mantenimiento de la red sanitaria:** construcción y rehabilitación de unidades sanitarias con hincapié en el mantenimiento de las infraestructuras y equipos.
- **Investigación:** principalmente de las enfermedades transmisibles, pero también sobre el impacto de las distintas estrategias de salud, a nivel nacional, provincial y distrital.
- **Promoción de la salud y participación comunitaria:** Apoyo al nuevo programa de APES. Sensibilización de la sociedad civil (principalmente a nivel provincial y distrital).
- **Contribuir a reducir la carga de enfermedad:** Mayor énfasis en salud materna (con especial énfasis en los partos institucionales, los cuidados obstétricos y neonatales de urgencia y la planificación familiar), la salud infanto juvenil (con especial hincapié en la mortalidad neonatal) y las enfermedades transmisibles (con especial atención a las diarreas, al TARV pediátrico, la detección de casos de TBC y el uso de mosquiteras impregnadas).
- **Salud ambiental y determinantes medioambientales de la salud:** con especial atención a higiene, saneamiento y acceso a agua potable a nivel comunitario.
- **Rendición mutua de cuentas y gestión para resultados de desarrollo.**

En principio no se considera la financiación de proyectos a través de organismos multilaterales (AOD multilateral) a no ser que el país lo solicite y sean líneas de investigación.

Esta estrategia, cuyo período de vigencia estaba previsto hasta 2013, se está viendo condicionada por la disminución de fondos y, sin duda, se verá también afectada por el nuevo MAP que debería aprobarse a final de año y que podría centrarse en mayor medida en la aportación de conocimiento, apoyo técnico y formación de recursos humanos, y menos a inversiones que no supongan un claro valor añadido.

PLAN ESTRATÉGICO DE SALUD 2013-2017 DEL MISAU

Para una planificación acertada en la ayuda a las políticas de salud estatales que respete el principio de apropiación es necesario conocer aquellas prioridades que establece el Ministerio de Salud. Recientemente se ha determinado la estrategia del MISAU en la política de salud nacional para el periodo comprendido entre 2013-2017. En este recuadro mostramos de forma resumida los objetivos que se pretenden conseguir en el período señalado y las estrategias elegidas para ello.

Prioridades de salud	<ul style="list-style-type: none"> • Acelerar los progresos en la reducción de la mortalidad materna y neonatal, incluyendo la reducción de las tasas de fecundidad en general • Acelerar los progresos en la reducción de la malnutrición crónica • Reducir el peso de las enfermedades endémicas, expresamente la Malaria, VIH, TB • Reducir la mortalidad en menores de cinco años • Reducir la tendencia progresiva de las enfermedades no transmisibles y el trauma
Estrategias	Intervenciones destacadas
Aumentar el acceso a los servicios de salud	<ul style="list-style-type: none"> • Expandir la red sanitaria, sobre todo del nivel primario y para las zonas rurales y peri-urbanas, asegurando su funcionamiento adecuado (equipo mínimo de salud, equipamiento básico, medicamentos y material médico-quirúrgico esencial, agua y energía) • Fortalecer el sistema referencia, en particular del nivel II, para asegurar la continuidad de los cuidados de salud • Intensificar las actividades de promoción de salud con vista al cambio de los estilos de vida y prevención de comportamientos de riesgo • Expandir las actividades de prevención de enfermedad, incluyendo el fortalecimiento de las brigadas móviles • Expandir y fortalecer los servicios de base comunitaria
Aumentar la utilización de los servicios de salud	<ul style="list-style-type: none"> • Intensificar acciones de creación de la demanda por los servicios y programas de salud, con enfoque en los programas prioritarios • Remover las barreras al acceso (financieras, género, culturales, calidad de la atención, disponibilidad de medicamentos, etc.) • Promover la participación comunitaria en la gestión de las Unidades Sanitarias y de los programas de salud en el general (planificación y implementación)
Mejorar la calidad de los servicios prestados	<ul style="list-style-type: none"> • Garantizar la humanización en la atención con base en servicios orientados para el usuario • Desarrollar e implementar normas, patrones de atención y protocolos de procedimientos médicos y de las áreas de apoyo • Asegure recursos humanos motivados y con las calificaciones y cantidades necesarias • Fortalecer el sistema logístico de forma a evitar rupturas de stock de medicamentos y otros insumos básicos • Instituir sistemas de acreditación de las Unidades de Salud, incluyendo seguridad del paciente y de los profesionales de salud, Carta de los Derechos y Deberes de los Pacientes, Patrones de Cortesía, etc.

Fortalecer las asociaciones para salud en la base del respeto mutuo	<ul style="list-style-type: none"> • Definir e implementar mecanismos institucionales eficaces de colaboración intersectorial con vista a reducir los efectos e inequidades de los determinantes de salud, así como facilitar el proceso de descentralización del sector • Volver a implementar mecanismos de implicación de la Sociedad Civil en el diseño e , implementación de las políticas y programas de salud a los varios niveles del sector • Elaborar e implementar una estrategia para el establecimiento Asociaciones Público Privadas (PPP) que apoyen la movilización de recursos adicionales para la salud y contribuyan para la mejoría del acceso y utilización de los servicios de salud • Fortalecer los mecanismos de diálogo con los diferentes agentes de desarrollo para reforzar el papel de liderazgo del MISAU • Revisar los mecanismos de relación con las ONGs (nacionales e internacionales) con vista a fortalecer su papel de abogacía y de apoyo a la implementación de los programas de salud
Fortalecer el sistema de salud mozambiqueño	<ul style="list-style-type: none"> • Implementar el Plan Acelerado de Reformas Institucionales • Desarrollar una agenda de reformas para el fortalecimiento efectivo de todas las componentes del sistema de salud, teniendo como foco la descentralización • Capacitar los sistemas distritales de salud para la implementación de los objetivos estratégicos y preparación para la descentralización efectiva

C.4. Orientación de la AOD española dirigida al sector salud en Mozambique

A pesar de que la Estrategia de salud de la Cooperación Española en Mozambique preveía que, después de tener una bajada sustancial entre 2009 y 2010 se iría recuperando con incrementos de un millón de euros al año, la realidad ha sido que el fuerte recorte de AOD para salud en 2010 (un 38%) fue seguido de otro recorte aún mayor en 2011 (43%). Como hemos señalado más arriba, la salud ha perdido peso relativo en la AOD española a Mozambique (del 22 al 14%). Esta reducción se produjo tanto en el canal bilateral (que pasó de 11,6 millones de euros en 2008 a 5 en 2011) como en la ayuda canalizada a través de organismos multilaterales (que pasó de 6,8 a 1,68 millones en el mismo período).

En el canal bilateral destaca la reducción de la AOD canalizada a través de ONGD españolas, que en cuatro años pasó de 8 a 1 millón de euros¹³; y en el canal multilateral, las contribuciones al Fondo Mundial de lucha contra el sida, la tuberculosis y la malaria que llegaron a ser de 3,5 millones en 2009 y desaparecieron completamente en 2011.

13. Aunque en el momento de elaboración de este informe no se disponen de los datos de AOD española 2012, de acuerdo a la información hecha pública por el Gobierno de Mozambique, la aportación española hecha en 2012 y la prevista para 2013 incumplen el compromiso de mantener este aporte en 3 millones de euros hasta la adopción del nuevo MAP.

TABLA 5. VÍAS DE CANALIZACIÓN DE LA AOD ESPAÑOLA BRUTA PARA EL SECTOR SALUD EN MOZAMBIQUE

	2008	2009	2010	2011
BILATERAL	11.622.115,75	13.603.339,05	9.398.020,54	4.999.066,33
Entidades públicas del país donante	3.413.532,89	288.674,42	172.652,35	327.021,33
Entidades públicas del país socio		3.500.000,00	3.500.000,00	3.300.000,00
Entidades públicas de otros países socios				
ONGD del país donante	8.198.732,86	9.688.062,63	5.500.175,19	1.262.225,00
ONGD del país socio		70.000,00		
Otras ENL del país donante	9.850,00	56.602,00	78.011,00	106.000,00
Otras ENL del país socio				3.820,00
Otras entidades				
Empresas del país donante			147.182,00	
MULTIBILATERAL Y MULTILATERAL	5.802.998,81	5.154.010,87	2.249.267,42	1.680.121,76
PNUD	1.042.097,00	28.367,91	17.308,00	11.457,76
FNUAP	367.551,00	404.177,65	192.621,00	123.938,27
UNICEF	136.332,68	31.828,95	72.130,00	65.970,23
UE (CE + FED)	1.779.634,00	894.266,00	1.044.652,04	1.225.627,39
Fondo Mundial(GFATM)	2.477.384,14	3.533.363,81	451.270,00	
Otros NNUU		15.432,03	10.937,00	13.886,08
Banco Mundial		204.277,38	176.277,21	49.580,20
Banco Africano de Desarrollo		42.297,15	90.666,20	3.792,12
GAVI			22.011,00	
IFFIm			104.274,97	147.272,61
PMA			67.120,00	38.597,10

Fuente: Elaboración propia a partir de los informes de Seguimiento del PACI.
Desembolsos brutos de AOD en euros corrientes

Desde el punto de vista de la orientación sectorial de la ayuda, la reducción ha sido más intensa en salud sexual y reproductiva (más del 90% de reducción) y en salud básica (72%); sin embargo, salud general, en la medida que integra el componente de política sanitaria, fundamental en el fortalecimiento del sistema de salud, que es objeto del apoyo sectorial, ha tenido una reducción relativamente menor (37%). Sin embargo, dentro del subsector de salud general, tanto el componente de investigación médica como el de formación, que tuvieron un peso importante, prácticamente han desaparecido en 2011.

En el subsector de salud básica llaman la atención los fortísimos descensos de los fondos destinados a educación sanitaria (casi el 98%) y a control de la malaria (94%), ambos aspectos especialmente importantes para impulsar la salud mozambiqueña. Sin embargo destaca muy positivamente el fuerte aumento que ha tenido la formación de personal en salud básica, que se ha multiplicado por 12 en cuatro años. Sin embargo, no parece que vaya ni a mitad de camino de la previsión hecha en la Estrategia de salud de la Cooperación Española en Mozambique que preveía dedicar a formación el 35% de los gastos directos de los proyectos.

En el subsector de salud sexual y reproductiva, junto a la reducción de fondos a la lucha contra el sida, ya señalada, se puede destacar el descenso del 94% en el componente de políticas de población.

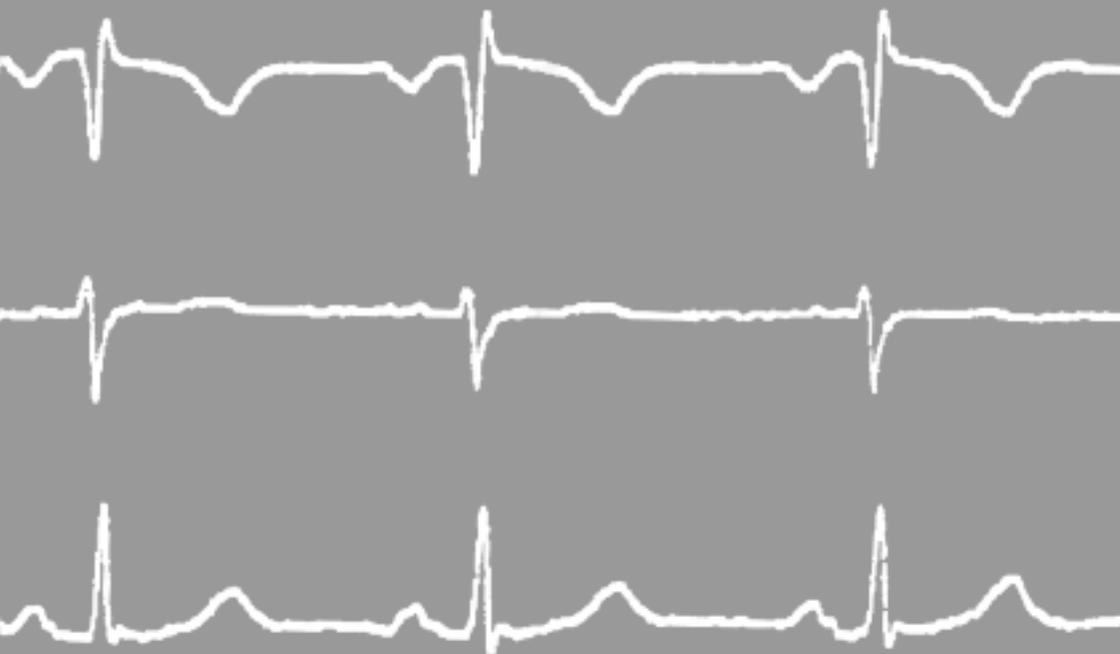
TABLA 6. EVOLUCIÓN DE LA AOD BRUTA ESPAÑOLA DESTINADA AL SECTOR SALUD EN MOZAMBIQUE, DESAGREGADA POR SUBSECTORES

CÓDIGOS CAD / CRS		2008	2009	2010	2011
121	Salud general	7.306.533,92	10.144.099,22	8.346.866,17	4.636.900,16
12110	Política sanitaria y gestión administrativa	925.822,70	7.717.683,52	5.775.559,12	4.605.286,09
12181	Enseñanza y formación médicas	388.543,03	275.558,72	423.850,05	11.214,07
12182	Investigación médica	1.838.138,19	1.783.960,00	1.855.108,00	20.400,00
12191	Servicios médicos	4.154.030,00	366.896,97	292.349,00	
122	Salud básica	6.133.115,87	4.435.000,61	1.854.659,67	1.689.713,70
12220	Atención sanitaria básica	2.583.953,54	2.358.995,17	449.125,73	574.914,16
12230	Infraestructura sanitaria básica	402.629,57	763.906,33	493.808,87	258.348,12
12240	Nutrición básica	1.057.659,71	12.826,57	43.961,57	52.722,97
12250	Control enfermedades infecciosas	3.529,67	16.093,18		44.542,65
12261	Educación sanitaria	995.232,93	138.097,00	350.000,00	18.162,13
12262	Control de la malaria	1.036.110,44	766.898,35	123.516,72	57.662,16
12263	Control de la tuberculosis		285.314,02		25.822,42
12281	Formación personal sanitario	54.000,00	92.870,00	394.246,78	657.539,08
130	Salud sexual y reproductiva	3.985.464,72	4.178.249,71	1.445.761,92	352.574,41
13010	Pol. Población y gestión admva	958.007,12	227.313,83	104.648,24	52.771,43
13020	Atención en S.R.	275.046,80	370.422,05	147.310,98	109.339,19
13030	Planificación familiar			-	315.315,96
13040	Lucha ETS, incluido VIH	2.740.410,80	3.537.180,49	845.522,74	190.463,79
13081	Formación RR HH en población y SR	12.000,00	43.333,33	32.964,00	
	TOTAL	17.425.114,50	18.757.349,54	11.647.287,76	6.679.188,27

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

C.5. Conclusiones

- En un país como Mozambique, con uno de los peores IDH del mundo, cuya estrategia de lucha contra la pobreza y cuyos servicios de educación y salud tienen una altísima dependencia de la cooperación internacional, el compromiso de los donantes y la previsibilidad de su ayuda es fundamental para dar sostenibilidad a sectores tan críticos como la salud.
- Descensos tan bruscos como los experimentados por la AOD española son una muy mala noticia para Mozambique y pueden traducirse en retrocesos indeseados en algunas de las áreas habitualmente cubiertas por nuestra cooperación.
- España, que ha sido durante años uno de los donantes más importantes en Mozambique y también uno de los más influyentes en el sector salud en este país, ha quedado relegado a una posición muy secundaria, al haber reducido sustancialmente tanto sus aportaciones al APG como a los fondos sectoriales (supresión del apoyo al fondo de educación FASE y reducción a la mitad del aporte al fondo de salud PROSAUDE).
- El retroceso de la ayuda española para el sector salud, que ha visto reducir los fondos en un 65%, tendrá con seguridad un impacto negativo en el proceso de fortalecimiento del sistema de salud mozambiqueño. Por desgracia, la partida que se había mantenido más constante hasta 2011, que fue la contribución española a PROSAUDE (fondo común sectorial para el sector salud), ha caído a la mitad en 2012.
- Las ONGD españolas han sido durante muchos años actores clave en el trabajo desarrollado por la Cooperación Española en apoyo a la salud en Mozambique (han llegado a gestionar más de la mitad de la AOD en salud), especialmente en el desarrollo de experiencias exitosas en los niveles provinciales y distritales de salud y en algunos apoyos al fortalecimiento del sistema de salud a nivel nacional, habiendo participado incluso en actuaciones enmarcadas dentro del enfoque sectorial. El brusco descenso en los fondos gestionados por ONGD (87%) tendrá sin duda un impacto negativo, especialmente en los procesos que vienen acompañando a nivel de distritos de salud y en el esfuerzo de descentralización que está haciendo el Gobierno, así como en el fortalecimiento de la participación de la sociedad civil, que es uno de los indicadores que en las evaluaciones realizadas por IHP no ha tenido unos resultados tan positivos como sería deseable.



CAPÍTULO IV.

LA SALUD EN LA COOPERACIÓN DESCENTRALIZADA

1. INTRODUCCIÓN

La cooperación descentralizada, compuesta por la cooperación de las Comunidades Autónomas (CCAA) y de las Entidades Locales (EELL), ha sido y es un elemento diferenciador de la cooperación española que tiene unos aspectos tremendamente positivos para su conjunto. Se trata de una cooperación que moviliza recursos complementarios que permiten financiar proyectos esenciales para las poblaciones pero que no suelen estar entre las prioridades de los grandes donantes y/o países receptores de la ayuda. Además, es importante destacar que es una cooperación que se gestiona en instancias más cercanas al ciudadano y la sociedad civil, que son quienes impulsaron esta cooperación con sus manifestaciones en los años noventa. Igualmente destacable el estado relacional que genera entre las sociedades civiles de los países donantes y receptores, lo que asegura un trabajo con las poblaciones más vulnerables y la posibilidad de denuncia de situaciones de injusticia que otros actores no pueden realizar por tener otros intereses, sean políticos, geoestratégicos o económicos. Por último, es mayoritariamente la sociedad civil quien gestiona directamente estos proyectos, con un fuerte apoyo y un reconocimiento de la ciudadanía, lo que permite un intercambio de conocimiento más cercano sobre la realidad mundial entre la ciudadanía e instituciones locales de los países donantes y la de los receptores.

Este papel de la cooperación descentralizada ha sido puesto en valor por la propia cooperación española, que desde su primer plan director la define como un actor relevante de nuestro sistema de cooperación. También ha sido destacada por la Comisión Europea¹, por su capacidad para sensibilizar a la opinión pública y contribuir a la cons-

1. Comisión Europea (2008) "Autoridades locales: agentes del desarrollo", Comunicación SEC(2008)2570 de la Comisión al Consejo, al Parlamento, al Comité Económico y Social Europeo y al Comité de las Regiones, Bruselas. Otras instituciones que se han pronunciado en el mismo sentido son: Consejo de Ministros de la UE (2008), "Carta europea de la cooperación en apoyo a la gobernanza local", Bruselas, noviembre; Unión de Ciudades y Gobiernos Locales (2009), "Documento de posición de CGLU sobre la eficacia de la ayuda y los gobiernos locales", Guangzhou; y Observatorio de Cooperación Descentralizada Unión Europea-América Latina (2009), "De Valparaíso a México: la agenda de París vista desde lo local", Barcelona.

trucción de capacidades de la sociedad civil y por el CAD, que en su examen inter pares de 2007 considera la diversidad de actores de la cooperación española un activo muy valioso, aunque conlleva desafíos de coordinación importantes².

La Administración General del Estado considera la cooperación descentralizada no solamente como una fuente adicional de recursos económicos, sino como un conjunto de instituciones con capacidad para relacionarse con instituciones de su nivel y con un importante conocimiento de la realidad de los procesos de descentralización y gobernanza locales. Es, por tanto, una cooperación de calidad, con un valor añadido indiscutible, que refleja el compromiso de todos y todas con el desarrollo mundial, algo que en un mundo globalizado debería ser prioritario.

A pesar de los buenos resultados de la cooperación descentralizada, la realidad nos indica que este tipo de cooperación está sufriendo serios recortes y parece que esta tendencia se va a mantener e incluso empeorar, al menos en los próximos años. La cooperación autonómica ha tolerado y sigue tolerando profundos recortes; en algunas comunidades autónomas la cooperación es residual o nula, siendo una de las políticas más afectadas por los recortes presupuestarios. Uno de los motivos que esgrimen los gobernantes es la baja contestación social que tienen estos recortes, si bien no consideramos sea un argumento válido pues hay recortes en otras políticas sociales, como educación y salud, muy contestados socialmente y no por ello dejan de ser víctimas de las políticas de austeridad que nos gobiernan.

Por otra parte, y como ya anticipamos en el informe 2012, el Proyecto de Ley de Racionalización y Sostenibilidad de la Administración Local³, es una seria amenaza a las políticas de cooperación al desarrollo que venían implementando las EE.LL desde hace más de 20 años, poniendo además en riesgo el trabajo realizado de impulso de la solidaridad y la participación ciudadana en iniciativas de transformación social. El Proyecto de Ley considera la cooperación una competencia "*distintas a las propias y a las atribuidas por delegación*" por lo que sólo se podrán ejercer si concurren los siguientes requisitos: (i) No se pone en riesgo la sostenibilidad financiera del conjunto de la Hacienda Local, (ii) No se incurre en un supuesto de ejecución simultánea del mismo servicio público con otra Administración Pública, (iii) Se garantiza la sostenibilidad financiera de las nuevas competencias. La confluencia de estos requisitos conduce en la práctica a una prohibición legal de desarrollar este tipo de competencias con dotación presupuestaria a nivel municipal. Esto se debe a que la rigidez de los criterios que se emplean para valorar por ejemplo el riesgo financiero, hacen prác-

2. <http://www.exteriores.gob.es/Portal/es/SalaDePrensa/Multimedia/Publicaciones/Documents/Cooperacion/Evaluacion/PeerReviewCAD/Examen%20%20pares%20CAD%202007%20Espa%C3%B1ol.pdf>

3. Aprobado en el Consejo de Ministros del 26 de julio

ticamente imposible que se llegue a una situación económica en estas EELL que permita la asunción de otras competencias⁴.

2. EVOLUCIÓN DE LA COOPERACIÓN DESCENTRALIZADA

En 2012 la Cooperación Descentralizada destinó 207.577.247 euros a financiar 4.669 acciones de cooperación en el mundo. Del total destinado, poco más del 80% correspondió a las comunidades autónomas y algo menos del 20% a las EE.LL. Respecto a 2011, se ha producido un descenso en el presupuesto del 27% (casi 80 millones de euros) y una reducción de casi dos mil en el número de acciones financiadas. Si tomamos como referencia 2010, la reducción presupuestaria es del 40,6% (303 millones menos) y 3.831 acciones serían las que se han dejado de financiar.

TABLA 4.1. EVOLUCIÓN DE LA COOPERACIÓN DESCENTRALIZADA

	2008	2009	2010	2011	2012
CCAA	464.709.158	446.037.922	389.023.636	192.182.089	166.566.159
EELL	148.775.501	147.182.837	121.391.523	95.291.534	41.011.089
TOTAL	613.484.659	593.220.759	510.415.159	287.473.623	207.577.247

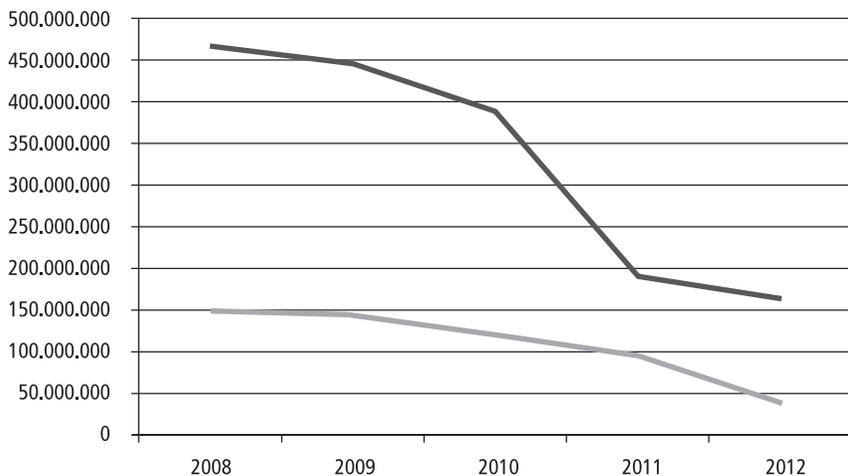
Fuente: elaboración propia a partir de datos del seguimiento de los PACI 2008-2012

El descenso en las aportaciones se da en los dos principales actores de la cooperación descentralizada, la autonómica y la local, si bien en 2012 es mucho más destacable el descenso en la cooperación local, que ha desembolsado un 57% menos que en 2011, mientras que las comunidades autónomas descienden un 13,5%, continuando, aunque suavizando, el enorme descenso que tuvieron en 2011. En cifras, la cooperación autonómica desciende 25.615.930 euros, mientras que la cooperación de las entidades locales lo hace en 54.280.445 euros, más del doble que la autonómica. Podríamos encontrar una explicación en el hecho de que las EELL estuvieran anticipando lo establecido en el Proyecto de Ley de Racionalización y Sostenibilidad de la Administración Local, lo que sin duda nos permite conocer el alcance que esta ley puede llegar a tener en la cooperación autonómica.

En el siguiente gráfico podemos observar como es a partir de 2010 cuando nos enfrentamos a una radical reducción de los desembolsos autonómicos, mientras que el descenso de las entidades locales es más constante en el tiempo, y se acentúa en 2012. Esta disminución del conjunto de la AOD descentralizada nos sitúa por debajo de las cifras que se destinaban en el año 2000.

4. Posicionamiento de la CONGDE sobre el proyecto de Reforma de la administración local.

GRÁFICA 4.1.: EVOLUCIÓN DE LA COOPERACIÓN AUTONÓMICA Y LOCAL 2008-2012

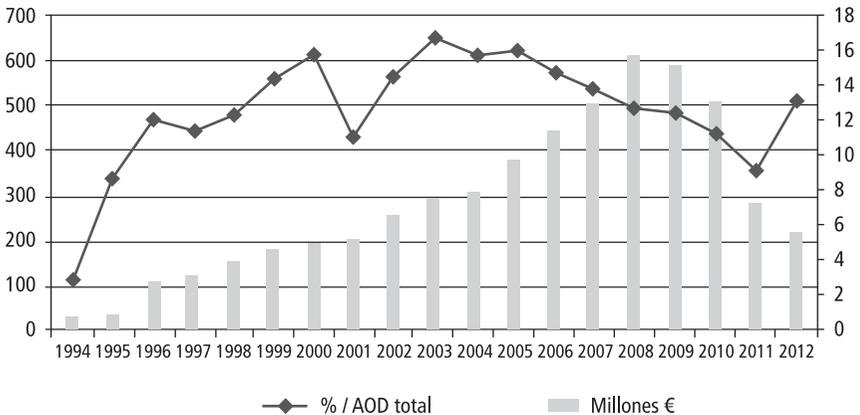


Fuente: elaboración propia a partir de datos del seguimiento de los PACI 2008-2012

Dentro de la reducción prácticamente generalizada de toda la cooperación autonómica, podemos observar que hay grandes variabilidades en cuanto a la evolución del porcentaje de cada comunidad autónoma en relación al conjunto de la cooperación autonómica. Comunidades autónomas que el año anterior descendían, en 2012 vuelven a aumentar su peso relativo. De hecho, varias CCAA ven aumentado su peso de forma significativa, mientras que otras lo reducen de forma considerable. La cooperación andaluza y la vasca son las que más ven aumentar su peso relativo, más de 11 puntos porcentuales, si bien responde a consideraciones diferentes. Mientras que la cooperación vasca ha seguido incrementando los fondos destinados a cooperación, siendo hasta la fecha la única que no ha aplicado recortes en esta partida, y de ahí su incremento en el peso relativo dentro de la AOD descentralizada, la cooperación andaluza aplicó fuertes recortes en el periodo 2008 - 2011 y en 2012 parece revertir la tendencia con un incremento del 53,40%, siendo la segunda comunidad que más fondos destina a cooperación.

El descenso más radical lo sufre la cooperación catalana, con un peso menor al que tenía en 2007 y disminuyendo 6 puntos porcentuales. Además de Catalunya, las comunidades que descienden su peso son Comunidad Valenciana, Extremadura, Aragón y Asturias. También cabe destacar en negativo y denunciar la decisión de la Comunidad de Murcia de eliminar la partida destinada a cooperación. Estos datos nos muestran como ante circunstancias similares hay cierta capacidad de elección, siendo las decisiones políticas las que determinan el peso de la cooperación de cada comunidad autónoma.

GRÁFICA 4.2. EVOLUCIÓN DE LA AOD DESCENTRALIZADA EN ESPAÑA. 1994-2012



Fuente: elaboración propia a partir de los datos del seguimiento de los PACI 1994 – 2012

Dentro de la reducción prácticamente generalizada de toda la cooperación autonómica, podemos observar que hay grandes variabilidades en cuanto a la evolución del porcentaje de cada comunidad autónoma en relación al conjunto de la cooperación autonómica. Comunidades autónomas que el año anterior descendían, en 2012 vuelven a aumentar su peso relativo. De hecho, varias CCAA ven aumentado su peso de forma significativa, mientras que otras lo reducen de forma considerable. La cooperación andaluza y la vasca son las que más ven aumentar su peso relativo, más de 11 puntos porcentuales, si bien responde a consideraciones diferentes. Mientras que la cooperación vasca ha seguido incrementando los fondos destinados a cooperación, siendo hasta la fecha la única que no ha aplicado recortes en esta partida, y de ahí su incremento en el peso relativo dentro de la AOD descentralizada, la cooperación andaluza aplicó fuertes recortes en el periodo 2008 - 2011 y en 2012 parece revertir la tendencia con un incremento del 53,40%, siendo la segunda comunidad que más fondos destina a cooperación.

El descenso más radical lo sufre la cooperación catalana, con un peso menor al que tenía en 2007 y disminuyendo 6 puntos porcentuales. Además de Catalunya, las comunidades que descienden su peso son Comunidad Valenciana, Extremadura, Aragón y Asturias. También cabe destacar en negativo y denunciar la decisión de la Comunidad de Murcia de eliminar la partida destinada a cooperación. Estos datos nos muestran como ante circunstancias similares hay cierta capacidad de elección, siendo las decisiones políticas las que determinan el peso de la cooperación de cada comunidad autónoma.

**TABLA 4.2. EVOLUCIÓN PORCENTUAL DE CADA COMUNIDAD AUTÓNOMA
EN EL TOTAL DE AOD AUTONÓMICA 2007-2012**

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Andalucía	20,99	20,82	22,27	20,73	7,54	18,68
Aragón	2,05	2,07	2,38	2,89	3,59	0,80
Asturias	3,32	2,53	2,54	3,12	5,92	3,68
Baleares	4,21	3,36	3,35	2,54	0,86	1,69
Canarias	4,56	4,03	3,64	3,10	1,25	1,06
Cantabria	1,4	1,1	1,31	0,52	2,05	0,15
Cataluña	14,82	13,52	12,85	14,58	17,23	11,32
CLM	9,29	8,68	10,40	9,80	0,19	0,38
CyL	3,36	2,22	2,66	2,70	4,76	3,49
Extremadura	2,54	1,96	3,09	3,70	4,77	1,85
Galicia	2,75	2,12	2,76	2,76	3,65	3,93
La Rioja	1,14	0,88	0,87	1,09	1,65	0,33
Madrid	7,95	8,39	8,54	9,21	5,54	8,80
Murcia	1,31	1,1	1,06	0,56	0,13	0,00
Navarra	4,88	4,45	4,63	5,27	9,50	8,03
País Vasco	7,54	8,79	8,89	11,40	23,37	32,67
C. Valenciana	7,86	13,95	8,78	5,97	7,98	3,12
Melilla	0,02	0,02	0,00	0,03	0	0,00
TOTAL	100	100	100	100	100	100,00

Fuente: elaboración propia a partir de los datos del seguimiento de los PACI 2007-2012.

Del total destinado por las comunidades autónomas a cooperación, el 32,67% procede del País Vasco y el 18,68% de la Junta de Andalucía. Entre ambas superan el 50% del total. A continuación aparece la Generalitat de Cataluña con 11,32%, Madrid con un 8,80% y la Comunidad Foral de Navarra con un 8,03%. Estas 5 CCAA aportan casi el 80% de toda la AOD autonómica y supone un aumento de la concentración de la AOD ya que en 2011 apenas suponían el 63%. Esta concentración no supone un factor positivo de la cooperación descentralizada, al contrario, nos indica un compromiso desigual respecto a una misma política.

Finalmente queremos destacar y poner en valor el papel que están jugando las Universidades. En 2012 y 2013, no se han contemplado ayudas de la Agencia española de Cooperación (AECID) para apoyar la cooperación de las Universidades. Las acciones que estas realizan en cooperación se financian con sus propios presupuestos, en muchos casos generados a partir de la aportación del 0'7 % del sueldo del personal. En 2012 las Universidades han realizado 1.689 acciones de

cooperación, 611 más que en 2011, por importe de 11.903.784 euros, un 10% menos que en 2011. Aunque sus cifras no alcanzan las de otros actores de la cooperación, es posiblemente el actor que menos disminuye sus presupuestos, y muestra un interés creciente en este sector. Muchas de sus acciones se basan en becas y formación de estudiantes, centrandó principalmente su interés en el intercambio de conocimiento.

3. LAS CIFRAS DE LA COOPERACIÓN DE LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS

Como ya hemos comentado anteriormente, las comunidades autónomas en su conjunto han destinado a AOD 166.566.159 euros, 25,5 millones menos que en el año anterior, lo que supone un descenso del 15%. En informes anteriores señalábamos la tremenda heterogeneidad de la AOD entre las autonomías, debido a que no gestionan los mismos recursos, pero también al distinto interés que cada comunidad autónoma dedica al sector de la cooperación. Y esta última explicación se está volviendo la más determinante en los graves recortes que está habiendo en los últimos años en la AOD autonómica.

La única comunidad autónoma que ha seguido incrementando los fondos destinados a cooperación ha sido el País Vasco. En 2012, los más de 54 millones destinados a cooperación suponen el 32,67% de los fondos totales destinados por las CCAA a AOD. Apuntar también que además del País Vasco, 5 CCAA cambian la tendencia e incrementan sus cifras de AOD, siendo Andalucía la más significativa por su cuantía. Por el contrario, 12 CCAA siguen aplicando recortes a las partidas destinadas a cooperación, siendo las más significativas las aplicadas por Cantabria (93%), La Rioja (83%), Aragón (81%) y Extremadura (44%). Apuntar finalmente que 5 CCAA tiene unos presupuestos de menos de 3 millones de euros, a lo que tenemos que sumar la eliminación de la AOD por Murcia. En 2009, ninguna CCAA destinaba menos de 3 millones de euros a cooperación.

En cifras absolutas es Cataluña quien reduce más sus presupuestos para AOD, superando los 14 millones de euros. Además del importante retroceso en las cantidades destinadas a cooperación, y como ya dijimos el año anterior, lo que más preocupa es que no parece que estos recortes tengan una estrategia detrás, que permita asegurar que este proceso es coyuntural. En un momento de crisis sería muy importante que se intentara minimizar las consecuencias de estos recortes, elaborando un plan estratégico de contingencia que permitiera tomar las decisiones en base a limitar las consecuencias de estos recortes, priorizando los servicios básicos, y elaborando un plan que plantee un cronograma realista para la recuperación de los presupuestos en cooperación.

TABLA 4.3. AOD NETA POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS

CCAA	2009	%	2010	%	2011	%	2012	%	Variación 2012/2011	% Variación 12/11
Andalucía	99.333.442	22,27	80.656.809	20,73	14.498.908	7,54	31.110.744	18,68	16.611.836	53,40
Aragón	10.603.015	2,38	11.260.180	2,89	6.902.553	3,59	1.336.269	0,80	-5.566.284	-416,55
Asturias	11.325.801	2,54	12.149.189	3,12	11.374.076	5,92	6.130.014	3,68	-5.244.062	-85,55
Baleares	14.924.160	3,35	9.867.813	2,54	1.659.926	0,86	2.812.355	1,69	1.152.429	40,98
Canarias	16.225.134	3,64	12.050.300	3,1	2.403.002	1,25	1.770.931	1,06	-632.071	-35,69
Cantabria	5.850.388	1,31	2.039.289	0,52	3.933.283	2,05	248.130	0,15	-3.685.153	-1.485,17
Cataluña	57.301.759	12,85	56.734.335	14,58	33.120.358	17,23	18.858.634	11,32	-14.261.724	-75,62
CLMancha	46.390.370	10,4	38.125.839	9,8	356.043	0,19	638.890	0,38	282.847	44,27
CyLeón	11.886.118	2,66	10.514.280	2,7	9.154.381	4,76	5.814.366	3,49	-3.340.015	-57,44
Extremadura	13.774.550	3,09	14.396.489	3,7	9.166.574	4,77	3.085.422	1,85	-6.081.152	-197,09
Galicia	12.289.957	2,76	10.748.153	2,76	7.008.233	3,65	6.537.978	3,93	-470.255	-7,19
La Rioja	3.866.889	0,87	4.224.228	1,09	3.180.134	1,65	553.012	0,33	-2.627.122	-475,06
Madrid	38.078.638	8,54	35.836.242	9,21	10.650.489	5,54	14.665.305	8,80	4.014.816	27,38
Murcia	4.744.959	1,06	2.188.329	0,56	246.305	0,13	-	0,00	-246.305	0,00
Navarra	20.649.818	4,63	20.508.760	5,27	18.263.294	9,5	13.381.672	8,03	-4.881.622	-36,48
País Vasco	39.649.544	8,89	44.352.387	11,4	44.916.683	23,37	54.420.655	32,67	9.503.972	17,46
C. Valenciana	39.143.379	8,78	23.241.013	5,97	15.339.847	7,98	5.193.683	3,12	-10.146.164	-195,36
Ceuta/Melilla	0	0	130.000	0,03	8.000	0	8.100	0,00	100	1,23
TOTAL	446.037.922	100	389.023.635	100	192.182.089	100	166.566.159	100,00	-25.615.930	-15,38

Fuente: elaboración propia a partir de los datos del seguimiento de los PACI 2009-2012

La tendencia general de las instituciones descentralizadas ha sido recortar las partidas de cooperación de una forma mucho más acusada que muchas otras partidas, sin tener presentes ni los resultados alcanzados ni las consecuencias que a medio y largo plazo puede tener esta decisión en la vida de las personas más vulnerables y en la lucha contra la inequidad en el mundo. La conducta errática de incrementar y disminuir (esto último de forma más intensa) las partidas destinadas a la AOD, sin un plan preciso de orientación hacia los servicios más básicos y las poblaciones más vulnerables, agrava la ya de por sí complicada situación de las poblaciones receptoras de esta ayuda. Pero es una realidad que aún en esta situación generalizada de crisis tanto económica, como política y de valores, no todas las CCAA actúan de la misma forma, y por lo tanto el compromiso político es fundamental para mantener esta cooperación activa y funcional.

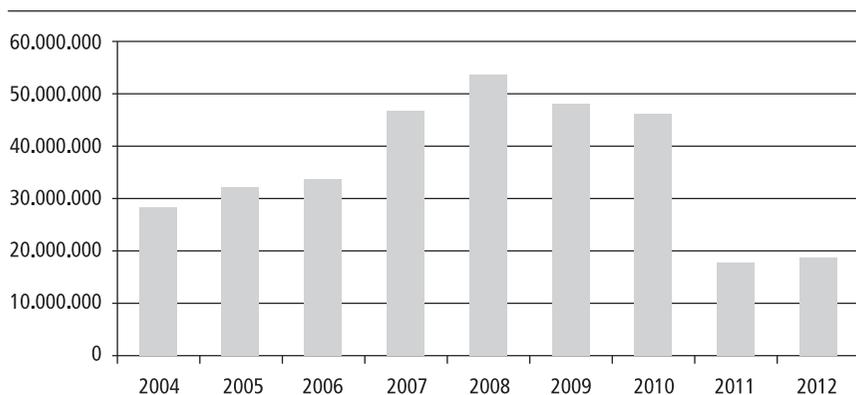
Tampoco este año hemos podido analizar el esfuerzo real que realizan las autonomías a través de los desembolsos de AOD de las comunidades autónomas en relación a variables como el presupuesto que gestionan, la AOD per cápita o el por-

centaje destinado a servicios sociales básicos, ya que el informe de seguimiento PACI 2012 no estaba disponible en las fechas en que cerramos este informe. Estos datos definían de una mejor manera el esfuerzo que cada CCAA realizaba hacia cooperación, aunque la situación actual es lo suficientemente clara y dramática como para decir que sin un verdadero esfuerzo de todos los actores implicados, la cooperación autonómica está en serio peligro.

4. LA SALUD EN LA COOPERACIÓN AUTONÓMICA

La salud en la cooperación autonómica es, y tiene que seguir siendo, uno de sus ejes principales y un elemento fundamental en la lucha contra la pobreza. Esta realidad se ha visto en 2012 refrendada por el incremento de las cifras destinadas a salud. En un contexto en el que la tendencia de la AOD general autonómica ha sido de reducción, el peso de la salud aumenta respecto a 2011. En 2012 se ha destinado a salud 19.172.688 €, 756.979 euros más que en 2011 –aunque estas cifras suponen 9 millones menos que en 2004–. El peso de la salud pasa del 9,58% de 2011 al 11,51%, en 2012. Este porcentaje queda aún lejos del 15% de la AOD que se debe destinar a salud, pero implica un claro cambio de tendencia con respecto al 2011, y una apuesta más decidida por el sector salud, que esperemos se consolide en próximos años.

GRÁFICA 4.3. EVOLUCIÓN DE AOD EN SALUD PROCEDENTE DE CCAA



Fuente: elaboración propia a partir de los datos del seguimiento de los PACI 2004-2012

En cuanto al peso porcentual de la cooperación sanitaria autonómica con respecto a la AOD de salud de la AGE, y debido principalmente al fuerte descenso que esta última ha sufrido, vemos un incremento muy sustancial, siendo más del 25% del total de la AOD sanitaria del conjunto de la AOD -en 2011 era el 9,62%-. Si sumamos la AOD en salud de las EELL, el peso de la AOD sanitaria descentralizada alcanza el 30%. Este dato es indicativo de la importancia que la salud tiene en cooperación autonómica pero no impide que recordemos la necesidad de seguir mejorando su calidad.

TABLA 4.4 AOD ESPAÑOLA NETA EN SALUD POR AGENTES Y CANALES, 2012

	Bilateral	Multilateral	Multilateral	TOTAL
AGE	23.403.549	10.888.466	16.089.123	50.381.138
CCAA	19.172.688			19.172.688
EELL	3.814.169	15.000		3.829.169
UNIV	631.656	1.000		632.656
TOTAL	47.022.061	10.904.466	16.089.123	74.015.650

Fuente: elaboración propia a partir de los datos del seguimiento PACI 2012

Al igual que en años anteriores, existe una gran diferencia entre CCAA en cuanto al presupuesto que destinan a salud. Desde el punto de vista de las comunidades que dedican una mayor cantidad de AOD a salud, vemos que en una horquilla que va de los 3,5 a los 2,8 millones de euros se encuentran Navarra, País Vasco, Andalucía y Cataluña. Por encima del millón de euros aparecen Madrid, Comunidad Valenciana y Castilla y León. Galicia, Asturias y Extremadura destinan por encima del medio millón, Baleares y la Rioja superan los cien mil euros y Aragón se quedan en algo menos de 80 mil. Finalmente indicar que tres son las CCAA han decidido no destinar fondos a cooperación en salud: Canarias, Cantabria, Castilla la Mancha y Murcia, que no ha destinado nada a AOD. Extraña el caso de Canarias, que con un presupuesto de más de 1.700.000 euros, no haya considerado a la salud como un sector financiable. Como pasa en la AOD en su conjunto, los presupuestos de la cooperación sanitaria están concentrados mayoritariamente en 4 comunidades: Andalucía, Navarra, País Vasco y Cataluña suponen más del 65% de toda la AOD sanitaria.

TABLA 4.5. DISTRIBUCIÓN DE LA AOD EN SALUD DE LAS CCAA 2012

Comunidad autónoma	2010		2011		2012		% AOD 2012
	Monto (€)	%	Monto (€)	%	Monto (€)	%	
Andalucía	11.527.364	24,65	78.127	0,42	2.833.861	14,78	9,11%
Aragón	1.046.870	2,24	764.782	4,15	79.443	0,41	5,95%
Asturias	1.146.211	2,45	1.431.841	7,78	730.988	3,81	11,92%
Baleares	644.717	1,38	0	0	189.301	0,99	6,73%
Canarias	2.087.763	4,46	30.000	0,16		0,00	0,00%
Cantabria	150.000	0,32	301.460	1,64		0,00	0,00%
Cataluña	6.251.867	13,37	2.303.739	12,51	3.206.884	16,73	17,00%
CLM	3.855.896	8,25	0	0		0,00	0,00%
CyL	1.643.468	3,51	1.691.469	9,18	1.093.158	5,70	18,80%
Extremadura	2.534.035	5,42	903.228	4,9	786.334	4,10	25,49%
Galicia	1.559.071	3,33	1.063.046	5,77	883.266	4,61	13,51%
La Rioja	526.140	1,13	547.943	2,98	126.750	0,66	22,92%
Madrid	3.716.021	7,95	455.880	2,48	1.589.804	8,29	10,84%
Murcia	49.866	0,11	0	0		0,00	
Navarra	4.527.643	9,68	4.025.157	21,86	3.013.236	15,72	22,52%
País Vasco	3.068.815	6,56	3.095.012	16,81	3.480.721	18,15	6,40%
C Valenciana	2.429.777	5,20	1.724.206	9,36	1.150.841	6,00	22,16%
Ceuta y Melilla					8.100	0,04	100,00%
Total	46.765.525	100	18.415.891	100	19.172.688	100,00	11,51%

Fuente: elaboración propia a partir de los datos del seguimiento de los PACI 2010-2012

Pero las cifras absolutas no reflejan el grado de compromiso que existe con el sector, porque las CCAA no tienen ni el mismo tamaño, ni presupuesto, ni capacidad de gestión. Para acercarnos a conocer cuál es el compromiso real, analizamos el peso que tiene la AOD sanitaria en el total de la AOD de cada CCAA. Desde hace unos años, y en base a recomendaciones que provienen de la OMS, las organizaciones firmantes solicitamos que todos los actores destinen un mínimo del 15% de la AOD a salud, con el fin de poder cumplir entre todos con los compromisos adquiridos en esta materia. En 2012, 6 CCAA cumplen con este mínimo, 2 más que en 2011: Extremadura (25%), La Rioja (22,92%), Navarra (22,52%), Comunidad Valenciana (22,16%), Castilla y León (18,8%) y Cataluña (17%). En el otro lado observamos que siete son las comunidades autónomas que destinan menos de un 10%. Estos datos podrían reflejar una tendencia positiva de una mayor priorización de la salud dentro de las estrategias de varias CCAA, pero para saber si es una mejora coyuntural o estructural, deberemos esperar a futuros análisis en próximos años.

Para que esta cooperación sanitaria tenga mayor peso debe seguir mejorando su calidad en aquellos aspectos que puedan afectar al impacto, sostenibilidad y efectividad de sus acciones. Es necesaria una mejora de su predictibilidad, a través de procesos de planificación que permitan generar procesos conjuntos de desarrollo en salud con las instituciones locales a medio y largo plazo. Necesitamos incluir la gestión orientada a resultados, la definición de prioridades dentro de un sector tan amplio como la salud, priorizando el fortalecimiento de los sistemas de salud y la Atención Primaria de Salud, incrementar el rol de la sociedad a través de la participación en la definición de prioridades, reforzar el papel de la sociedad civil y de las instituciones descentralizadas locales, y coordinar su trabajo con otros actores. Conseguir mejorar la efectividad y calidad de la ayuda sanitaria y saber transmitir esa mejora tanto a la sociedad española como a las instituciones, puede ser un elemento vital para poder incrementar la ayuda sanitaria.

La principal vía de canalización de la AOD sanitaria autonómica siguen siendo las ONGD. En 2012, el 87,44% se destinó a través de las ONGD y las entidades públicas del país donante un 9,79%. El gran porcentaje que mueven las ONG muestra que las CCAA las consideran un actor fundamental en la AOD sanitaria autonómica, y son, dentro de los enormes recortes que ha habido en los últimos años, elegidas como vía de canalización prioritaria. Dada que esta relación viene desde el principio de la cooperación autonómica, también muestra una satisfacción clara de las instituciones autonómicas por el trabajo realizado por las ONG en el terreno.

TABLA 4.6. VÍA DE CANALIZACIÓN DE LA AOD EN SALUD AUTONÓMICA

VÍAS DE CANALIZACION	AOD salud 2011	%
Entidades públicas del país donante	1.876.965	9,79
Entidades públicas del país socio	205.000	1,07
ONGD internacionales		0,00
ONGD nacionales del país donante	16.764.888	87,44
ONGD del país socio		0,00
Otras ENL del país donante		0,00
Otras ENL del país socio	73.820	0,39
Naciones Unidas		0,00
Otros Organismos multilaterales		0,00
Universidades públicas del país donante	252.015	1,31
Otros sin clasificar		0,00
TOTAL	19.172.688	100

Fuente: elaboración propia a partir de los datos del seguimiento del PACI 2012

Las entidades públicas del país socio y las Universidades públicas del país donante alcanzan cada una apenas un 1%, pero se corrige lo que en 2011 considerábamos un elemento cuanto menos confuso: que en momentos de recortes se destinara cuatro veces más dinero a universidades privadas que a públicas.

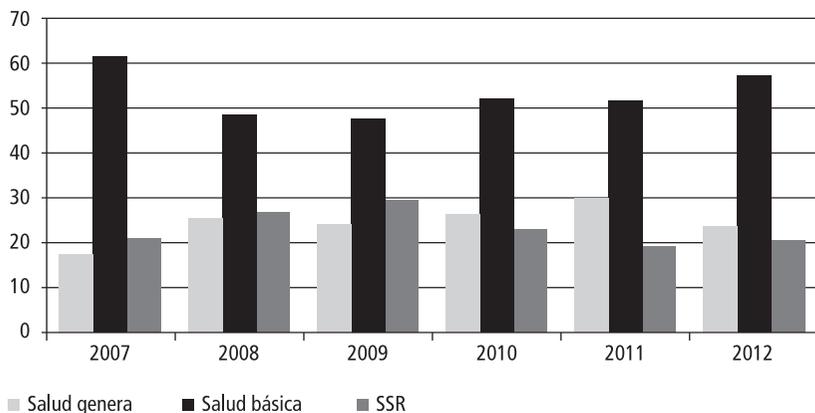
4.1. Distribución de AOD autónoma en salud vía organismos multilaterales de desarrollo (OMUDES)

La aportación a los organismos multilaterales en salud por parte de las autonomías había prácticamente desaparecido en 2010, en 2011 volvió a crecer hasta los 912.500 euros, pero en 2012 desaparece totalmente. Dado este comportamiento errático y que en 2011 solo 3 CCAA apostaron por los organismos multilaterales y en 4 proyectos, no podemos afirmar que sea una vía descartada completamente por las instituciones autonómicas, y en próximos años veremos si es una situación coyuntural o se debe a una estrategia definida.

4.2. Composición sectorial de la ayuda autónoma en salud

La composición sectorial de la AOD autónoma sanitaria en 2012 es similar a años anteriores. Dentro de los tres sectores básicos que promueve el CAD, la salud básica es el sector que más desembolso recibe, con un 56% del total de la ayuda autónoma sanitaria. La salud reproductiva incrementa levemente su relevancia hasta el 20%, un punto más que en 2011. En 2012 la salud general disminuyó hasta el 23%, 7 puntos respecto del año anterior, y rompe la tendencia de crecimiento de los últimos años de este sector. Estas cifras equilibran en cierto modo la importancia de los sectores de salud reproductiva y salud general, pero el liderazgo histórico en la AOD autónoma ha sido el de la salud básica, el sector por el que más se ha apostado, lo que tiene mucho que ver con el trabajo que desarrollan las ONGD. No obstante, y aun considerando aceptable esta distribución sectorial, mantenemos nuestra propuesta de conseguir un cierto equilibrio entre los tres sectores, siempre que las acciones vayan a favorecer a la atención primaria de salud y al fortalecimiento de los sistemas de salud, los dos ejes estratégicos que deben orientar toda la ayuda en salud.

GRÁFICA 4.4. DISTRIBUCIÓN SECTORIAL DE AOD EN SALUD DE LAS CCAA. 2007-2012



Fuente: elaboración propia a partir de los datos del seguimiento del PACI 2007-2012

Para asegurar esta orientación, debemos analizar los subsectores CRS. En 2012 la cooperación autonómica concentra su interés en 5 subsectores de los 17 totales: política sanitaria, servicios médicos, atención sanitaria básica, infraestructura básica y atención en salud reproductiva, cambiando un solo subsector respecto del año anterior, la nutrición por los servicios médicos. El total de estos 5 sectores suman el 67,35%, y mantiene la tendencia de concentrar la ayuda en pocos subsectores, aspecto que nos parece positivo para asegurar el impacto de la ayuda, y más en los tiempos de crisis. Un aspecto que entendemos mejoraría la distribución subsectorial de la ayuda sería la revisión de la selección de los sectores prioritarios. No parece muy adecuado que los servicios médicos vuelvan a crecer, cuando no es un subsector prioritario ni para el fortalecimiento de los sistemas de salud ni para la Atención Primaria de Salud; como tampoco lo es que el peso de la política sanitaria y gestión administrativa, eje fundamental para el fortalecimiento de los sistemas públicos de salud, haya disminuido de forma tan considerable su importancia, bajando prácticamente su peso a la mitad de lo que tenía en 2011. También es positivo el cambio en la tendencia con el subsector de planificación familiar, que en 2011 desapareció y vuelve aparecer en 2012, aunque con un 2,2%. El peso de la nutrición baja de forma considerable, la lucha contra enfermedades infecciosas aumenta, al igual que la educación sanitaria, pero las políticas sobre población se quedan en 2012 sin financiación. Como vemos existe una cierta variabilidad en las prioridades sectoriales de la salud autonómica que debería mejorarse, si bien no todo es achacable a las CCAA ya que pudiera responder a una cuestión de demanda por parte de las ONGD.

TABLA 4.7. DISTRIBUCIÓN DE LA AOD DESEMBOLSADA POR LAS CCAA. 2009-2012

		AOD desembolsada							
Código		2009		2010		2011		2012	
		miles €	%	miles €	%	miles €	%	miles €	%
121	Salud general	11.739	24,14	12.115	25,91	5.507	25,91	4.411	23,00
12110	Política sanitaria y gestión administrativa	5.162	10,62	7.425	15,88	3.286	17,85	1.818	9,48
12181	Enseñanza / formación médicas	796	1,64	44	0,09	188	1,03	77	0,40
12182	Investigación médica	1.151	2,37	1.312	2,81	639	3,47	630	3,29
12191	Servicios médicos	4.630	9,52	3.334	7,13	1.392	7,56	1.886	9,84
122	Salud básica	22.982	47,26	24.142	51,62	9.398	51,62	10.912	56,92
12220	Atención sanitaria básica	6.712	13,8	7.072	15,12	3.066	16,65	4.315	22,51
12230	Infraestructura sanitaria básica	8.599	17,68	5.438	11,63	2.801	15,21	2.277	11,88
12240	Nutrición básica	3.404	7	4.026	8,61	2.287	12,42	1.458	7,60
12250	Control enfermedades infecciosas	1.328	2,73	4.106	8,78	448	2,44	1171	6,11
12261	Educación sanitaria	811	1,67	1.830	3,91	412	2,24	928	4,84
12262	Control de la malaria	621	1,28	568	1,21	155	0,84	735	3,83
12263	Control de la tuberculosis	263	0,54	-	-	-	-	-	-
12281	Formación personal sanitario	1.244	2,56	1.102	2,36	227	1,24	28	0,15
130	Población y salud reproductiva	13.908	28,6	10.508	22,47	3.509	22,47	3.850	20,08
13010	Política sobre población y gestión administrativa	281	0,58	738	1,58	110	0,6	-	-
13020	Atención salud reproductiva	8.280	17,03	5.954	12,73	1.474	8,01	2.615	13,64
13030	Planificación familiar	246	0,51	720	1,54	-	-	426	2,22
13040	Lucha ETS, incluido sida	3.841	7,9	2.551	5,46	1.403	7,62	384	2,00
13081	Formación personal para población y salud reproductiva	1.260	2,59	545	1,17	522	2,84	425	2,22
	TOTAL	48.629	100	46.766	100	18.414	100	19.173	100,00

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

4.3. Distribución geográfica de la ayuda en salud

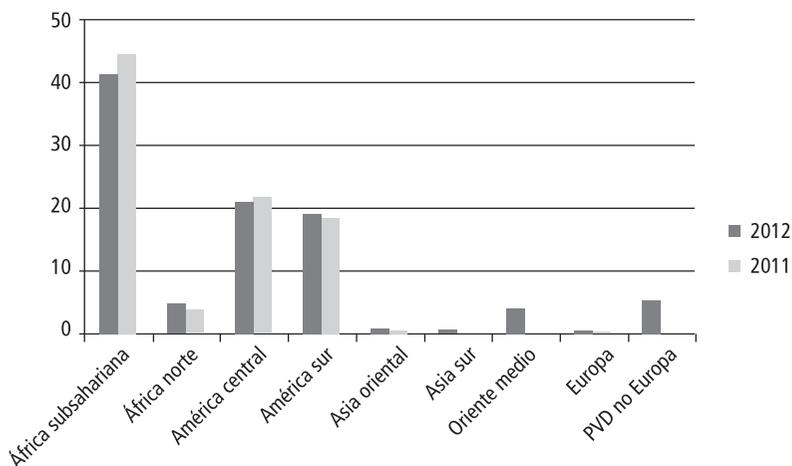
Se mantiene la tendencia de concentrar la AOD autonómica en salud básicamente en 2 continentes, con más del 88% de toda la AOD, 5 puntos menos que en 2011. En 2012 África, con el 47,03%, es el continente que más ayuda en salud recibe de la cooperación autonómica, pero disminuyendo en 2 puntos las cifras de 2011. América Latina le sigue con un 41,20%, prácticamente igual que en el año anterior. El resto de las áreas geográficas casi no tiene presupuesto, salvo Oriente Medio que alcanza un 4,26%. Esta concentración de la ayuda nos parece lógica, aunque deberíamos poder asegurar que la AOD sanitaria desembolsada en el continente americano se destine a las bolsas de pobreza e inequidad que allí existen. Puede extrañar el aumento de la ayuda a países no especificados, que alcanza el 5,70%, cuando no existe financiación a organismos multilaterales. Hay algunas acciones en América Latina que son debidas a proyectos que se desarrollan en varios países a la vez, y también podemos encontrar alguna acción hacia el pueblo saharauí. Pero el grueso de las acciones no especificadas se basan en acciones desarrolladas en el norte: permisos laborales para trabajar en el Sur, donaciones de material a diversos países, un portal de internet de encuentro de la cooperación sanitaria valenciana, la atención de inmigrantes, apoyo a la cátedra de UNESCO e investigación médica.

África subsahariana sigue siendo la región mundial que más ayuda autonómica recibe en salud, 8.027.674,85 € euros, a pesar de bajar en 3,5 puntos su peso hasta situarse en el 41,87% del total. En cifras absolutas baja 300.000 euros, frenando la caída que se produjo el año anterior de casi 10.500.000 euros. América Central y Caribe sigue siendo la segunda región que más fondos recibe, 4.169.704 euros, instalándose en el 21,75%. La tercera región sería América del Sur, 3.728.770 millones de euros, con un 19,45%, 710.000 euros más que en 2011. El norte de África recibe el 5,6%, algo más de un millón de euros el 5,6%, lo que supone 1,6 puntos más que en 2011.

Este reparto nos parece correcto en líneas generales ya que consideramos acertado que la cooperación en salud autonómica mantenga cierto equilibrio entre África y América Latina. tercer puesto con un 18,78%, y el norte de África apenas alcanza el 4%.

Cruzando los sectores de trabajo y áreas geográficas, podemos observar que la salud básica es el sector más financiado en todas las regiones importantes. En Asia del Sur y Oriente Medio solamente se trabaja la salud reproductiva, y son, junto a América Latina no especificada, las únicas regiones donde la salud básica no es la primera opción. La apuesta prioritaria por la salud básica es uniforme en todas las regiones del mundo, y sobre todo en África del Norte y América del Sur, con un 74% y un 63% respectivamente. La salud general es el segundo sector en América Central y África subsahariana, mientras que en América del Sur es la salud reproductiva.

GRÁFICA 4.5. DISTRIBUCIÓN REGIONAL DE LA AOD EN SALUD DE LAS CCAA 2011/2012 (%)



Fuente: elaboración propia a partir de los datos del seguimiento de los PACI 2011-2012

TABLA 4.8. DISTRIBUCIÓN DE LA AOD EN SALUD DE LAS CCAA POR SECTORES 2012. AOD DESEMBOLSADA

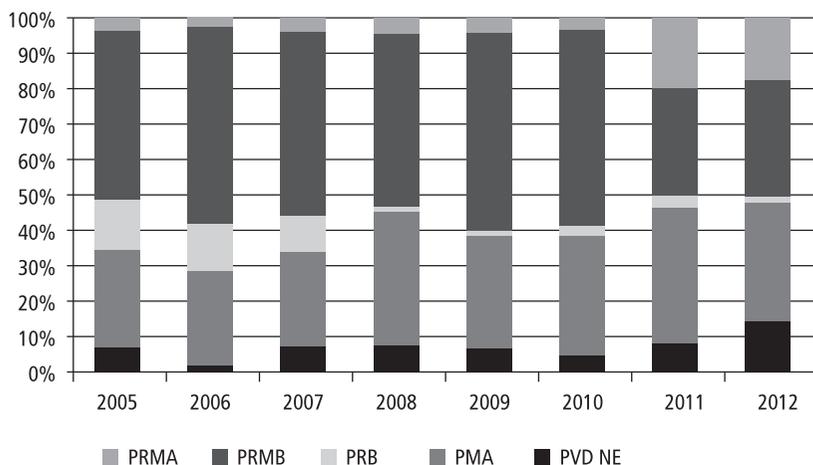
AREAS GEOGRÁFICAS	SALUD GENERAL		SALUD BÁSICA		SALUD SEXUAL Y REP.		TOTAL SALUD	
	€	%	€	%	€	%	€	%
AFR No Esp.								
AFR NOR	124.503,07	12,59	739.969,98	74,81	124.641,00	12,60	989.114,05	5,16
AFR SUB	1.914.963,93	23,85	4.581.983,63	57,08	1.530.727,29	19,07	8.027.674,85	41,87
AME CEN	1.398.702,15	33,54	1.923.315,94	46,13	847.686,13	20,33	4.169.704,22	21,75
AME LAT No Esp.	161.367,69	100,00		0,00		0,00	161.367,69	0,84
AME SUR	577.886,78	15,50	2.360.982,10	63,31	790.590,80	21,20	3.729.459,67	19,45
ASIA SUR		0,00		0,00	123.460,65	100,00	123.460,65	0,64
ASIA ORIENTAL		0,00	172.274,00	100,00		0,00	172.274,00	0,90
ASIA No Esp.		0,00	6.011,00	100,00		0,00	6.011,00	0,03
EUROPA		0,00	52.067,00	100,00		0,00	52.067,00	0,27
ORIENTE MEDIO		0,00	383.433,40	46,97	432.831,67	53,03	816.265,07	4,26
PVD No Esp.	233.073,97	25,19	692.215,35	74,81		0,00	925.289,32	4,83
TOTAL	4.410.497,58	23,00	10.912.252,40	56,92	3.849.937,54	20,08	19.172.687,52	100,00

Fuente: elaboración propia a partir de los datos del seguimiento del PACI 2012

En cuanto a la distribución de la AOD autónoma en salud en función del nivel de renta de los países receptores, en 2012 se equilibra la apuesta por los países de renta media baja (PRMB) y los Países Menos Avanzados (PMA) con un 33,57% y un 34,25% respectivamente. Aunque seguir priorizando los PMA nos parece positivo pues son quienes mayores problemas de salud sufren, creemos que existe un pequeño retroceso en la orientación geográfica. Después de la decidida apuesta por los PMA en 2011, parece que se quisiera volver a la tendencia histórica de financiar los países de renta media baja, ya que bajan 5 puntos los PMA y los PRMB suben 3 puntos.

Los países de renta media alta son el tercer nivel más financiado por la AOD sanitaria, con un 18,43%, bajando 1,5 puntos porcentuales. Además aumenta el peso de los países no especificados hasta el 12,74%. Es necesario que la apuesta por los PMA y las rentas bajas, a las que debemos sumar las bolsas de pobreza de las rentas medias bajas, deberían seguir no solo manteniéndose, sino que debería aumentar su peso en la AOD sanitaria autónoma, ya los países de rentas medias altas tienen más posibilidad de incorporar mecanismos de corrección de sus desigualdades.

GRÁFICO 4.6. ASIGNACIÓN DE LA AYUDA EN FUNCIÓN DE LA RENTA



Fuente: elaboración propia a partir de los datos del seguimiento de los PACI 2005-2012

Las cifras autonómicas en salud nos muestran un retroceso en el apoyo a los PMA. En un contexto de redistribución geográfica de la AOD en salud, su monto total vuelve a disminuir en 2012 cerca de 650.000 euros. A este dato debemos añadir el hecho de que 6 CCAA no han destinado fondos a salud a los PMA. Por otro lado, entre las CCAA que destinan parte de su presupuesto sanitario a PMA, seguimos observando una gran variabilidad, pero todas salvo Asturias superan con creces el 20%, el mínimo exigido que se debe orientar hacia esos países. De hecho, si abstraemos el sector sanitario del conjunto de la AOD autonómica, observamos que el esfuerzo hacia los PMA es 15 puntos superior. Estas cifras nos parecen en su conjunto adecuadas, pero las CCAA que no destinan presupuesto hacia estos países deberían revisar sus estrategias e incorporarlas como una prioridad geográfica.

TABLA 4.9. AOD EN SALUD DIRIGIDA A PMA POR LAS CCAA. 2012. AOD DESEMBOLSADA

CCAA	AOD total 2012	AOD a PMA 2012	% AOD a PMA	AOD salud 2012	AOD salud a PMA 2012	% AOD salud a PMA
Andalucía	31.110.744	6.104.717	19,62	2.833.861	867.690	30,62
Aragón	1.336.269	252.819	18,92	79.443		
Asturias	6.130.014	1.537.349	25,08	730.988	129.990	17,78
Baleares	2.812.355	586.897	20,87	189.301	128.941	68,11
Cantabria	248.130	19.000	7,66			
Canarias	1.770.931		0,00			
Cataluña	18.858.634	1.833.914	9,72	3.206.884	881.300	27,48
País Vasco	54.420.655	12.272.097	22,55	3.480.721	1.161.824	33,38
Castilla-La Mancha	638.890	173.882	27,22			
Castilla y León	5.814.366	1.253.534	21,56	1.093.158	303.665	27,78
Extremadura	3.085.422	819.182	26,55	786.334	229.014	29,12
Galicia	6.537.978	660.484	10,10	883.266	291.791	33,04
La Rioja	553.012		0,00	126.750		
Madrid	14.665.305	2.878.874	19,63	1.589.804	498.305	31,34
Murcia						
Navarra	13.381.672	2.771.214	20,71	3.013.236	1.548.031	51,37
C. Valenciana	5.193.683	893.018	17,19	1.150.841	526.000	45,71
Ceuta	8.100		0,00	8.100		
TOTAL	166.566.159	32.056.980	19,25	19.172.688	6.566.551	34,25

Fuente: elaboración propia a partir de los datos del seguimiento del PACI 2012

En cuanto al número de países receptores de ayuda sanitaria, prácticamente se mantiene en las cifras de 2011: 42 países reciben ayuda sanitaria de las comunidades autónomas, uno menos que en el año anterior.

De los diez países que más recursos reciben, 9 están incluidos entre los países prioritarios del grupo A del Plan Director de la cooperación española, y la R.D. del Congo, el otro país que estaría entre los diez que más fondos reciben, está incluido en el grupo B de países de atención focalizada. Se mantiene la tendencia de varios años, que nos indica que la cooperación autonómica en salud se coordina adecuadamente con las prioridades geográficas de la cooperación española. Estos diez países suponen un 60% de toda la AOD sanitaria autonómica, lo que supone una concentración importante de la AOD sanitaria, pues para los 32 restantes se destina el 40%.

En 2012, los primeros 7 países en cuanto a asignación de recursos reciben presupuestos que superan el millón de euros. El país que más AOD en salud autonómica recibe es Mozambique, con 1.306.431, seguido de R. Dominicana y Mali. En esta lista aparecen 4 países de África subsahariana, la región mundial con mayores problemas de salud. De la lista de 2011 repiten 9 países, y supone una continuidad en el trabajo realizado en estos países. Si esta realidad estuviera enmarcada en una estrategia a medio plazo que asegurara la continuidad que se da en realidad en este sector, se mejoraría la predictibilidad de la ayuda y por lo tanto las sinergias con las instituciones locales, aumentando el impacto final del trabajo realizado.

TABLA 4.10. 10 PAÍSES MAYORES RECEPTORES POR VOLUMEN DE AOD AUTONÓMICA EN SALUD. 2012

PAÍSES DESTACADOS	AOD SALUD 2012
Mozambique	1.306.431
Rep. Dominicana	1.286.501
Mali	1.201.449
Bolivia	1.195.764
Perú	1.167.944
Guatemala	1.129.945
R.D. Congo	1.067.891
Población Saharaui	797.503
Nicaragua	766.783
Territorios Palestinos	740.452
Mauritania	713.232

Fuente: elaboración propia a partir de los datos del seguimiento del PACI 2012

También mejora la orientación geográfica según las categorías de países del Plan Director. El conjunto de la AOD autonómica en salud destina un 86% a los países prioritarios de los grupos A y B, prioritariamente al A (75,32%). Con estas cifras se alcanza el compromiso por parte de la cooperación sanitaria de destinar a los países A y B para 2015 el 85% de la ayuda asignable geográficamente. Por lo tanto, la cooperación autonómica en salud está bien orientada hacia las prioridades geográficas del Plan Director, asumiendo en gran medida la concentración geográfica que ha propuesto la cooperación estatal.

TABLA 4.11. DISTRIBUCIÓN DE AOD FINANCIADA POR CCAA SEGÚN CATEGORÍAS DE PAÍSES RECEPTORES DEL PLAN DIRECTOR. 2012

PRIORIDADES III PD	AOD SALUD 2012	%
Grupo A	12.601.567	75,32
Grupo B	1.775.832	10,61
Grupo C	294.181	1,76
No prioritario	2.058.712	12,31
TOTAL especificado	16.730.291	100
No especificado	2.442.396	

Fuente: elaboración propia a partir de los datos del seguimiento del PACI 2012

5. LAS ENTIDADES LOCALES

El análisis de las entidades locales (EELL) entraña gran dificultad debido a la gran variedad de instituciones que se engloban en esa definición, con dimensiones y capacidades muy diferentes, como diputaciones, ayuntamientos, mancomunidades, etc.,. Lo primero que debemos apuntar es que las EELL han jugado un papel muy importante en la cooperación en general y en la del sector salud en particular, poniendo en valor el hecho de ser las instituciones más cercanas a la sociedad, tanto del Norte como del Sur, y por consiguiente más abiertas y más participativas. Como ya hemos comentado, trabajan en pequeños nichos de pobreza, que suelen quedar fuera de las grandes estrategias internacionales.

Pero ahora se enfrentan al mayor reto desde que la cooperación de las entidades locales se puso en marcha. El Proyecto de Ley de Racionalización y Sostenibilidad de la Administración Local, aprobada en Consejo de Ministros en el mes de julio, limita de forma desproporcionada la capacidad de las EELL para hacer cooperación. Como apuntábamos al inicio de este capítulo, si prospera la Ley tal y como se aprobó en

Consejo de Ministros, las EELL sólo podrán hacer cooperación si concurren los siguientes requisitos: (i) No se pone en riesgo la sostenibilidad financiera del conjunto de la Hacienda Local, (ii) No se incurre en un supuesto de ejecución simultánea del mismo servicio público con otra Administración Pública, (iii) Se garantiza la sostenibilidad financiera de las nuevas competencias. En la práctica, actualmente difícilmente podrá darse la concurrencia de estos 3 requisitos en un ayuntamiento. Esta decisión, que puede dejar fuera incluso las actividades de sensibilización, puede interpretarse como que las instituciones locales no tienen ninguna responsabilidad global sobre la situación de inequidad mundial, aspecto que es muy discutible, y más en estos tiempos. Además de por su cercanía, las EELL son actores que deben participar en la cooperación por su valor añadido en el conocimiento de las soluciones de los problemas diarios de los ciudadanos. Muchos ayuntamientos, asumiendo este papel dinamizador, firmaron los pactos contra la pobreza. Estos pactos pretenden que la cooperación se mantenga en el tiempo, aspecto que no podrá ser si es definida como una actividad impropia. Y en un entorno de constricción de la ayuda estatal, donde sus compromisos de alcanzar el 0,7% no solo no se han cumplido, sino que están retrocediendo, no parece muy adecuado eliminar a un actor que ha demostrado su valía durante estos años, porque entonces la exigencia al estado debería ser mayor.

Parece que algunas EELL ya se están adelantando a la aplicación de esta reforma y están eliminando la cooperación de sus partidas, o las deja en cifras simbólicas. En su conjunto, las EELL han dedicado en 2012 a cooperación 41.011.089 euros, 54.280.445 menos que en 2011, un recorte del 57% que no se había dado en ninguno de los años que llevamos analizando la cooperación local. Si nos centramos en salud, del total del presupuesto gestionado por las EELL únicamente han destinado a cooperación sanitaria 3.829.169, lo que supone un descenso del 51% respecto a 2011. 91 han sido las entidades que han destinado fondos a salud, 19 menos que en 2012 y 55 menos que en 2010, lo que sin duda es significativo.

Un elemento singular e interesante es el papel que están jugando, y pueden seguir jugando, los distintos fondos de cooperación para el desarrollo, constituidos por la unión de distintas EELL, que han aportado 7.281.143 euros, un 17,7% del total de los fondos gestionados por las EELL.

Si analizamos la AOD en salud de las entidades locales por la comunidad a la que pertenecen, observamos que es la comunidad andaluza la que más fondos ha destinado a cooperación sanitaria, 874.581 euros. A continuación aparecen las EELL de Asturias, con 553.833 euros, Catalunya con 522.180 euros y País Vasco con 423.761 euros, muy lejos del 1.709.236 euros que destinaron en 2011. Entre las EELL que no han destinado ni un euro a salud están Baleares y Galicia.

Al igual que en años anteriores, Cataluña es la comunidad con el mayor número de entidades locales que destinan recursos a salud: 17, seguida de Andalucía con 11 y País Vasco con 9. Destacamos el descenso en implicación de EELL de Castilla y León con la salud, bajando de 13 en 2011 a 7 en 2012, prácticamente la mitad.

TABLA 4.12. AOD BILATERAL SALUD DE ENTIDADES LOCALES POR COMUNIDAD AUTÓNOMA DE PERTENENCIA

EELL / CCAA	AOD Total 2012	AOD SALUD 2012	Nº EELL
EELL Andalucía	5.413.347 €	874.581 €	11
EELL Aragón	1.601.061 €	272.591 €	5
EELL Asturias	2.291.166 €	553.833 €	3
EELL Baleares	144.411 €		0
EELL Canarias	518.322 €	49.157 €	2
EELL Cantabria	190.988 €	34.885 €	2
EELL Cataluña	8.018.208 €	522.180 €	17
EELL País Vasco	7.364.893 €	423.761 €	9
EELL Castilla - La Mancha	825.554 €	184.227 €	5
EELL Castilla y León	1.441.742 €	102.309 €	7
EELL Extremadura	813.174 €	95.501 €	4
EELL Galicia	171.897 €		0
EELL La Rioja	238.071 €	53.916 €	1
EELL Madrid	2.609.854 €	397.293 €	7
EELL Murcia	158.728 €	17.817 €	3
EELL Navarra	1.395.258 €	201.992 €	7
EELL C. Valenciana	533.271 €	45.128 €	8
Fondos de Cooperación	7.281.143		
TOTAL	41.011.088,53 €	3.829.169 €	91

Fuente: elaboración propia a partir de los datos del seguimiento del PACI 2012

Las 10 EELL que más fondos han destinado a salud suponen en su conjunto el 55% de la AOD sanitaria, cinco puntos más que en 2011, lo que nos indica un ligero descenso en la dispersión de la ayuda local, dispersión que es más entendible en estas entidades que trabajan con pequeños proyectos de cooperación que suelen estar fuera de las grandes estrategias de cooperación.

En cuanto al análisis individual sobre qué EELL han dedicado un mayor presupuesto a la AOD en salud, el ayuntamiento de Gijón aparece en primer lugar con 389.500 euros, seguido del ayuntamiento de Málaga con 258.345 euros. A continuación aparece el ayuntamiento de Barcelona con 243.410 euros, muy lejos del millón de euros que destinó en 2011.

TABLA 4.13. EELL CON MAYOR AOD EN SALUD 2012, EN EUROS

EELL con mayor AOD	AOD SALUD 2012
Ayto. Gijón	389.500 €
Ayto. Málaga	258.345 €
Ayto. Barcelona	243.410 €
Ayto. Alcobendas	239.783 €
Dip. Sevilla	221.314 €
Dip. Zaragoza	177.454 €
Dip. Jaén	137.476 €
Ayto. Bilbao	124.269 €
Ayto. Oviedo	116.975 €
Ayto. Pamplona	104.500 €
Dip. Foral Gipuzkoa	100.000 €

Fuente: elaboración propia a partir de los datos del seguimiento del PACI 2012

En su conjunto, las entidades locales han realizado 315 acciones de cooperación sanitaria, 86 menos que en 2011, a lo que debemos sumar que hay 45 acciones en las que no se ha desembolsado el dinero comprometido en 2012. Se mantiene su gran variabilidad en cuanto a los montos desembolsados, que van desde 50 euros a algo más de 100.000 euros. Pero también disminuyen las cuantías máximas para proyectos. En 2011 se financió un proyecto por 146.000 euros, mientras que en 2012 la financiación máxima alcanzó los 101.000 euros.

Respecto a la orientación geográfica, el 72,5% de los fondos se destinaron a los países incluidos en los grupos A y B del III Plan director, 2,5 puntos menos que en 2011 y lejos del objetivo previsto para 2012 de destinar el 85% del conjunto de la AOD.

Pero como ya hemos comentado no podemos afirmar que esté mal orientada, ya que esta cooperación destina sus recursos a pequeñas acciones de cooperación en lugares que se suelen quedar fuera de las prioridades globales.

TABLA 4.14. DISTRIBUCIÓN DE AOD FINANCIADA POR EELL SEGÚN CATEGORÍAS DE PAÍSES RECEPTORES DEL PLAN DIRECTOR. 2012

Prioridades III Plan Director	AOD SALUD 2012	%
Grupo A	2.590.756 €	68,01%
Grupo B	170.478 €	4,48%
Grupo C	81.255 €	2,13%
No prioritario	966.913 €	25,38%
TOTAL Especificada	3.809.402 €	100%
No Especificado	19.767 €	

Fuente: elaboración propia a partir de los datos del seguimiento del PACI 2012

En cuanto a la orientación geográfica por el nivel de renta de los países receptores, los países de renta media baja continúan siendo quienes reciben más dinero de la cooperación local sanitaria, incluso aumentan medio punto porcentual con respecto a 2011, alcanzando un 48,36%. Les siguen los PMA con un 37,14%, y en tercer lugar los países de renta media alta con un 12,2%. En las circunstancias de reducción de la AOD local, y al igual que sugeríamos a la cooperación autonómica, sería necesario que se reorientara geográficamente la ayuda de las EELL hacia los países más necesitados, y asegurar que en los demás países se trabaja en las bolsas de pobreza e inequidad que existen.

TABLA 4.15. DISTRIBUCIÓN SEGÚN NIVEL DE RENTA

Clasificación según nivel de renta		Cantidades en €	%
No especificado (NE)		19.767 €	0,52
Países menos adelantados (PMA)		1.421.986 €	37,14
Países renta baja (PRB)		68.607 €	1,79
Países renta media (PRM)	PRMB – media baja	1.851.605 €	48,36
	PRMA – media alta	467.205 €	12,20
Totales		3.829.169 €	100

Fuente: elaboración propia a partir de los datos del seguimiento del PACI 2012

En la distribución regional, África subsahariana es la región que recibe el mayor monto de ayuda, un 39,40%, seguida de América del Norte y Central con un 26,7% y América del Sur con un 13,98%. En 2012 es el conjunto del continente africano quien recibe el 50% de la AOD en salud, mientras que el continente americano supera el 40%, intercambiando los papeles de 2011. Por lo tanto en 2012 está mejor orientada si consideramos la mayor vulnerabilidad del continente africano en los problemas de salud.

TABLA 4.16. DISTRIBUCIÓN REGIONAL DE LA AOD BILATERAL NETA EN SALUD DE LAS EELL. 2012

AREAS GEOGRÁFICAS	AOD Salud 2012	%
AFR No Esp.	5.000 €	0,13
AFR NOR	354.846 €	9,27
AFR SUB	1.508.814 €	39,40
AME CEN	1.022.331 €	26,70
AME SUR	535.249 €	13,98
ASIA SUR	187.833 €	4,91
ASIA ORIENTAL	14.703 €	0,38
ORIENTE MEDIO	185.626 €	4,85
PVD No Esp.	14.767 €	0,39
TOTAL	3.829.169 €	100,00

Fuente: elaboración propia a partir de los datos del seguimiento del PACI 2012

En cuanto a la composición sectorial y subsectorial de la ayuda local, la salud básica disminuye su peso hasta el 55%, con un descenso de 10 puntos con respecto a 2011. Es la salud reproductiva quien aumenta su peso en 9 puntos, alcanzando un 27%, mientras que la salud general se queda en un 18%. Estas cifras son algo mejores que las del año anterior, dado que esta distribución es más homogénea entre los tres sectores.

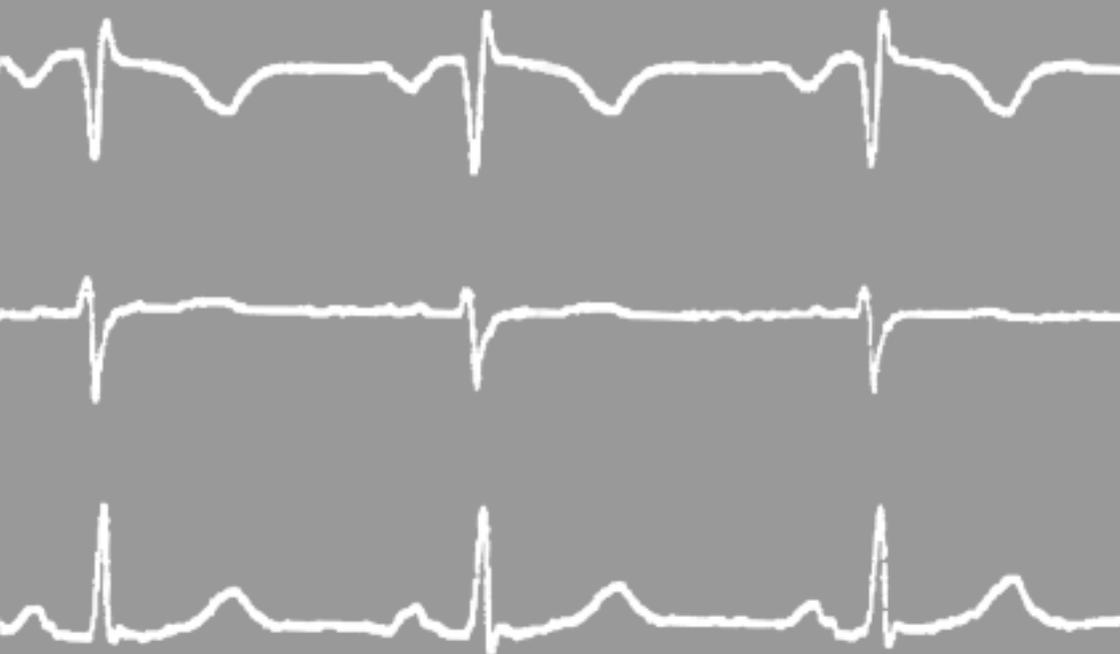
En cuanto a los subsectores, observamos que hay 5 subsectores prioritarios, al igual que en la cooperación autonómica. Pero aquí la atención reproductiva es el sector más financiado con 19,89% del total. Le sigue de cerca la nutrición básica con un 19,81%, los servicios médicos con 16,47%, las infraestructuras básicas con un 14,9% y la atención básica con un 14,45%. El conjunto de estos 5 subsectores suponen el 84% del total de la AOD en salud local. Como ya dijimos en la cooperación autonómica, los ejes que deben centrar los esfuerzos de la cooperación sanitaria se deben basar en Atención Primaria de Salud y el fortalecimiento de los sistemas de salud, y en ese sentido hay otros subsectores más adecuados que los servicios médicos, para priorizar dentro de la cooperación local.

TABLA 4.17. COMPOSICIÓN SUBSECTORIAL DE LA AOD TOTAL EN SALUD DE EELL.2012

CAD/CRS		AOD 2012	%
121	Salud general	687.442 €	17,95
12110	Política sanitaria y gestión administrativa	47.779 €	1,25
12181	Enseñanza / formación médicas	8.854 €	0,23
12182	Investigación médica		0,00
12191	Servicios médicos	630.808 €	16,47
122	salud básica	2.106.815 €	55,02
12220	Atención sanitaria básica	553.313 €	14,45
12230	Infraestructura sanitaria básica	570.715 €	14,90
12240	Nutrición básica	758.688 €	19,81
12250	Control enfermedades infecciosas	81.363 €	2,12
12261	Educación sanitaria	122.125 €	3,19
12262	Control de la malaria		0,00
12263	Control de la tuberculosis		0,00
12281	Formación personal sanitario	20.611 €	0,54
130	Progr/Pol. Pobl.y Salud reproductiva	1.034.912 €	27,03
13010	Política sobre población y gestión administrativa	6.000 €	0,16
13020	Atención salud reproductiva	761.762 €	19,89
13030	Planificación familiar	151.132 €	3,95
13040	Lucha contra ETS, incluido sida	80.256 €	2,10
13081	Formación personal para población y salud reproductiva	35.762 €	0,93
TOTAL		3.829.169 €	100

Fuente: elaboración propia a partir de los datos del seguimiento del PACI 2012

La cooperación descentralizada está pasando por momentos complejos. No solamente por la reducción de presupuestos, sino porque no se está poniendo en valor su trabajo en cooperación, incluso su obligación de luchar por un mundo más justo y equitativo. Esto motiva una permanente confusión sobre el papel que debe jugar en el futuro. Es necesario que la apuesta por la cooperación no se base en la buena voluntad de las personas que lideran las instituciones, sino que estas instituciones deben participar en los procesos de cooperación por una implicación en la defensa de los derechos universales de todas las personas, entre ellos el derecho a la salud. En este sentido, en 2012 hemos podido comprobar que la voluntad política ha impulsado o frenado la cooperación sanitaria, y es necesario que esta voluntad política vuelva a confiar en la cooperación como instrumento corrector de las desigualdades mundiales en sectores tan básicos como la salud.



CAPÍTULO V. ACCIÓN HUMANITARIA

1. INTRODUCCIÓN

Con este capítulo pretendemos dar a conocer las necesidades humanitarias mundiales más importantes acaecidas durante el año 2012, así como hacer una valoración crítica de la respuesta dada por los diferentes actores involucrados, con especial atención al comportamiento de la Cooperación Española en esta materia.

2012 fue un año en el que las catástrofes naturales, como sequías, hambrunas, inundaciones, etc., y los conflictos armados afectaron a regiones muy dispares del planeta. Se observa un incremento mantenido a lo largo de los últimos años, que afecta de forma reiterada a las regiones del planeta más empobrecidas, con gran densidad de población y con escasa capacidad de respuesta.

Las organizaciones humanitarias hemos sido testigos de algunas de las 310 catástrofes naturales que se produjeron en 2012, según datos recogidos por el Centro de Investigación sobre la Epidemiología de las Catástrofes (EM-DAT)¹ y la Oficina de las Naciones Unidas para la Reducción de Catástrofes (UNISDR)². EL 40% de estas catástrofes causaron inundaciones, 77 fueron tormentas tropicales, 26 terremotos y 19 regiones fueron afectadas por sequías. Los registros epidemiológicos llevadas a cabo por estas agencias, cifran en cerca de 10.000 las víctimas mortales y más de 106 millones las personas damnificadas en todo el mundo. Los desastres naturales con mayor impacto en la población han sido las inundaciones, con 62 millones de personas afectadas.

Asia continua siendo el continente más afectado por catástrofes naturales, tanto por el número de las mismas, 42% de todas las registradas, como por el número de víctimas mortales y personas damnificadas, el 64% del total. Si bien la mayor cantidad de población afectada se localizó en China e India, como consecuencia de las

1. Centro de Investigación sobre la Epidemiología de las Catástrofes (CRED)

2. Oficina de las Naciones Unidas para la Reducción de Catástrofes

inundaciones sufridas por las monzones y tormentas tropicales, fue, sin embargo, el Tifón Bopha el más mortífero, causando a su paso por Filipinas más de 1.000 víctimas mortales y unos 6,2 millones de personas afectadas, en su mayoría en la arrasada isla de Mindanao. Otro de los países que se vio desbordado por las inundaciones es Pakistán, donde las inundaciones causaron grandes daños y pérdidas a cerca de 5 millones de personas.

El continente americano padeció el 21% de las catástrofes mundiales, destacando por sus efectos devastadores el huracán Sandy, que afectó a las islas del Caribe y a la costa Este Americana, causando 291 víctimas mortales y pérdidas por valor de 50.000 millones de dólares. Por segunda vez en una década se evidencia la falta de previsión, ante catástrofes naturales, de la mayor potencia del mundo. Otro de los países que de manera reiterada se ve golpeado por los fenómenos naturales es Perú, registrando en pasado año 288 víctimas mortales como consecuencia de los mismos.

África soportó el 19% de las catástrofes, destacando la pertinaz sequía que un año más afectó a la franja del Sahel. Si bien la agudización de la hambruna, con incremento en la desnutrición aguda, remitió en la región del Cuerno de África, persisten aun altos niveles de desnutrición crónica en más de la mitad de la población. Similar proporción afectó a la región del Sahel Occidental donde 18,7 millones de personas sufrieron las consecuencias de una mortífera crisis alimentaria. A la destrucción causada por la naturaleza, debemos añadir las vandálicas consecuencias causadas por el aumento de los precios de alimentos y de energía, lo que ha contribuido sin duda a multiplicar el efecto de la destrucción causada por la naturaleza en estas regiones. Además, de esta forma, se ve dificultada la recuperación de estos países, atrapados en una espiral de desastres recurrentes que limitan, en gran medida, su capacidad de desarrollo.

Tanto las inundaciones como las sequías fueron las catástrofes que más impacto tuvieron, por los grandes desplazamientos de población que causaron. Especialmente en India, China y Pakistán, donde pusieron en riesgo de supervivencia a millones de personas que habitan las zonas más empobrecidas. Además, las pérdidas económicas globales como consecuencia de las catástrofes ascendieron a 138.000 millones de dólares.

Más allá de los desastres causados por la naturaleza, año tras año múltiples conflictos armados³ y situaciones de violencia siguen ocasionando graves crisis humanitarias. La mayoría son conflictos crónicos, que lejos de resolverse sufren reagudizaciones periódicas con especial incidencia en algunas regiones del mundo como África Subsahariana. En esta región del mundo persisten conflictos en Somalia, Sudán (Darfur) y Sur Sudán, así como en la República Centroafricana y la República Demo-

3. OCHA. Informe anual 2012

crática del Congo. En estos países la extrema violencia continúa provocando desplazamientos de grandes masas de población. Junto a estos, otros conflictos de menor intensidad, pero que se alargan sin resolver en el tiempo, persisten en Yemen donde la violencia junto a la pobreza hace que 13 millones de personas hayan necesitado asistencia humanitaria durante 2012. Situación esta que se repite en Costa de Marfil y Chad. Próximo a este último país, en el Sahel Occidental, una de las regiones más pobres del planeta, ha estallado durante 2012 un sangriento conflicto en Mali, que casi ocasionó la división del país, esparciéndose a los países vecinos limítrofes.

También en el continente asiático persiste activo el conflicto en Afganistán y zona fronteriza con Pakistán, donde el número de desplazados se incremento notablemente durante 2012. Además se mantiene la inestabilidad en el archipiélago filipino y en Myanmar, donde la violencia interétnica junto a las inundaciones obligó a desplazarse a cerca de 800.000 personas. En este caso la situación se ve agravada por la limitación impuesta a las organizaciones humanitarias para el acceso a la zona, con lo que se mantienen sin cubrir las necesidades básicas de la población.

En Oriente Medio el histórico conflicto Palestino Israelí sigue reagudizándose periódicamente, mientras persiste sin resolverse el grave problema de refugiados en los países vecinos. Durante 2012 ha continuado la inestabilidad en Líbano y en Irak, a lo que se ha sumado la inestabilidad resultante de la Primavera Árabe. El máximo exponente de este fenómeno está siendo la confrontación civil en Siria, con una extrema violencia a lo largo y ancho de todo el país. En diciembre de 2012 se estimaba en 4 millones el número de personas que necesitaban urgentemente ayuda humanitaria, y esta cifra se ha incrementado en gran medida durante 2013.

No podemos olvidar el conflicto permanente en Colombia, que enfrenta a las FARC con las fuerzas gubernamentales y que permanece activo a pesar del inicio de esperanzadoras negociaciones de paz. Como tampoco se puede dejar de hacer mención a uno de los más olvidados conflictos, el que afecta al Sahara Occidental en el que los refugiados saharauis siguen sobreviviendo en extremas condiciones gracias a la cada vez más exigua ayuda internacional.

Toda esta violencia es la causante del éxodo de sus tierras, sus casas, poblaciones y ciudades de millones de personas en todo el mundo. Según los datos proporcionados por ACNUR, a finales de 2012 se contabilizaban 35.844.580 personas entre refugiadas y población desplazada. Se estima que puede haber entorno a 5 millones más de personas en esta situación sin registrar. En 2012 hemos asistido a un éxodo masivo de habitantes de Siria, en torno a medio millón abandonó el país dirigiéndose hacia los países de la región. Estas personas son las que se encuentran en una situación de máxima vulnerabilidad ya que lejos de su hábitat precisan la ayuda internacional para sobrevivir.

2. LA AYUDA HUMANITARIA INTERNACIONAL

A pesar de que las necesidades humanitarias siguen siendo elevadas, la respuesta internacional a las crisis en 2012 ha retrocedido en torno al 8% con respecto a 2011, disminuyendo hasta los 17.600 millones de dólares.

La ayuda gubernamental destinada a Acción Humanitaria, cifrada en 12.700 millones de dólares, supuso una disminución del 6,6% respecto a 2011. No obstante, sigue siendo con diferencia la partida más importante y se mantiene como años precedentes en torno a $\frac{3}{4}$ partes del total. Por otra parte las contribuciones privadas, que también retrocedieron, alcanzaron la cifra de 4.900 millones de \$, manteniéndose en torno al 28% del total de la ayuda internacional.

**TABLA 5.1 FONDOS DE AYUDA HUMANITARIA INTERNACIONAL
EN MILES DE MILLONES DE \$ USA**

Ayuda humanitaria	2009	2010	2011	2012
Total de la ayuda internacional	15,8	19,8	19,1	17,6
Ayuda Gubernamental	12,3	13,6	13,6	12,7
Países OCDE-CAD	11,6	12,8	12,8	11,4
Países no OCDE	0,7	0,8	0,8	1,3
Ayuda donantes privados	3,5	6,2	5,5	4,9

Fuente: Elaboración propia con datos del Creditor Reporting System

La ayuda proveniente de los países miembros de la OCDE-CAD⁴, con 11.400 millones de \$ sufrió una disminución de 1.400 millones respecto a 2011. Sin embargo continuó suponiendo el 90% de la ayuda gubernamental, contribuyendo con el 10% restante países no miembros de la OCDE. Esta cantidad supuso en 2012 un 9% del total de la Ayuda Oficial al Desarrollo del CAD, lo que supone un punto menos del peso de las contribuciones medias en Ayuda Humanitaria del conjunto de países OCDE.

De entre estos países, los mayores contribuyentes continúan siendo la UE, con 3.800 millones de \$, considerando las aportaciones de la Comisión Europea junto a las aportaciones propias de sus miembros. El otro gran donante de fondos para Acción Humanitaria continua siendo EEUU que aportó 3.700 millones de \$ en 2012.

4. Países miembros: Australia, Austria, Bélgica, Canadá, Dinamarca, Finlandia, Francia, Alemania, Grecia, Irlanda, Italia, Japón, Luxemburgo, Holanda, Nueva Zelanda, Noruega, Portugal, España, Corea del Sur, Suecia, Suiza, Reino Unido, Estados Unidos, Unión Europea (Instituciones).

Las aportaciones para ayuda humanitaria internacional de los países no miembros de la OCDE alcanzaron la cifra de 1.300 millones de \$, lo que tan solo supone el 10% del total de la ayuda gubernamental. Un dato a considerar si se tiene en cuenta que entre estos países se encuentra los países árabes, productores de petróleo del Golfo Pérsico, y los países emergentes, entre ellos China, la segunda potencia económica del mundo, pero también Brasil, Rusia, Sudáfrica e India, seguidos del resto de países.

Desagregadas, las aportaciones de los países árabes productores de petróleo (Arabia Saudí; Emiratos Árabes Unidos; Kuwait y Qatar) supusieron casi la mitad de la financiación total de los países no miembros de la OCDE-CAD. La contribución de los países emergentes supuso una cuarta parte del total. Mientras que un solo país, Turquía, contribuyó con el 20% del total durante el año 2012.

Las aportaciones privadas para ayuda humanitaria internacional supusieron algo más de una cuarta parte del total de la ayuda, 4.900 millones de \$, manteniéndose la tendencia de los últimos años.

TABLA 5.2. FONDOS PRIVADOS PARA ACCIÓN HUMANITARIA INTERNACIONAL

Donantes	%
Donaciones de personas	74%
Compañías y corporaciones	8%
Fundaciones	8%
Otros donantes privados	10%

Fuente: Elaboración propia con datos de Delopement Initiatives Research

El origen de la mayoría de estos fondos lo constituyen las pequeñas aportaciones de personas que canalizadas, en su mayoría, a través de ONGs ha supuesto $\frac{3}{4}$ partes de los fondos privados internacionales para ayuda humanitaria. Un 8% corresponde a Fundaciones privadas, entre las que destacan la Fundación Bill y Melinda Gates y la Fundación IKEA. Otro 8% corresponde a corporaciones como el Grupo de Crédito Suizo, ING y Microsoft.

A pesar de que la financiación internacional ha alcanzado la cifra de 17.600 millones de dólares, solo se han cubierto el 63% de las necesidades humanitarias canalizadas a través del sistema de las Naciones Unidas. A través de OCHA⁵ se realizaron durante 2012 un total de 21 llamamientos, incluyendo los consolidados y los de emergencia. Se precisaba un total de 8.800 millones de \$ para cubrir las necesidades humanitarias, llegando a conseguir un total de 5.700 millones de \$. Han quedado sin

5. OCHA: Oficina de Coordinación de Ayuda Humanitaria de Naciones Unidas

cubrir 3.100 millones de \$, lo que supone un 37% de las necesidades humanitarias financiadas a través del sistema de Naciones Unidas. En términos reales supone que en torno a 80 millones de personas con necesidades humanitarias se han quedado sin recibir ayuda.

El destino de la Ayuda Humanitaria Internacional, si bien se concentró de forma prioritaria en los países en desarrollo, que sufrieron crisis durante 2012, mas de la mitad del total de la ayuda internacional se destino a países y regiones afectados por crisis humanitarias cronicadas. Los mayores receptores de Ayuda Humanitaria durante 2012 fueron Pakistán, Somalia, Afganistán, Sudán (Darfur), Sur Sudán, República Democrática del Congo, Etiopia, Siria, Territorios Palestinos Ocupados, Níger, Chad y Yemen. La mayoría de estas regiones se encuentran sumidas desde hace años en crisis humanitarias complejas en las que destaca la situación de conflicto combinado con bajo desarrollo y vulnerabilidad a desastres naturales.

La distribución de la ayuda internacional para Acción Humanitaria (AH) por sectores⁶, mantiene la tendencia de años previos. Se empleó la mitad del total de la ayuda a la asistencia de emergencia y se destinó una cuarta parte de los fondos para ayuda alimentaria. Se sigue manteniendo una exigua aportación a los programas de reducción de riesgo a pesar de existir unanimidad en que las inversiones en este sector reducen notablemente el impacto de las crisis en la población. En aquellas regiones mas vulnerables a situaciones de crisis recurrentes, donde se ha hecho una apuesta por invertir en prevención de desastres, los resultados han sido satisfactorios.

TABLA 5.3 DISTRIBUCIÓN DE FONDOS DE AYUDA INTERNACIONAL POR SECTORES SEGÚN EL SISTEMA CAD

Sector	%
Material y ayuda de emergencia	52%
Ayuda alimentaria	25%
Protección, coordinación y servicios de apoyo	7%
Reconstrucción	13%
Preparación y prevención de desastres	5%

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de OCHA

Un instrumento reciente de financiaron de la Acción Humanitaria es el apoyo presupuestario. Aunque tímidamente el modelo de intercambio de fondos por trabajo o

6. Siguiendo el sistema CAD

vales para adquisición de alimentos o medicinas se viene utilizando desde hace unos pocos años en la financiación de emergencias. Hasta el momento no son muchas las organizaciones humanitarias que utilizan este sistema en intervenciones de AH, aunque manifiestan buenos resultados. Sería bueno seguir la evolución de este sistema de ayuda, en el que las personas que la reciben tienen la capacidad de decidir por ellas mismas como satisfacer sus necesidades humanitarias.

2.1. Canalización de la Ayuda Internacional para Acción Humanitaria

Del global de la Ayuda Humanitaria Internacional, más de la mitad se canalizó a través del sistema de NNUU, aglutinando la mayoría de los fondos cinco agencias: PMA; UNICEF; ACNUR; UNWRUA; WHO. Casi una cuarta parte de los fondos se canalizaron a través de ONGs y el resto a través del Sector Público con Agencias Gubernamentales, Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR) y Federación Internacional de la Cruz Roja y Media Luna Roja (IFRC) y el sector militar y privado. Estas organizaciones y agencias implementaron con los fondos recibidos múltiples programas de Acción Humanitaria con la población afectada en las diversas zonas en crisis.

TABLA 5.4 CANALIZACIÓN DE LA FINANCIACIÓN INTERNACIONAL DE LA AH EN 2012

Agencias y organizaciones	%
Multilateral (Agencias de NNUU; Fondos; Programas; Banco Mundial)	53%
ONGs	24%
Sector público	10%
CICR; IFRC	8%
Otros (sector militar; sector privado)	5%

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del FTS de NNUU, OCHA

Sin embargo, del total de Fondos Globales para AH contabilizados a través del FTS, tan solo 920 millones de dólares fueron asignados por los donantes a Fondos Comunes de NNUU, lo que significa que las Cooperaciones de los Estados siguen decidiendo a que crisis dirigen sus fondos a través de la vía multilateral. De esta forma, el criterio de asignación de la financiación oficial de la AH, en un importante porcentaje, está en función de intereses de política exterior.

TABLA 5.5 CANALIZACIÓN DE LA FINANCIACIÓN INTERNACIONAL A TRAVÉS DEL FTS DE NNUU

Fuente de los fondos	Total en millones de \$	% del total
Fondos comunes	920	7,2%
Otros fondos globales humanitarios	11.854	92,8%
Total	12. 764	100%

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del FTS de NNUU, OCHA

Fondos Comunes de NNUU. Los fondos comunes para AH al que aportan tanto gobiernos como fundaciones o corporaciones privadas se mantuvo en niveles similares al año anterior.

TABLA 5.6 EVOLUCIÓN DE LA ASIGNACIÓN A FONDOS COMUNES GESTIONADOS POR OCHA

Ayuda humanitaria	2008	2009	2010	2011	2012
Total fondos comunes de NNUU	854	731	854	900	920
Fondo Central de Respuesta a Emergencias (CERF)	425	396	416	467	477
Fondos Comunes Humanitarios (CHF)	297	242	266	362	368
Fondos de respuesta de Emergencias (ERF)	132	93	172	71	74

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de OCHA

A pesar de los esfuerzos del sistema de NNUU por convencer a los gobiernos de que canalicen a través de esta vía la financiación de la Ayuda Humanitaria, no se objetiva un claro incremento de la misma.

TABLA 5.7 DISTRIBUCIÓN DE LOS FONDOS COMUNES GESTIONADOS POR OCHA

Fondos Comunes	Total en millones de \$	% del total
CERF	477,342	51,9%
CHF	368.401	40%%
ERF	74.262	8,1%
Total	12. 764	100%

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de OCHA

Uno de los instrumentos principales de la Oficina de Coordinación de AH de Naciones Unidas (UNOCHA), a parte del Comité Permanente Inter-Agencias (IASC), es el sistema de Peticiones Globales, que consiste en realizar Llamamientos Consolidados a la comunidad internacional para obtener fondos y movilizar recursos que permitan asis-

tir a las poblaciones afectadas por las crisis humanitarias. Este mecanismo es empleado en crisis humanitarias complejas. A las Peticiones Globales se añade la posibilidad de que OCHA recomiende el uso del Fondo Central de Respuesta para Emergencias.

El destino por sector de los Fondos Comunes (CERF; CFHF; ERF) durante 2012 sirvió para financiar necesidades humanitarias entre las que destacaron las necesidades de salud; necesidades alimentarias y agua y saneamiento fundamentalmente.

TABLA 5.8 DISTRIBUCIÓN DE LOS FONDOS COMUNES EN SECTORES CLAVE EN 2012

Sector	Millones \$
Salud	235
Alimentos	127
Agua y saneamientos	121

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de OCHA

El resto de sectores financiados fueron: agricultura; multisector de ayuda a refugiados, albergue y cobijo; coordinación y servicios de apoyo y protección fundamentalmente.

El Fondo Central de respuesta a Emergencias incrementó la cantidad de fondos gestionados respecto a 2011. De acuerdo con su funcionamiento destinó las 2/3 partes a crisis agudas con un monto total de 319 millones de \$, mientras que el tercio restante, un total de 158 millones de \$, se destinó a satisfacer necesidades no cubiertas en crisis crónicas infrafinanciadas.

TABLA 5.9 PAÍSES DESTINO DE CERF EN 2012

Sector	Millones de \$
Sur Sudán	40
Pakistán	37
Siria	36
RDC	31
Níger	25
Yemen	23
Sudán (Darfur)	20
Chad	18
Myanmar	17
Filipinas	15

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de CERF

Con los fondos recaudados a través de los Llamamientos de Emergencia (Flash Appeals) se financiaron 546 proyectos de emergencia entre crisis agudas y crónicas en un total de 51 países.

Los Fondos Comunes Humanitarios (CHF), destinados a financiar las necesidades humanitarias de las crisis más complejas, que son planificados con un año de antelación, también se incrementaron respecto al año previo. Los 368 millones de \$ recaudados a través de los llamamientos consolidados, sirvieron para financiar un total de 700 proyectos en cinco países.

TABLA 5.10 PAÍSES DESTINO DE CHF EN 2012

Países	Millones \$
Sur Sudán	108
Somalia	89
RDC	88
Sudán (Darfur)	77
República Centroafricana del Congo	6

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de OCHA

Los Fondos de Respuesta a Emergencias (ERF), que al contrario que los CHF son gestionados directamente a nivel de país, sirvieron para financiar necesidades humanitarias en 16 países.

TABLA 5.11 PAÍSES DESTINO DE ERF EN 2012

Países	Millones \$
Etiopia	38
Siria	10
Yemen	9
TPO	5
Afganistán	3

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de OCHA

A pesar del importante volumen de ayuda humanitaria internacional, se siguen produciendo situaciones de imposibilidad de acceso a las víctimas, bien sea por trabas gubernamentales o por la oposición directa de grupos armados que tienen el control de las zonas afectadas por crisis humanitarias. De esta forma se pone en jaque el Derecho Humanitario Internacional, con la consecuente falta de atención a la pobla-

ción víctima quedando en grave riesgo su supervivencia. Hace falta una clara voluntad política que resuelva estas situaciones y se garantice el acceso a la población en situación de necesidad humanitaria.

LA REFORMA HUMANITARIA EN EL SENO DE NACIONES UNIDAS

La respuesta internacional operativa a las crisis humanitarias, fue ampliamente cuestionada a principios del siglo debido a notables carencias y claros desajustes, lo que propició la elaboración de un plan de reforma en 2005, liderado por destacadas organizaciones humanitarias integradas en el Comité Permanente Inter-agencias (IASC). El objetivo con esta reforma estaba claro: hacer más efectiva la Acción Humanitaria para en última instancia garantizar la supervivencia, evitar el sufrimiento y mejorar las condiciones de vida de los millones de personas afectados por crisis humanitarias en el planeta.

Durante las tres últimas décadas del pasado siglo tuvieron lugar múltiples crisis humanitarias a nivel internacional como consecuencia de grandes catástrofes naturales, como el desastre del Huracán Mitch en Centroamérica, y numerosos conflictos armados, como la crisis de los Grandes Lagos o el conflicto de Bosnia. Llamaba la atención un mayor volumen de personas afectadas en las llamadas mega crisis que a la vez se apreciaban más complejas con mayor proliferación de actores humanitarios, con una mayor competencia por los recursos financieros; el propio papel de las Agencias de NNUU; y la mayor exigencia desde la sociedad por la eficiencia y rendición de cuentas. Si bien la gran respuesta internacional de ayuda en estas crisis fue clave en la ayuda a las poblaciones víctimas, presento fallos notables en la gestión de la misma.

El análisis de los errores cometidos en la gestión de estas crisis destacó como los más importantes a nivel operativo la falta de planificación, previsión y organización, aunque también se puso en duda la falta de capacidad operativa de muchas organizaciones. Otros destacados problemas detectados fueron la lentitud en la disponibilidad y canalización de la financiación y la inadecuación de la ayuda a las necesidades incluso apreciándose importantes diferencias de contribución en función de las crisis, focalización de la ayuda en las crisis agudas y más mediáticas quedando al margen situaciones de emergencia cronicadas que se las califico como "olvidadas". También se puso de relieve la limitada colaboración en el terreno entre las Agencias de NNUU, el movimiento de la Cruz Roja y el sector de las ONG.

El trabajo de estudio y análisis de lecciones aprendidas por parte del Comité Permanente Inter-agencias elaboro unas recomendaciones:

- En relación a la capacidad de respuesta de los agentes humanitarios, propuso poner en marcha planes de formación para reforzar así como desarrollar estándares de referencia e indicadores para medir los resultados.
- En relación a la planificación y organización de la ayuda, el establecimiento de planes de acción sectoriales de cara a una mejor implementación de la ayuda en el terreno.
- Respecto a la coordinación, la creación de la figura del Coordinador Humanitario garantizando el liderazgo de NNUU a través de OCHA, para la implementación organizada de la respuesta internacional de los múltiples agentes humanitarios que intervienen en las emergencias junto a las propias autoridades/gobiernos locales. Coordinación y adecua-

- ción de la respuesta a las necesidades humanitarias de la población en situación de crisis.
- Respecto a la financiación de las crisis, estimular el compromiso de los donantes y la creación de un fondo para la respuesta a las crisis.

Todo ello garantizando que el proceso de la Acción Humanitaria este guiado por los Principios Humanitarios. Estas recomendaciones elaboradas por el IASC supusieron una importante reforma al sistema de coordinación humanitaria internacional, establecido por la Resolución 46/182 de la Asamblea General de NNUU de 1991. De esta resolución se destaca en el artículo 12, el papel central de las NNUU en la tarea de *"proporcionar liderazgo y coordinar los esfuerzos de la comunidad internacional en apoyo de lo países afectados"*. Queda de esta forma fortalecida la coordinación de la asistencia humanitaria de emergencia del sistema de NNUU. En el capítulo IV, artículo 23, se establece la creación de un Fondo renovable Central dependiente de la autorizada del Secretario general como *"mecanismo de liquidez para garantizar la reacción rápida"*. En el artículo 29 del mismo capítulo, se continúa estableciendo los procedimientos para que *"se puedan desembolsar rápidamente fondos de emergencia"*. Junto a este procedimiento, en el artículo 21 del capítulo V se establece que *"a la mayor brevedad y en un plazo máximo de una semana, se hiciera un llamamiento inicial y unificado, preparado en consulta con el Estado afectado, a todas las organizaciones del sistema"* dentro de los llamamientos unificados, lo que se denomina *"flash appeal"*. En relación a la coordinación de la ayuda en el terreno, el artículo 39 establece la creación de la figura del coordinador residente que *"coordinaría la asistencia humanitaria del sistema de las NNUU en el plano de los países"*, quien debería facilitar el estado de preparación del sistema de NNUU y debería *"ayudar a lograr una transición rápida de la etapa de socorro a la de desarrollo"*. En este sentido se establece que el coordinador residente sería *"el presidente de un grupo de operaciones de emergencia que estaría integrado por representantes locales y expertos del sistema"*.

La reforma del sistema de Acción Humanitaria de NNUU, aprobada en 2005, y que se conoce como Agenda de la Reforma Humanitaria, supone un gran avance. Introdujo una serie de nuevos elementos para mejorar la eficacia de la Acción Humanitaria Internacional organizados/asentados en cuatro columnas: La primera de ellas es el liderazgo y coordinación de NNUU en las emergencias a través de la figura de los Coordinadores humanitarios; en segundo lugar la capacidad adecuada para la implementación de la ayuda a través del enfoque sectorial con la creación del sistema de clusters; en tercer lugar una financiación rápida, flexible y ajustada a las necesidades mediante el Fondo de Reserva (CERF); y en cuarto lugar la cooperación entre los actores de la Acción Humanitaria, con el establecimiento de una red de socios (partnership) entre las Agencias Humanitarias de NNUU, el sistema de la Cruz Roja y Media Luna Roja Internacional, las ONG.

Los Coordinadores Humanitarios. Establecidos en el país donde tiene lugar la crisis, son los responsables de liderar la implementación de la ayuda humanitaria en el terreno. Para llevar a cabo esta tarea precisa dirigir la organización intersectorial entre las agencias de NNUU de la ayuda que se ejecuta en el terreno. Esta es una importante tarea con el fin de garantizar la coordinación de los cluster, para que la respuesta humanitaria pueda fluir a través de ellos sin desequilibrios. Esta tarea de coordinación pretende ir mas allá de las Agencias de NNUU, tratando de involucrar a las Agencias Internacionales como el Sistema Internacional de la Cruz y Media Luna Roja, y las ONG.

Bajo su competencia se encuentra la relación con las autoridades locales para armonizar la

ayuda internacional con las decisiones de los Comités Nacionales de Respuesta a las crisis en cada país.

Los Coordinadores Residentes finalmente reportan su actividad al Coordinador Humanitario de OCHA. Para esta exigente tarea cuentan con estructuras de apoyo de OCHA, que apoya a los coordinadores en el mapeo de necesidades humanitarias en las emergencias. Antes del desarrollo de su tarea en el terreno, son capacitados para asegurar un liderazgo eficiente durante las emergencias humanitarias.

El sistema de clusters. El segundo de los nuevos elementos desarrollados por la reforma humanitaria esta basado en el enfoque sectorial de la ayuda, que permite la organización de la misma. El Comité Permanente entre Organismos (IASC) definió que para una respuesta a las emergencias mas organizada, la ayuda se organizara en sectores. Estos serían:

TABLA 5.12. EL SISTEMA DE CLUSTERS

Sector	Agencia líder
Áreas técnicas	
Nutrición	UNICEF
Agua y saneamiento	UNICEF
Salud	OMS
Alberges de emergencia	ACNUR
Educación	UNICEF
Agricultura	FAO
Áreas transversales	
Coordinación de campos	ACNUR/OIM
Protección	ACNUR
Recuperación temprana	PNUD
Áreas de servicios comunes	
Logística	PMA
Telecomunicaciones	OCHA

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de OCHA

Cada sector tiene un punto focal del sistema de NNUU. Estas Agencias líderes son los responsables de la coordinación de la implementación de la ayuda humanitaria específica de su sector en cada crisis. De cada sector dependen subsectores y en todos ellos se desarrollan aspectos transversales clave como son el componente de género, la edad, vih/sida y el medioambiente.

En torno a estos sectores se aglutinan las Organizaciones Humanitarias Internacionales, mayoritariamente las ONG, especializadas sectorialmente ya sea en agua y saneamiento, en nutrición o en salud. De esta forma se establecen grupos de organizaciones conformando el denominado sistema de clusters. Se persigue organizar la división del trabajo entre todas las

organizaciones y definir sus funciones dentro de cada sector. La coordinación intersectorial es competencia del Coordinador Humanitario.

A los puntos focales de cada cluster les compete el establecimiento de los mecanismos apropiados de coordinación, la aplicación de estándares, la evaluación de la respuesta y la transmisión de la información respecto a la misma. En caso de que no sea cubierta las Organizaciones Internacionales y ONGs en el terreno, la agencia líder es la responsable de cubrir las necesidades de la población no cubiertas⁸. El sistema de clusters garantiza la utilización racionalizada sin duplicidades de los recursos que las organizaciones humanitarias internacionales disponen para dar respuesta a la emergencia. En este sentido y junto a las ONG humanitarias, cada vez más ONG locales se coordinan dentro del sistema de clusters. Se han elaborado guías sectoriales que recogen los estándares mínimos de intervención en cada área. Su distribución y formación dirigida a todos los actores que intervienen en la implementación de la AH sirve para garantizar la calidad y la eficacia de la ayuda.

La financiación de la AH a través de los fondos comunes. Otro de los elementos clave de la reforma humanitaria ha sido la creación de un fondo de respuesta específico para las emergencias. Ante la necesidad de disponer de fondos de liberación rápida, que fueran adecuados para las necesidades y que supusiera una referencia clara para los donantes, se creó por parte de la Asamblea General de NNUU el Fondo Central de Respuesta de Emergencia (CERF), con los objetivos de “promover la acción y respuesta temprana para evitar pérdida de vidas”; “mejorar la respuesta a solicitudes en tiempos críticos” y “fortalecer elementos claves de la respuesta humanitaria en crisis con fondos insuficientes”.

El CERF es un fondo de reserva gestionado por NNUU, que se repone anualmente. Dispone de un mecanismo de subvención de 450 millones \$, contribuyendo además partidas gubernamentales y aportaciones privadas. El fondo permite disponer de un financiamiento rápido, flexible y adecuado a las necesidades. El fondo está diseñado para financiar intervenciones humanitarias en nuevas emergencias o reagudización de crisis cronificadas. Para estas respuestas rápidas están asignados dos tercios del fondo. Pero también se contempla dar respuesta a las crisis faltas de financiación, para lo que se establece un componente, equivalente al tercio restante del fondo, para redirigir financiación adicional a las crisis crónicas olvidadas.

El mecanismo para la liberación rápida del fondo se produce tras la solicitud del Coordinador humanitario junto a las Agencias Humanitarias de NNUU. La petición es recibida por la Secretaría del CERF, incluida dentro de OCHA, quien la analiza estando disponible la cantidad asignada en las primeras 72 horas. La Secretaría del CERF está constituida por 23 miembros que tiene la responsabilidad de garantizar la asignación adecuada de la financiación en función de las necesidades, así como de la cantidad necesaria para cubrir las necesidades humanitarias demandadas y garantizar la disponibilidad de los fondos sin demora.

La red de socios humanitarios a través de la Plataforma Humanitaria Global. Con este elemento de la reforma se pretende reforzar la alianza entre las organizaciones humanitarias que intervienen en la Acción Humanitaria. El objetivo es una mayor colaboración entre los diferentes actores humanitarios. Con este fin surgió la iniciativa de la Plataforma

8. Proveedor de último recurso

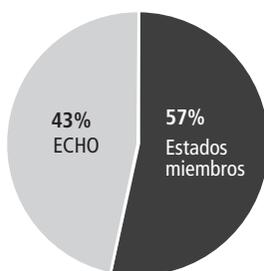
Humanitaria Global como foro de encuentro de las Organizaciones Humanitarias Intencionales, Agencias de NNUU, Movimiento de la Cruz Roja y la Media Luna Roja y las ONG. Un ámbito basado en el principio de diversidad pero que pretende maximizar las complementariedades de los diferentes actores para hacer más eficiente la AH.

Desde la puesta en marcha de las medidas de la reforma de la Acción Humanitaria hace ya 8 años, se han producido avances en la implementación de la AH. Si bien algunos casos por la respuesta en el terremoto de Haití el sistema no funcionó al inicio debido a la descoordinación, en general los beneficios de este nuevo sistema han tenido un impacto positivo en los receptores de la ayuda. No obstante, queda bastante por hacer para desarrollar plenamente todos los aspectos de la reforma y que estos tengan unos resultados de mayor eficacia.

3. LA AYUDA HUMANITARIA DE LA UE

La Unión Europea es el principal financiador de la Acción Humanitaria Internacional. En 2012 las aportaciones de la UE para Acción Humanitaria ascendieron a 3.076 millones de Euros, lo que supone una cifra record. Del total de los fondos, los estados miembros aportaron el 57,5% y el 42,5% restante fueron aportaciones conjuntas de la Comisión Europea, un 6,5% más que en 2010. Este aumento consolida la deseable tendencia del incremento de la partida conjunta respecto a las aportaciones individualizadas de los países.

GRÁFICO 5.1. FINANCIACIÓN DE LA AH POR LA UE EN 2012



Fuente: elaboración propia a partir de datos de la DG ECHO

Las aportaciones de los Estados para Acción Humanitaria ascendieron a 1.770 millones de Euros. Destacan las aportaciones de Suecia, Alemania y el Reino Unido como los 3 Estados miembro de la UE que directamente han destinado más financiación para AH.

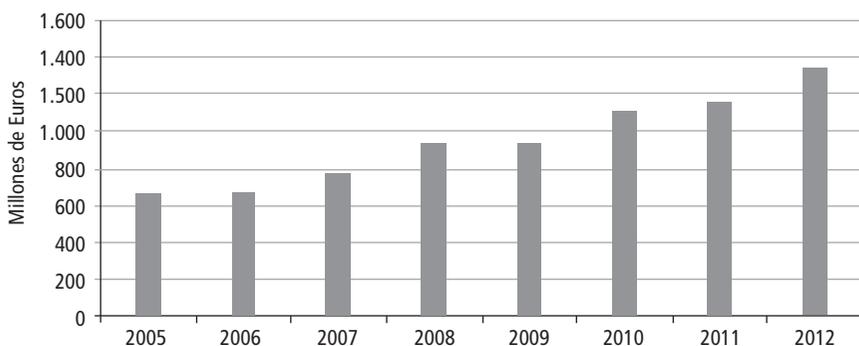
TABLA 5.13. APORTACIONES DIRECTAS DE LOS ESTADOS DE LA UE PARA FINANCIACIÓN DE AH DURANTE 2012

Estado	Millones en €
Suecia	491,5
Alemania	316,6
Reino Unido	254,2
Bélgica	164
Holanda	131,4
Finlandia	89,9
Dinamarca	68,4
Francia	61,3
España	43,2
Luxemburgo	36,6

Fuente: elaboración propia a partir de datos de la DG ECHO

Las aportaciones de la Comisión Europea para AH se canalizan a través de ECHO⁹, que es el organismo encargado de gestionar estos fondos. Durante el año 2012 ascendieron a 1.341 millones de Euros lo que supone un incremento del 14% respecto a los 1.154 millones de Euros del año 2011.

GRÁFICO 5.2. EVOLUCIÓN DE FINANCIACIÓN DE AH DE ECHO



Fuente: elaboración propia a partir de datos de la DG ECHO

La evolución de fondos destinados por la Comisión Europea a AH durante los últimos años muestra un incremento sostenido. Pero el incremento de los fondos comunes no es suficiente, se debe fomentar mayor coherencia en las políticas individuales de

9. Oficina de Ayuda Humanitaria de la Union Europea

los Estados Miembro en AH y de la CE. Igualmente se deben redoblar los esfuerzos en coordinación de las intervenciones humanitarias que ya se realizan a través de COHAFA¹⁰. Para ello es crucial el intercambio de información entre los Estados Miembros y la CE. Sin duda una mayor coherencia de políticas de AH y un incremento en la coordinación mejorarían la eficiencia de la respuesta global de la UE a las crisis humanitarias.

3.1. Destino geográfico de los fondos gestionados por ECHO

Se conoce el destino geográfico de los fondos gestionados por la Comisión Europea que en su mayoría se realiza a través de ECHO. Los fondos gestionados por cada uno de los Estados miembro es una información que proporcionan las Agencias Estatales de Cooperación de cada país. El destino geográfico de los fondos para intervenciones de Acción Humanitaria se concentró en África Subsahariana, con más de la mitad de los fondos gestionados por ECHO. Esto supone un criterio acertado en tanto que es esta región del planeta donde se concentran las crisis humanitarias más complejas, que originan un enorme desplazamiento de población, que no solo sufre las consecuencias de los conflictos armados sino también de graves hambrunas. El continente asiático recibió el 15% de los fondos, repartidos entre Asia Central y el Sureste Asiático, afectado en parte por conflictos a los que se añaden catástrofes naturales como consecuencia de ciclones que provocan reiteradamente devastadoras inundaciones.

TABLA 5.14. DESTINO GEOGRÁFICO DE FONDOS DESTINADOS POR ECHO PARA AH EN V2012

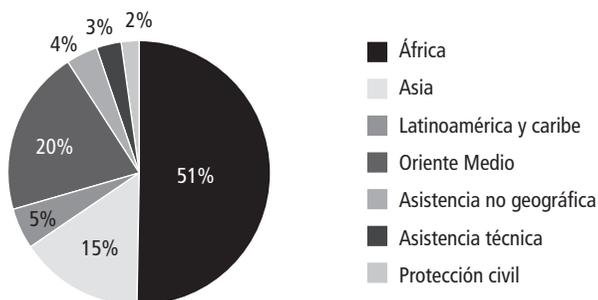
Continente	Millones de €
África	681,4
Asia	198,2
Latinoamérica y Caribe	68,3
Oriente Medio	264,7
Asistencia no geográfica	56,2
Asistencia técnica	48,0
Protección Civil	24,0
Total	1.340,8

Fuente: elaboración propia a partir de datos de la DG ECHO

10. Council Working Party on Humanitarian Aid and Food Aid

Latinoamérica y Caribe fueron el destino del 5% de los fondos que sirvieron para financiar fundamentalmente las crisis causadas por catástrofes naturales. Por último, Oriente Medio incrementó la partida recibida de fondos en relación a años previos, convirtiéndose en la segunda región más financiada tras África Subsahariana. Allí se destinaron el 20% de los fondos de AH debido al incremento de la violencia consecuencia de la inestabilidad política de la región durante 2012.

GRÁFICO 5.3. DESTINO GEOGRÁFICO DE LOS FONDOS DE ECHO PARA AH



Fuente: elaboración propia a partir de datos de la DG ECHO

Desglosando el destino de los fondos por países y grupos de países afectados por una crisis común o que se extiende en países vecinos, podemos apreciar que Sudán y Sur Sudán, inmersos en un conflicto armado interétnico crónico que tiene como base el control de los recursos petrolíferos de la región, junto al vecino Chad, afectado por un conflicto interno y que además acoge más de 200.000 refugiados Sudanés, recibieron en conjunto el 15% del total de los fondos. La región del Cuerno de África, afectada por un sangriento conflicto y una devastadora hambruna recibió el 12% de los fondos, de los que más de la tercera parte se destinaron a Somalia. La RDC donde persiste una violencia sin límites recibió el 4,4% de los fondos. La región del Sahel, afectada igualmente por un conflicto regional y una crisis alimentaria a gran escala recibió el 11,5% de los fondos. Otras regiones del África Subsahariana afectada por conflictos crónicos como Liberia, Costa de Marfil y Nigeria recibieron el 2,5% de los fondos, mientras que la región de los Grandes Lagos, afectada por los conflictos de la RDC y Sur Sudán recibió el 1% de los fondos.

TABLA 5.15. DESTINO GEOGRÁFICO POR PAÍSES DE FONDOS GESTIONADOS POR ECHO PARA AH EN 2012

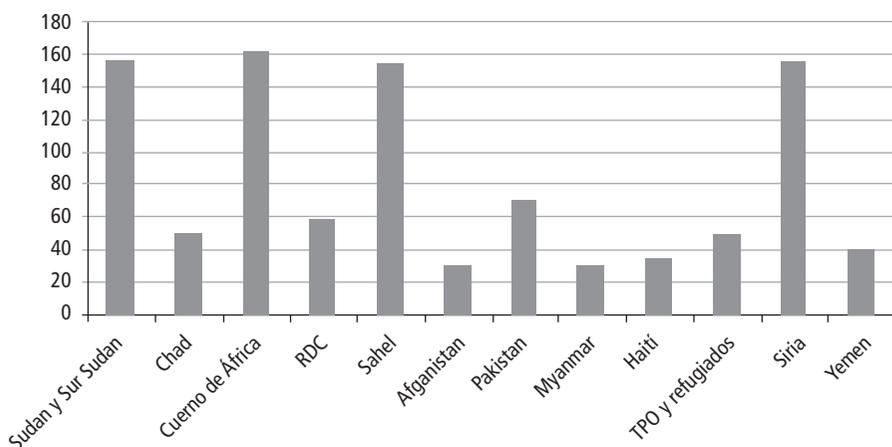
Sector	Millones en €
Africa	681,4
Sudán y Sur Sudán	157,0
Chad	50,0
Cuerno de Africa	162,0
RDC	59,5
Sahel	154,0
Liberia, C. Marfil y Nigeria	34,2
Grandes Lagos	12,7
Asia	198,2
Afganistán	30,0
Pakistán	70,0
Bangladesh	19,3
Myanmar	30,5
Latinoamérica y Caribe	68,3
Colombia	13,0
Haití	34,3
Oriente Medio y Norte Africa	264,7
TPO y refugiados	49,0
Siria	155,7
Yemen	40,0
Irak	10,0
Saharauis	10,0
Otros	249,6
Total	1.340,8

Fuente: elaboración propia a partir de datos de la DG ECHO

En el continente Asiático, Afganistán donde se mantiene la intervención de la OTAN recibió el 2,2% de los fondos, mientras que el vecino, Pakistán, afectado por la extensión del conflicto y por las inundaciones recibo el 5,2% de la ayuda. Myanmar, donde se mantiene activo el conflicto interno con importante desplazamiento de población fue destino del 2,2% de la ayuda y Bangladesh, castigado reiteradamente por las inundaciones, el 1,4% del total de los fondos.

En Latinoamérica, Colombia donde persiste la violencia desde hace 60 años recibo un 1% del total de los fondos, mientras que en el Caribe continuó, por segundo año consecutivo, la ayuda para la reconstrucción de Haití con un 2,5% del total de los fondos.

GRÁFICO 5.4. DESTINO GEOGRÁFICO MAS DESTACADOS, POR PAÍSES, DE FONDOS (EN MILLONES DE EUROS) GESTIONADOS POR ECHO PARA AH EN 2012



Fuente: elaboración propia a partir de datos de la DG ECHO

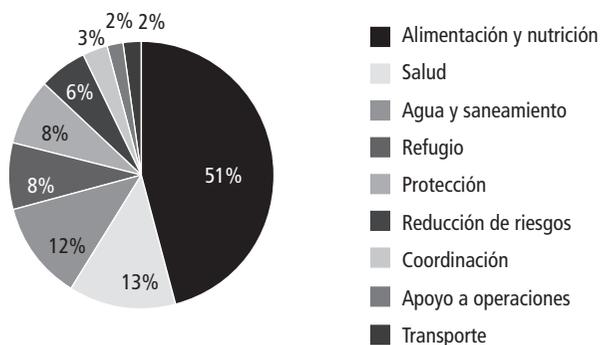
En Oriente Medio, los TPO recibieron el 3,8 % de los fondos. Mientras que la crisis humanitaria producida por la guerra civil en Siria recibió el 11,6% del total de los fondos. El reagudizado conflicto de Yemen, en la península Arábiga, recibió el 3% del total de los fondos.

El análisis global del destino geográfico de los fondos para AH que gestiona ECHO mantiene la tendencia de los 6 últimos años de destinar los fondos a zonas donde se registran las mayores necesidades en AH. En 2012, cuatro regiones destacaron como mayores receptores de AH financiada por ECHO: Sudán y Sur Sudán; el Cuerno de África; la región del Sahel y Siria. Si bien una cantidad importante se destina a las crisis agudas, se aprecia una especial atención a los conflictos crónicos olvidados.

3.2. Destino de fondos por sectores

La distribución por sectores muestra que prácticamente la mitad de los fondos se emplearon en cubrir las necesidades de ayuda alimentaria. La financiación de las necesidades de salud fue muy similar a las de agua y saneamiento, siendo menor la partida para cubrir las necesidades de refugio.

GRÁFICO 5.5. DESTINO DE LA AH POR SECTORES



Fuente: elaboración propia a partir de datos de la DG ECHO

Se aprecia un incremento en la financiación de la protección de personas, que ha llegado a duplicar la proporción destinada hace tan solo 2 años, lo que es un aspecto clave para cubrir con eficacia el resto de las necesidades de las poblaciones en situación de crisis. También se ha duplicado la proporción destinada a la reducción de riesgos, un elemento estratégico de gran impacto a largo plazo en aquellas regiones del planeta afectadas reiteradamente por catástrofes naturales o por perennes conflictos armados. Se mantiene un 3% para tareas de coordinación, un 2% para apoyo a operaciones y otro porcentaje similar para gastos de transporte.

3.3. Vías de canalización de los fondos

La mayor parte del presupuesto gestionado por ECHO (88%) se canaliza para su implementación a través de un amplio número de socios con los que ECHO tiene firmado el acuerdo marco de partenariado para ejecutar la AH. En 2012 se firmaron un total de 1.239 contratos, de los cuales 791 fueron para operaciones de AH y 448 para otras actividades entre las que se incluyen asistencia técnica, protección civil y otras actividades de apoyo.

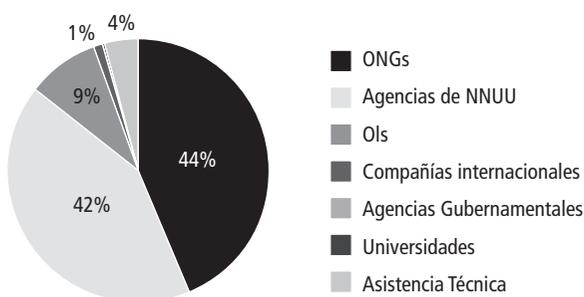
TABLA 5.16. CONTRATOS DE AH DE ECHO CON ORGANIZACIONES

Organizaciones	Millones de €
ONGs	519,0
Agencias de NNUU	492,8
OIs	104,4
Compañías Internacionales	10,7
Agencias Gubernamentales	0,8
Universidades	0,6
Asistencia Técnica	48,2
Total	1176,5

Fuente: elaboración propia a partir de datos de la DG ECHO

El 44% se canalizo a través de ONG (118 socios) en su mayoría Organizaciones Humanitarias de implantación internacional. La canalización a través de las Agencias de NNUU (15 agencias) supuso el 42%, con la participación destacada del PMA, ACNUR, UNICEF y UNRWA. El 9% restante de los fondos se canalizó a través de Organizaciones Internacionales, fundamentalmente el Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR) y la Federación Internacional de la Cruz Roja y la Media Luna Roja. El 1% a través de Compañías Internacionales, y cantidades testimoniales a través de la Agencia de Cooperación Alemana y Universidades. Se mantiene, de esta forma, la canalización porcentual similar a la producida en los últimos 5 años

GRÁFICO 5.6. CONTRATOS DE AH DE ECHO CON ORGANIZACIONES



Fuente: elaboración propia a partir de datos de la DG ECHO

En la valoración del funcionamiento de ECHO hay que destacar la pronta movilización de fondos ante situaciones de emergencia. Esta se suele gestionar desde el terreno, por el Coordinador regional de ECHO desplazado a la zona de crisis. Otro aspecto destacable es la actuación en función de necesidades, y sin duda la apuesta de canalización multilateral de la AH que este modelo supone. Un modelo que desde su inicio, hace ya 20 años, ha destacado por su eficacia, a pesar de los diversos problemas y errores que se han producido durante el funcionamiento en este periodo de tiempo. Apostamos porque no solo se mantenga sino que se haga más extensiva la contribución de los países miembros.

4. LA ACCIÓN HUMANITARIA EN ESPAÑA

Por tercer año consecutivo disminuye la financiación de la AH proporcionada por la Ayuda Oficial Gubernamental. Debemos insistir y denunciar este hecho, ya que retrocede a la situación de una década anterior. Se quiebra definitivamente un prestigio en AH adquirido durante los últimos años por la Cooperación Española en el campo de la AH Internacional. De este hecho se hacen eco diferentes publicaciones de organismos involucrados en la AH como OCHA, Agencias de NNUU y el CAD. Se pasa de 307 millones de Euros en 2011 a la exigua cantidad de 72 millones de Euros, lo que supone una caída porcentual del 77% respecto al año anterior, los fondos destinados en 2012 a AH supone tan solo el 15% de la ayuda neta destinada a AH hace tan solo 4 años.

TABLA 5.17. TOTAL DE LA AOD ESPAÑOLA DESTINADA A ACCIÓN HUMANITARIA

Ayuda Humanitaria total	2009	2010	2011	2012
	465.036.825	356.098.868	307.108.894	72.031.196

Fuente: Elaboración propia a partir de datos SGCID

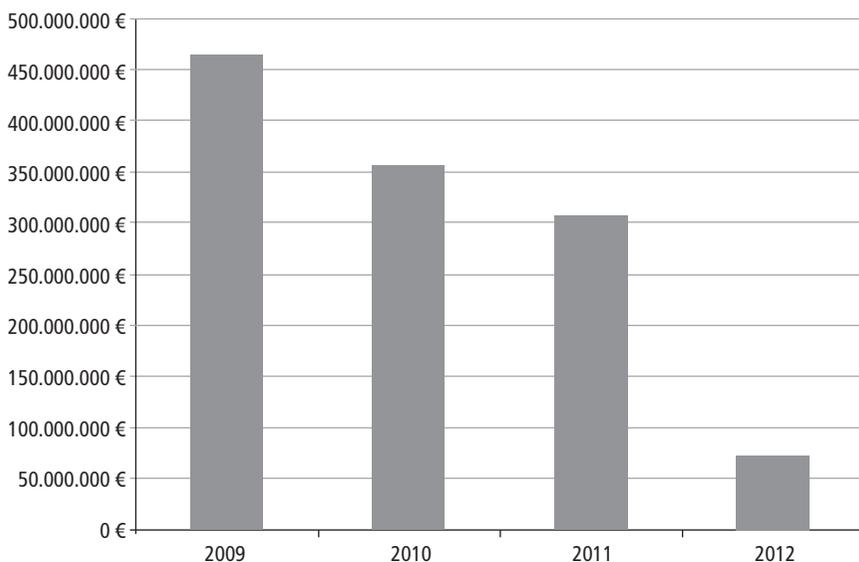
La partida destinada a Acción Humanitaria por la Cooperación Española ha supuesto un 3,5% de la AOD, una cifra muy alejada de la recomendación del CAD, y el compromiso de la Cooperación Española, de destinar al menos un 7% del total de la AOD. Un dato muy preocupante que indica la falta de interés en este ámbito de la cooperación, con el desmantelamiento de una línea por la que se había apostado en la última década.

Este desplome de financiación oficial es aun más llamativo si se compara con el limitado retroceso del 8% en los fondos internacionales destinados a AH. Puede

deducirse que supone, de hecho, el abandono estratégico por parte de la Cooperación Española de su previo compromiso con la Acción Humanitaria que había llegado a situarla entre los principales contribuyentes en el ámbito internacional. España se ha convertido en tan sólo 3 años en un donante marginal en el ámbito de la Acción Humanitaria Internacional.

Podría argumentarse que en 2012 no se produjeron megadesastres que hubiera que atender con ayuda de emergencia. Sin embargo hubo conflictos emergentes como en Oriente Medio y en Sahel, se produjeron exacerbaciones de conflictos armados en el Cuerno de África, Sur Sudán y África Occidental, hubo que dar respuesta a los conflictos olvidados y continuar con la Acción Humanitaria sostenida con la población saharauí o la población refugiada en Tanzania. Todas estas necesidades aconsejaban mantener el nivel de Ayuda Humanitaria Española en el marco de la respuesta humanitaria internacional.

GRAFICO 5.7. EVOLUCIÓN DE LA AOD ESPAÑOLA DESTINADA A ACCIÓN HUMANITARIA



Fuente: Elaboración propia a partir de datos SGCID

A los recortes de la Administración General del Estado se suma la reducción de la financiación de la AH por parte de las CCAA y las entidades locales, que en su conjunto dejan la Ayuda Oficial para AH a punto de desaparecer, en uno de los niveles más bajos de las dos últimas décadas. Nos encontramos ante uno de los peores esce-

narios, que es justificado por las autoridades gubernamentales por la situación de crisis. Sin embargo la caída del 85% experimentada por la AH durante este periodo, supone el mayor nivel de recortes sufridos por parte de una política pública y contrasta, por ejemplo, con recortes limitados en otros sectores como el 23% que han sufrido los presupuestos en Defensa. Estos datos muestran la enorme desproporción en las mediadas tomadas por el Gobierno, que ha causado un serio daño a la, hasta hace poco, prestigiosa Cooperación Española.

4.1. Distribución geográfica de la Ayuda Humanitaria

En el Plan anual de la Cooperación Española (PACI) 2012 ya se estipulaba la estrategia de reducción de los contextos de implementación de la Acción Humanitaria. Concretaba las regiones de interés en África del Oeste, América Latina, el área Mediterránea y Filipinas. El Plan hacía referencia específica a las respuesta a emergencias sobrevenidas, pero matizando en función de la disponibilidad de recursos y de valor añadido. La distribución geográfica de la financiación de crisis humanitarias llevadas a cabo muestra que cuatro regiones aglutinaron el 80% de los fondos: África subsahariana; Latinoamérica; Oriente Medio y Asia.

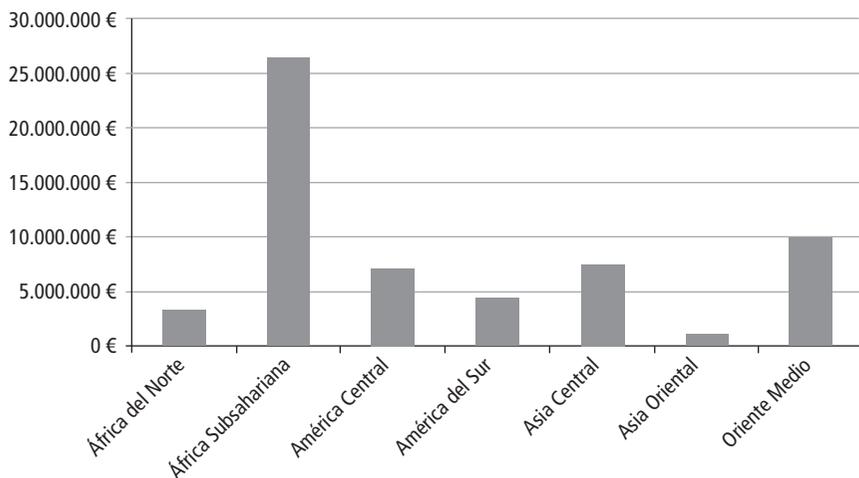
TABLA 5.18. DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA POR REGIONES DE LA AH ESPAÑOLA EN 2012

Países	2012	%
África del Norte	3.464.401	4,81%
África Subsahariana	26.363.286	36,60%
África, no especificado	119.950	0,17%
América Central	7.110.229	9,87%
América Latina no especificado	64.000	0,09%
América del Sur	4.392.198	6,10%
Asia, no especificado		0,00%
Asia Central	7.500.000	10,41%
Asia del Sur	577.204	0,80%
Asia Oriental	1.105.584	1,53%
Europa		0,00%
Oceanía		0,00%
Oriente Medio	9.969.109	13,84%
PVD no especificado	11.365.235	15,78%
TOTAL	72.031.196	100%

Fuente: elaboración propia a partir de datos SGCID

Si se analiza las intervenciones de AH ejecutadas por regiones se aprecia el mayor porcentaje de fondos destinados a África Subsahariana, con el 37% del total, aunque se objetiva un retroceso de más de 6 puntos con respecto al año anterior. Los escasos fondos han ido destinados a financiar en su mayoría conflictos complejos que se mantienen en el tiempo y con un gran impacto humanitario en la población. Destaca la financiación de las crisis por conflictos armados en Darfur (Sudán) y en el nuevo Sur Sudán. Se mantiene en importancia la financiación de la compleja crisis en el Cuerno de África, con fondos destinados a Somalia y Etiopía. Le sigue los fondos asignados a intervenciones en el sangriento conflicto de la República Democrática del Congo. Se incrementa porcentualmente la financiación dirigida a la crisis del Sahel, donde se mezcla la lucha armada con una severa desnutrición de la población, concentrando la financiación de intervenciones de AH en Mali.

GRAFICO 5.8. DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA POR REGIONES DE LA AH ESPAÑOLA EN 2012



Fuente: Elaboración propia a partir de datos SGCID

Latinoamérica concentra la segunda mayor aportación de fondos para intervenciones de AH con el 16% del total de los exiguos fondos. La mayor parte de ellos destinados a las consecuencias humanitarias del conflicto de Colombia, y otra parte para ayuda a la reconstrucción de Haití.

Oriente Medio con el 14% de los fondos, incrementa la recepción porcentual de fondos debido a la ayuda dirigida a la crisis humanitaria originada por la guerra civil Siria. El otro foco de conflicto receptor de ayuda, aunque bastante mermada, son los TPO.

TABLA 5.19. DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA POR PAÍSES DE LA AH ESPAÑOLA EN 2012

Estado	Fondos destinados
Afganistán	7.500.000 €
Sudán	5.875.702 €
R.D.Congo	5.549.000 €
Mali	4.945.623 €
Siria	4.796.983 €
Territorios Palestinos	4.222.126 €
Somalia	3.761.305 €
Colombia	3.465.594 €
Población Saharaui	3.446.401 €
Etiopía	2.184.265 €

Fuente: Elaboración propia a partir de datos SGCID

El continente asiático, a pesar de ser el más castigado por catástrofes naturales, figura en cuarto lugar con el 13% del destino de la ayuda humanitaria. Esta se concentra fundamentalmente en Afganistán, que es el país que mayores fondos de AH recibe. Se aprecia en este caso la influencia de la política exterior española en el criterio de asignación de fondos. Por el contrario, en el Sureste Asiático se implementa una testimonial financiación para paliar las consecuencias causadas por el devastador Tifón Bopha en Filipinas.

A pesar de una disminución del 50% en monto absoluto, la población Saharaui se mantiene dentro de los 10 destinos geográficos más financiados por AH. Esta se lleva a cabo a través de programas de ayuda a refugiados en los campamentos de Tinduf. En la evolución por destino se aprecia el cambio establecido en el PACI con respecto a años previos. Cabe interpretar esta estrategia como un cambio de criterios en la asignación de las partidas de AH, que aparece más influenciada por los intereses estratégicos de la política exterior española.

4.2. Canalización de fondos

Respecto a las vías de financiación, el PACI 2012 establecía la priorización de la cooperación bilateral frente a la multilateral, en especial con los países considerados de asociación. En coherencia con esta política estratégica marcada, se ha desarrollado la canalización de los fondos destinados a AH como se puede apreciar desglosando los datos.

En este informe desglosamos el instrumento de financiación multilateral en Multilateral puro y multilateral, ya que en el primero el donante asigna la partida presupuestaria a fondos comunes, mientras que en el segundo caso tiene la capacidad de decidir en que país y programa se asignan los fondos donados.

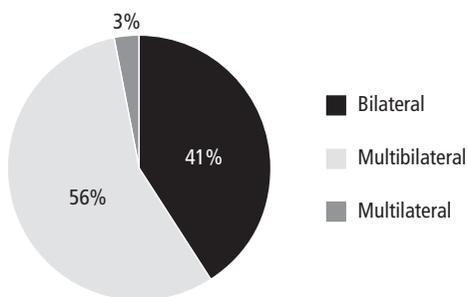
TABLA 5. 20. DESGLOSE DE LA AOD DESTINADA A AH POR VÍAS DE FINANCIACIÓN

Vía de financiación	2011	2012	Variación 11/12
Bilateral	75.736.605 €	29.353.070 €	-46.383.535 €
Multilateral	95.485.688 €	40.593.926 €	-54.891.762 €
Multilateral	135.886.601 €	2.084.200 €	-133.802.401 €
Ayuda Humanitaria total	307.108.894 €	72.031.196 €	-235.077.698 €

Fuente: Elaboración propia a partir de datos SGCID

El análisis por vías de financiación muestra una reducción en las tres líneas, aunque el mayor descenso se aprecia en la vía multilateral, que queda reducida a tan solo 2 millones de euros, una cantidad testimonial canalizada a través de Fondos Comunes de AH, en concreto a través de los ERF de los Fondos Comunes de NNUU.

GRAFICO 5.9. PORCENTAJE DE FONDOS DESTINADOS A AH EN FUNCIÓN DE LA VÍA DE FINANCIACIÓN



Fuente: Elaboración propia a partir de datos SGCID

La apuesta por la canalización multilateral pura, de los fondos destinados a AH por parte de la Cooperación Española, se interrumpe en 2012. Mantiene la canalización por vía multilateral y bilateral lo que denota estar más condicionada por intereses.

4.2.1. La Ayuda Humanitaria bilateral

A través de la vía bilateral se canalizaron 29,3 millones de euros, lo que supone el 41% del total de los fondos destinados para Acción Humanitaria. Un incremento relativo apreciable en relación al 25% del año previo.

En la canalización de fondos directamente con países receptores se sigue apostando, como en años previos, por la financiación a través de las entidades públicas del país receptor con un 19 % de la ayuda bilateral. Es de valorar este criterio que implica el fortalecimiento del sector público del país afectado porque significa apostar por incrementar su capacidad de respuesta a la crisis.

TABLA 5.21. AOD ESPAÑOLA BILATERAL PARA AH EN 2011 Y 2012 POR ACTORES

Organizaciones canalizadoras de la ayuda	2011	2012
Entidades públicas del país donante	16.385.598 €	5.665.266 €
Entidades públicas del país socio	6.348.603 €	
ONGD Internacionales	22.905.613 €	30.000 €
ONGD del país donante	33.397.946 €	22.533.084 €
ONGD del país socio	948.542 €	
Otras ENL del país donante	1.527.700 €	908.000 €
Otras ENL del país socio	1.757.597 €	
Universidades públicas del país donante	598.384 €	18.470 €
Partenariados Público-privados		148.250 €
Redes		50.000 €
otras entidades	-8.133.377 €	
Total	75.736.605 €	29.353.070 €

Fuente: Elaboración propia a partir de datos SGCID

Llama la atención que, al contrario que en 2011, se invierte la tendencia de canalizar fondos a través de ONG Internacionales, duplicándose prácticamente los fondos gestionados por ONGs españolas para implementar acciones de Acción Humanitaria, alcanzando el 76% del total de la bilateral. Se hacía una reflexión sobre este detalle en el Informe del año pasado, que se aprecia corregido en 2012. Si bien se ha mantenido el compromiso de continuar con los acuerdos plurianuales asumidos en 2010 en los Convenios con ONGs, y se ha despejado algo la incertidumbre sobre el futuro inmediato de este instrumento, la duda persiste en relación a cuantos convenios y que cuantía se comprometerá en el futuro inmediato.

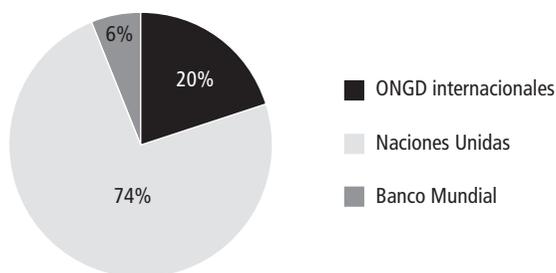
Sigue sin tenerse en cuenta incrementar la partida para financiar acciones a través de ONG locales. Consideramos importante financiar a la sociedad civil organizada de los países que sufren las crisis para implementar líneas de AH. En esta línea quizás sería más adecuado establecer consorcios con ONGs españolas para facilitar la gestión de los fondos y la ejecución de la AH.

4.2.2. La Ayuda Humanitaria multilateral

El mayor porcentaje de financiación de AH se llevo a cabo por la vía multilateral, que con 40,5 millones de Euros supuso el 56% del total. Por vía de este instrumento se canalizó $\frac{3}{4}$ partes de la ayuda a través de Agencias de NNUU, manteniendo así la tendencia de años previos de canalizar la mayoría de los fondos a través del sistema de NNUU.

Sin embargo hay que tener en cuenta que con este mecanismo de financiación el donante decide el destino geográfico y el programa donde colocar los fondos. Al ser decisiones basadas en presupuestos anuales genera incertidumbre en la planificación global para financiación de la AH que organiza OCHA.

GRÁFICO 5.10. AOD ESPAÑOLA MULTILATERAL PARA AH EN 2012



Fuente: Elaboración propia a partir de datos SGCID

Manteniendo la línea de informes previos, opinamos que sería deseable redirigir esta financiación hacia los Fondos Comunes de NNUU. Esto permitiría gestionar con más flexibilidad los fondos y asignarlos según planificaciones ya realizadas que garantizan un reparto más equilibrado de la Ayuda hacia los llamados conflictos crónicos olvidados.

Las Agencias receptoras finales de los fondos destinados a implementar en intervenciones de AH fueron, en mayor medida, ACNUR con el 19,2% del total de la vía multilateral, seguida del PMA que implemento el 12,6% de los fondos y UNICEF a través de la que se implemento el 9,8% de la financiación. Destaca también las apor-

taciones a UNOCHA, que supuso el 6,3% de la ayuda a través de esta modalidad. Mientras que la partida canalizada a través del CICR alcanza el 6,2% de la ayuda canalizada por vía multilateral.

TABLA 5.22. CANALIZACIÓN A TRAVÉS DE AGENCIAS DE NNUU

Agencia / Organización	Financiación en \$ USA
ACNUR	11.967.253
PMA	7.868.608
UNICEF	6.128.944
UNOCHA	3.925.354
CICR	3.881.823

Fuente: Elaboración propia a partir de datos FTS de NNUU

En 2012, por indicación del CAD, ha dejado de hacerse la desagregación sectorial de la AOD multilateral pura. Por tanto, sólo aparece consignada la AOD multilateral canalizada a través de organismos internacionales especializados en acción humanitaria. No aparece, por tanto, la parte proporcional de AOD española canalizada a través de la Unión Europea.

4.2.3. La Ayuda Humanitaria multilateral

Al contrario que en años previos, la vía multilateral prácticamente desapareció en 2012. Con una aportación de 2 millones de euros, lo que supone un exiguo 3% del total de la AH, la asignación a los Fondos Comunes de NNUU fue testimonial. Después de siete años en los que la Cooperación Española había apostado por la financiación de las intervenciones de emergencia a través de los fondos CERF, llegando a ser el quinto mayor contribuyente mundial, en este año tan sólo se coloca una testimonial partida presupuestaria en los Fondos Comunes a través de los fondos ERF. Con este abandono de la senda de apoyar la financiación de las crisis agudas a través de los Fondos Comunes CERF, la Cooperación Española no sigue los consejos del CAD tras el examen realizado en 2011 referente al refuerzo de carácter estratégico de las contribuciones multilaterales.

4.3. La Ayuda Humanitaria por sectores

Se analiza la distribución de la Ayuda por sectores teniendo en cuenta la información del Sistema de Seguimiento de Financiación de NNUU (FTS). A partir de esta información se puede apreciar que los sectores en los que mayormente se colocó la ayuda

humanitaria fueron Salud y Alimentación. Cada una supone un 16,8% del total de la financiación, un porcentaje destacado en coherencia con las mayores necesidades demandadas en las crisis humanitarias. Ambos son básicos para garantizar la supervivencia de la población afectada por una gran catástrofe o por un conflicto armado. Estas dos necesidades básicas son además clave en zonas y regiones del planeta en situación de bajo desarrollo, donde al margen de la situación de crisis, ya de por sí se encuentran insatisfechas.

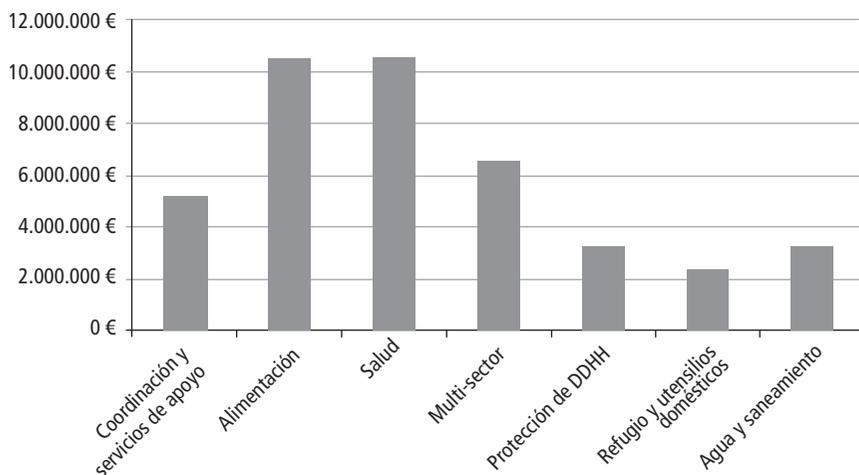
TABLA 5.23. DISTRIBUCIÓN DE LA AH DE LA COOPERACIÓN ESPAÑOLA POR SECTORES EN 2012

Sector	Financiación USD	% Total
AGRICULTURA	1.680.404	2,7%
COORDINACION Y SERVICIOS DE AYO	5.189.482	8,3%
RECUPERACION ECONOMICA E INFRAESTRUCTURAS	149.153	0,2%
EDUCACION	176.476	0,3%
ALIMENTACION	10.456.831	16,8%
SALUD	10.496.372	16,8%
DESMINADO	775.194	1,2%
MULTI-SECTOR	6.520.193	10,5%
PROTECCION DE DDHH	3.290.586	5,3%
SECTOR NO SPECIFICADO	18.041.569	28,9%
REFUGIO Y FUNGIBLES	2.365.217	3,8%
AGUA Y SANEAMIENTON	3.245.741	5,2%
Total USD:	62.387.218	100,0%

Fuente: Elaboración propia a partir de datos FTS de NNUU

Otra partida destacada es la destinada a intervenciones transversales multisectorial. También es relevante la aportación a tareas de coordinación de AH que realiza UNOCHA. Este es un aspecto crítico para la organización de la implementación de la AH, ya que son múltiples los actores humanitarios que intervienen en las crisis, especialmente en las grandes catástrofes y en los grandes conflictos. La tarea de la Oficina de Coordinación de NNUU evita duplicidades, permite distribuir la ayuda adecuadamente por sectores, organiza la ayuda con las autoridades locales y sirve principalmente de coordinación de las Agencias de NNUU.

GRÁFICO 5.11. DISTRIBUCIÓN DE LA AH DE LA COOPERACIÓN ESPAÑOLA POR SECTORES EN 2012. MONTO EN DÓLARES



Fuente: Elaboración propia a partir de datos FTS de NNUU

Analizando la distribución sectorial de la ayuda según los criterios CRS, se aprecia que más de la mitad de la Ayuda se destinó a emergencia, en coherencia con satisfacer las necesidades urgentes de la población afectada por una crisis aguda. El componente de ayuda alimentaria fue menor que en años previos, descendiendo al 14%, a pesar de que la crisis del acceso a alimentos a nivel internacional se mantiene.

TABLA 5.24. AOD ESPAÑOLA NETA DESTINADA A ACCIÓN HUMANITARIA EN 2012, POR SECTORES CRS Y CANALES

Ayuda humanitaria	Bilateral	Multilateral	Multilateral	TOTAL	%
Ayuda y servicios materiales de emergencia	13.596.475 €	22.852.654 €	2.084.200 €	38.533.329 €	53%
Ayuda alimentaria de emergencia	1.882.158 €	7.891.272 €		9.773.430 €	14%
Coordinación de los servicios de protección de la ayuda	512.843 €	7.125.000 €		7.637.843 €	11%
Ayuda a la reconstrucción y rehabilitación	7.741.054 €	2.500.000 €		10.241.054 €	14%
Prevención de desastres	5.620.540 €	225.000 €		5.845.540 €	8%
TOTAL	29.353.070 €	40.593.926 €	2.084.200 €	72.031.196 €	100%

Fuente: elaboración propia a partir de datos SGCID

También se aprecia un incremento en la partida destinada a la rehabilitación temprana de infraestructuras, lo que sin duda es una buena tendencia a mantener, de acuerdo con el modelo de ligar la ayuda de emergencia al desarrollo. Como lo es el incremento de la partida destinada a Reducción de Riesgos, que con el 8% esta en la línea de cumplir los objetivos pactados por los gobiernos en la conferencia de Hyogo. Este incremento, va a contribuir a afianzar los sistemas de prevención y respuesta a catástrofes naturales de los países que lo reciben. Consideramos una apuesta estratégica que va a contribuir a mejorar la eficacia de estos sistemas en países con escasos recursos, que a su vez presentan una alta probabilidad de verse afectados por desastres naturales.

4.4. La Ayuda Humanitaria por Agentes

Se mantiene el MAEC como el máximo financiador de la AH con más de 57 millones de Euros. Al margen de los vaivenes de criterio de la política de Cooperación, se debe reforzar este liderazgo y evitar su dispersión en varios Ministerios.

TABLA 5.25. FONDOS DE LA AGE DESTINADOS A AH EN 2012 POR AGENTES Y CANALES

AGENTES	BILATERAL	MULTIBILATERAL	MULTILATERAL	TOTAL
MAEC	19.213.480 €	36.391.517 €	2.084.200 €	57.689.197 €
Min. Defensa	14.279 €			14.279 €
TOTAL	19.227.759 €	36.391.517 €	2.084.200 €	57.703.476 €

Fuente: elaboración propia a partir de datos SGCID

El 82% de los fondos aportados por el MAEC se gestionaron a través de la AECID y el 18% restante vía SECIPI. El drástico recorte en los fondos asignados a la AH tiene repercusión directa sobre la Unidad de gestión de la misma dentro de la AECID, que paradójicamente tan solo gestionó la mitad de los exiguos fondos aportados por el MAEC. La Oficina de Acción Humanitaria que desde su creación ha contribuido a establecer la AH como una línea con entidad propia dentro de la Cooperación Internacional Española, cuenta en estos momentos con una reducida estructura que afecta a su capacidad de planificación, organización y gestión de la AH. Se ve truncada los esfuerzos de años anteriores de situar la AH con una entidad mas diferenciada dentro de la estructura de la AECID y de acuerdo con la importancia de la misma.

TABLA 5.26. FONDOS APORTADOS POR EL MAEC DESAGREGADOS POR UNIDAD DE GESTIÓN EN 2012

Área	Financiación	
OAH	27.732.609 €	48%
OAH-DEYP	1.904.426 €	3%
DCONGD	12.467.962 €	22%
DCMyA	5.000.000 €	9%
FONPRODE	10.584.200 €	18%
Total	57.689.197 €	100%

Fuente: elaboración propia a partir de datos SGCID

La oficina de AH desde su creación ha realizado un valioso trabajo para integrar una concepción avanzada de la Ayuda mediante la adhesión a iniciativas e instrumentos que rigen la AH en el ámbito internacional. Sin embargo, y sin que pueda ser achacado a los limitados recursos disponibles, continua atascada la elaboración del plan de acción de los principios y buenas prácticas de la Donación Humanitaria. Tampoco se ha aprovechado para reforzar capacidades de forma adecuada, en torno al proceso de Reforma de AH de NNUU. Como tampoco se han producido avances en el ámbito de la responsabilidad de proteger, y aunque no se trata de un aspecto técnico y depende de la decisión política, continúa limitada la aplicación del Consenso Europeo de AH.

Son destacables los logros realizados por la Oficina Humanitaria en tareas de coordinación, integrando al resto de agentes de la AH en los procesos de respuesta a las emergencias y en la formalización de acuerdos y convenios. En esta línea, se ha continuado avanzando en la protocolización de los procesos de respuesta coordinada, aunque aun queda mucho camino que recorrer para coordinar la importante fragmentación de la AH española.

A nivel operativo, se ha continuado canalizando las partidas destinadas a intervenciones humanitarias concretas, fundamentalmente a través de Organismos Nacionales e Internacionales y mediante el suministro de material humanitario adquirido a nivel local y regional. Sin embargo, en este ámbito la financiación de intervenciones a través de ONGs ha sido escasa. En este campo mantenemos nuestra crítica constructiva respecto a la estrategia de intervención directa en las emergencias que mantiene la AECID mediante el envío de equipamiento humanitario en los sectores de agua y saneamiento y salud. Consideramos que la AECID debería focalizarse en su papel de donante y emplear los limitados recursos para una mayor presencia en organismos y foros internacionales de AH, en tareas de coordinación de los diversos agentes de AH y en mejoras de la calidad de las intervenciones. Contri-

buiría de esta forma a mantener la independencia de la AH, basada en el principio de autonomía de intereses políticos.

Como se ha indicado con anterioridad, en 2012, por indicación del CAD, ha dejado de hacerse la desagregación sectorial de la AOD multilateral pura. Por tanto no aparece la parte proporcional de AOD española aportada a través de la Comisión Europea y su Oficina de Acción Humanitaria (ECHO), cuyo responsable es el Ministerio de Economía y Hacienda que lleva a cabo con criterios ajenos a los que establecería, en este caso el MAEC.

Aunque con una cifra insignificante, año tras año se sigue contabilizando una partida para Acción Humanitaria por parte del Ministerio de Defensa. Se trata de un tema de principios el no tratar las intervenciones realizadas por el ejército con la consideración de humanitarias. En el caso de la intervención del ejército en situaciones de conflictos o catástrofes naturales, se deberían seguir las Directrices de Oslo de utilización de medios militares para la respuesta humanitaria, que restringen notablemente su participación a limitados aspectos. Aunque entendemos que en estos casos la decisión queda completamente al margen de la AECID, al ser una decisión política que compete directamente al Gobierno.

5. LA AYUDA HUMANITARIA DESCENTRALIZADA

El total de fondos aportados por la cooperación descentralizada para Acción Humanitaria ascendió a 14,3 millones de Euros. Esta cifra supuso el 20% del total de la Ayuda Oficial Española para AH, mientras que la AGE contribuyo con el 80% restante. Siguiendo la tendencia de la Cooperación Española, también la partida para AH de la Cooperación Descentralizada desciende, pero lo hace un 16% respecto a 2011, un porcentaje que no es comparable con el hundimiento de la financiación de la AGE.

TABLA 5.27. ADO DE LA COOPERACIÓN DESCENTRALIZADA PARA AH EN 2012 POR CANALES

AGENTES	BILATERAL	MULTIBILATERAL	MULTILATERAL	TOTAL
CCAA	8.778.376 €	4.200.000 €		12.978.376 €
EELL	1.317.574 €			1.317.574 €
Universidades	29.360 €	2.409 €		31.769 €
TOTAL	10.125.311 €	4.202.409 €		14.327.720 €

Fuente: elaboración propia a partir de datos SGCID

Un análisis más detallado muestra sin embargo un ligero incremento de los fondos aportados por las CCAA, siendo la causa la disminución de las aportaciones de las entidades locales que se desplomó un 72%, hasta casi llegar a desaparecer. Un camino similar al que viene recorriendo en los últimos años las Universidades, cuya contribución es prácticamente insignificante. Aunque consideramos que el valor añadido de estas entidades académicas es insustituible en aspectos de aportación de conocimientos, investigación y formación que pueden contribuir a la mejora de la calidad de las intervenciones de AH.

El análisis de la contribución por CCAA muestra un claro protagonismo de dos de ellas; la cooperación Vasca y la Andaluza que en su conjunto constituyen las dos terceras partes del total de la financiación autonómica de la AH descentralizada. Otras CCAA destacadas, pero a distancia de las referidas, son Asturias; Madrid; Navarra; Galicia y la Comunidad Valenciana. El resto de autonomías destinaron fondos testimoniales y en algunos casos como Baleares, Cantabria, La Rioja o Murcia no contemplaron fondos en sus partidas para AH.

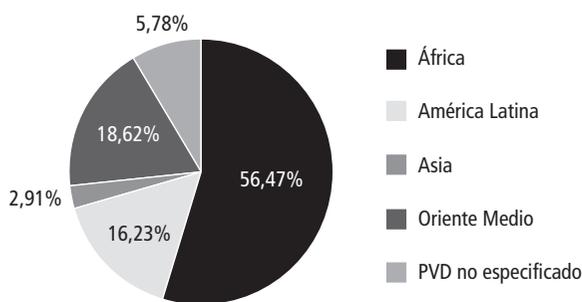
TABLA 5.28. AYUDA HUMANITARIA POR CCAA

CCAA	2012	%
Andalucía	4.150.000 €	31,98%
Aragón	240.000 €	1,85%
Asturias	1.177.125 €	9,07%
Baleares		0,00%
Cantabria		0,00%
Canarias	30.000 €	0,23%
Cataluña	151.620 €	1,17%
País Vasco	4.540.025 €	34,98%
Castilla-La Mancha	253.470 €	1,95%
Castilla y León	75.000 €	0,58%
Extremadura	184.966 €	1,43%
Galicia	503.257 €	3,88%
La Rioja		0,00%
Madrid	612.913 €	4,72%
Melilla		
Murcia		
Navarra	560.000 €	4,31%
Comunidad Valenciana	500.000 €	3,85%
TOTAL	12.978.376 €	100%

Fuente: elaboración propia a partir de datos SGCID

El destino geográfico de la ayuda humanitaria aportada por las CCAA en 2012, se dirigió prioritariamente al continente Africano, hacia donde se canalizaron 7,3 millones de Euros en coherencia con las mayores necesidades de las poblaciones que escapando de conflictos bélicos se encuentran desplazadas o refugiadas. Oriente Medio con 2,4 millones de Euros ha sido la segunda región en destino de fondos para AH, en relación a la inestabilidad creciente en la zona y a los conflictos de Siria y Palestina. En tercer lugar Latinoamérica recibió 2,1 millones de Euros, de acuerdo con las situaciones creadas por catástrofes naturales en la zona del Caribe y el conflicto crónico en Colombia. El destino a otras regiones del planeta a penas si fueron significativas.

GRAFICO 5.12. AYUDA HUMANITARIA DESCENTRALIZADA POR REGIONES DE DESTINO



Fuente: elaboración propia a partir de datos SGCID

Por sectores, el 42% de la ayuda se destino a la asistencia de emergencia, el 32% a la ayuda alimentaria, el 17% a la reconstrucción y rehabilitación post-emergencia, el 5,5% a la reducción de riesgos de desastres y el 4% a la coordinación de los servicios de protección de la ayuda. Se aprecia un reparto equilibrado de las partidas presupuestarias acorde con las necesidades de la población envuelta en crisis humanitarias.

TABLA 5.29. DISTRIBUCIÓN POR SECTORES DE LA AH DESCENTRALIZADA

	2012
Ayuda y servicios materiales de emergencia	5.420.688 €
Ayuda alimentaria de emergencia	4.119.532 €
Coordinación de los servicios de protección de la ayuda	494.843 €
Ayuda a la reconstrucción y rehabilitación	2.231.168 €
Prevención de desastres	712.145 €
	2.978.376 €

Fuente: elaboración propia a partir de datos SGCID

En sintonía con informes previos, la disminución de la financiación de la AH por parte de las CCAA obedece más que a una desatención de estas necesidades, a una estrategia de concentración de recursos en programas de Desarrollo. Una decisión acertada dadas las características de inmediatez y flexibilidad que aconseja que este tipo de ayuda se gestione desde la Oficina de AH de la AECID, especializada en financiar crisis. Así se ha seguido poniendo de manifiesto durante el año 2012 en el que las CCAA se han coordinado acertadamente con la OAH en la respuesta a emergencias.

6. RETOS DE LA COOPERACIÓN ESPAÑOLA EN ACCIÓN HUMANITARIA

La Acción Humanitaria continua siendo absolutamente necesaria en un contexto internacional de crisis a lo largo de todo el mundo. La respuesta de los Estados requiere políticas que garanticen una respuesta proporcional a las necesidades de las poblaciones afectadas, que esta sea rápida y se lleve a cabo de una forma adecuada. La Acción Humanitaria de la Cooperación Española, desarrollada durante la última década, alcanzó un claro protagonismo en los ámbitos internacionales propios del sector, situándose en estos momentos ante claras dificultades que de no superarse, amenazan con su práctica desaparición del escenario de la Cooperación Internacional.

A pesar de que durante 2012 se quedaron sin cobertura financiera casi un tercio de los requerimientos realizados a través de los llamamientos consolidados para cubrir necesidades humanitarias internacionales, los fondos destinados por la Cooperación Española para AH han disminuido drásticamente. Este recorte ha sido desproporcionado en el contexto de la reducción de la AOD y mucho más en otras líneas presupuestarias del Estado. Si no se corrige rápidamente esta tendencia, la AH de la Cooperación Española se convertirá en testimonial.

Al margen de la limitada financiación, la AH de la Cooperación Española debe estar basada en las necesidades de las poblaciones en situación de crisis. Es preciso dejar al margen influencias de política exterior, prioridades geoestratégicas o condicionamientos de los medios de comunicación. Una respuesta proporcional a las necesidades detectadas debe ser el fundamento de las decisiones para la asignación de recursos para paliar los efectos de las crisis. En línea con lo anterior y de cara a mantener una coherencia de políticas, se deben evitar restricciones y facilitar la concesión de asilo a quienes, escapando de un conflicto armado, llegan a nuestro país, así como influir en foros internacionales para el desarrollo de medidas para la protección de las poblaciones civiles en zonas de conflicto. Sin duda un mayor compromiso con las aportaciones de las Comisiones de Cooperación del Parlamento y las recomendaciones del Consejo de Cooperación garantizaría un mejor funcionamiento de la política de AH.

Para llevar a cabo una AH adecuada resulta imprescindible el seguimiento de las Iniciativas Internacionales. Desde la adhesión a los Principios y buenas practicas de la Donación Humanitaria (GHD), pasando por la Iniciativa IASC, el protocolo de Hyogos para la reducción del riesgo de desastres, la iniciativa de Oslo sobre limitación de actuaciones de los ejércitos en labores humanitarias, hasta el Consenso Europeo en AH, forman parte de los compromisos adquiridos por la Cooperación Española en esta materia. Sin embargo, el reto de operativizar estas iniciativas continúa pendiente.

Si bien la apuesta por la asignación de fondos a través de la vía multilateral ha sido una tendencia de la AH Española, la mayor parte de estos se siguen canalizando a través de la modalidad multilateral. Esta modalidad permite al donante colocar la financiación en las zonas y proyectos que decide, pudiendo cambiar el criterio cada año. No obstante, sería deseable realizar las aportaciones a los Fondos Comunes de NNUU por la mayor previsibilidad y equilibrio en la distribución de recursos a las diferentes crisis en función de las necesidades no cubiertas.

En relación con el punto anterior, se deben redoblar los esfuerzos para una mayor coordinación con los Organismos Internacionales de AH, tanto en aspectos de financiación como en el intercambio de información, especialmente de los sistemas de alerta temprana. La disponibilidad de información acerca de necesidades, disponibilidad de recursos y actores humanitarios involucrados es clave para la toma de decisiones. Respecto a la coordinación con donantes españoles, aunque se ha avanzado mucho en la relación con las CCAA, se deben aunar más las estrategias de financiación, especialmente en respuesta a las emergencias.

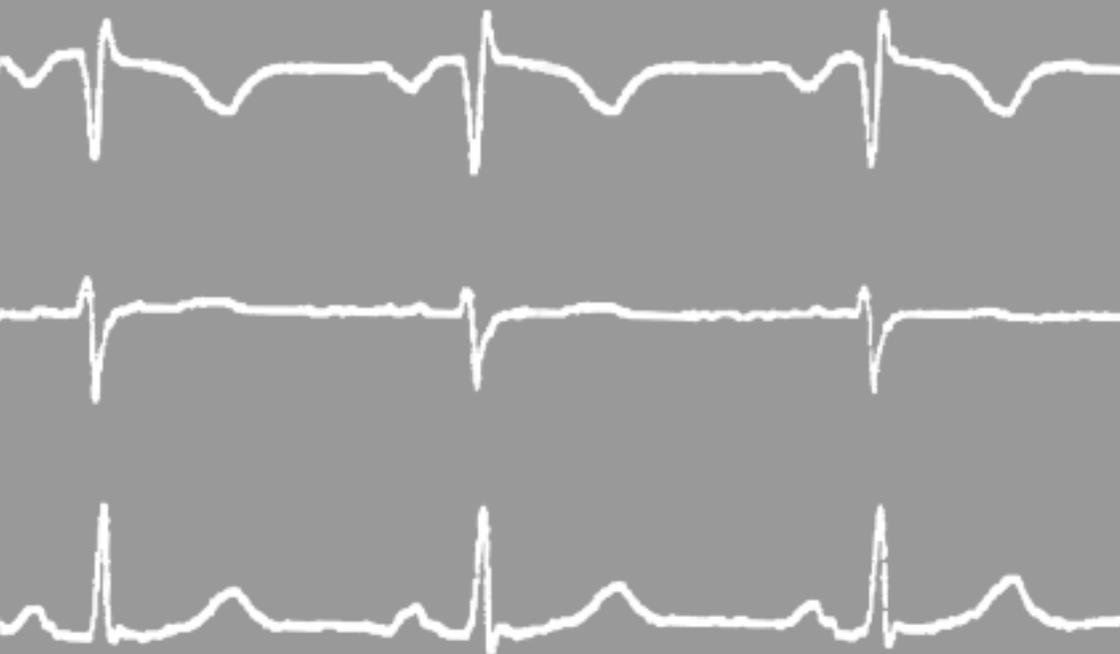
Para avanzar en sistemas de coordinación resulta imprescindible fortalecer la estructura operativa de la Oficina de AH. Es necesaria una clara apuesta por dotarla de mayores recursos con capacidad para llevar a cabo el gran reto de la coordinación, pero también de planificación y gestión. Dentro de esto, se debe incrementar el trabajo conjunto con el resto de departamentos de cooperación de la AECID para asegurar el enfoque VARD. Tras la respuesta a las emergencias se debe garantizar la continuidad con la rehabilitación temprana y el posterior desarrollo de las zonas afectadas por una crisis, y para esto es clave la coordinación con los técnicos de las distintas áreas geográficas implicadas de la Agencia.

Igualmente sucede con el desarrollo de los programas de Reducción del Riesgo de Desastres que implican tanto a la OAH como a la Cooperación al Desarrollo. El trabajo coordinado en estos programas resulta clave para que puedan ser efectivos. Pero no solo a nivel de la sede central de la AECID, sino en coordinación con las OTC en el terreno. Esta es una línea con tímido desarrollo dentro de la AH, pero una gran apuesta de cara al futuro para contar con más elementos que permitan mitigar el efecto de las cada vez más destructivas catástrofes naturales.

Uno de los grandes retos de la Acción Humanitaria de nuestros tiempos es la calidad con la que esta se lleva a cabo. De ella y no solo de los recursos disponibles depende la supervivencia de las personas atrapadas en las crisis. Hay disponibles suficientes estándares, entre los que destacan las guías IASC y el Proyecto Esfera, para aplicarlos en diferentes tipos de escenarios. El seguimiento de estos estándares va a redundar en una mayor deseada eficacia de las acciones de AH.

Igualmente la eficiencia con la que se gestiona la AH es otro de los puntos a trabajar, máxime en circunstancias de recortes financieros como son las actuales. Esto abarca múltiples aspectos que van desde la creación de nuevos instrumentos de financiación, hasta la activación de procedimientos, pasando por la coordinación.

Otro de los grandes retos de la AH sigue siendo la evaluación. Es un aspecto poco desarrollado por la Cooperación Española, sin duda costoso, pero básico para valorar si la AH implementada se ha llevado a cabo con criterios de calidad y si finalmente es eficaz en conseguir garantizar la supervivencia y proporcionar un sistema de vida digna para quienes sufren las crisis. Se han de considerar las lecciones aprendidas de intervenciones previas, especialmente en grandes desastres o conflictos, para establecer medidas de mejora que eviten cometer los mismos errores. Una evaluación debería servir de base para la rendición de cuentas, tanto del empleo de los fondos como de lo realizado con ellos. Una rendición de cuentas es necesaria no solo ante los ciudadanos, sino ante los propios receptores de la ayuda y organismos internacionales de AH. De forma complementaria queda bastante por avanzar en la transparencia en aspectos como los criterios usados para la toma de decisiones, así como en los procesos y resultados del desempeño de la Acción Humanitaria.



CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

(i) **La prolongada crisis financiera y económica está afectando de manera notable a los valores en los que se sustenta la cooperación internacional sanitaria.** Hay valores como la solidaridad o anteponer los derechos universales sobre otros intereses que se están viendo cuestionados ante la magnitud de la crisis que está sufriendo gran parte del planeta. Pero esta crisis es más una crisis de distribución de la riqueza que una falta de recursos en el mundo. Así, mientras que el número de personas sin empleo crece en 67 millones a causa de esta crisis, el número de personas millonarias en el mundo aumenta hasta 12 millones, que tienen 26.450 veces los recursos económicos del conjunto de los 1.400 millones de personas que viven en extrema pobreza; esto supone una evidente inequidad. Estas cifras –incremento de millonarios y de parados– avalan el fracaso de las estrategias de reducción de protección social que algunos países plantean a causa de esta crisis.

Sí queremos que el mundo avance de una manera justa, es necesario volver a poner en valor la solidaridad y los mecanismos de redistribución de la riqueza, y así evitar las evidentes y crecientes inequidades que sufren muchas personas en el mundo.

(ii) **En 2015 no se van a alcanzar la totalidad de las metas de los Objetivos del Milenio (ODM), a pesar de los avances conseguidos.**

Algunas metas de los ODM ya se hayan conseguido, como mejorar la vida de 100 millones de personas que viven en tugurios, reducir a la mitad la pobreza extrema o la falta de acceso a fuentes de agua mejoradas, pero respecto al resto no hay previsiones realistas de que se alcancen de aquí a 2015. Los resultados obtenidos en la consecución de los ODM no han sido uniformes, ni entre países y regiones mundiales, ni internamente dentro de cada país. Si nos centramos en los ODM de salud, ni la reducción en 2/3 de la mortalidad de menores de 5 años ni la de 3/4 de la mortalidad materna ni las metas relacionadas con vih/sida, malaria y tuberculosis se cumplirán en el plazo previsto, a pesar de haber mejorado sus indicadores mundiales de forma ostensible.

Esta falta de éxito en la consecución de las metas en salud que la comunidad internacional se comprometió a cumplir en 2015 tiene múltiples causas, pero hay dos que queremos destacar. Por una parte la comunidad no ha cumplido los compromisos de desembolso de recursos necesarios para alcanzar los objetivos previstos. Por otra parte, la indefinición que ha habido sobre los mejores procesos para alcanzar las metas ha provocado, en algunos casos, una apuesta por iniciativas verticales, lográndose resultados interesantes en la lucha contra algunas enfermedades pero a costa de una menor eficiencia, eficacia, impacto y sostenibilidad de las mismas.

Es necesario que en estos dos años se acelere la consecución de los ODM, tal y como promueve Naciones Unidas, y que, en referencia a salud, se apueste por estrategias que promuevan la Atención Primaria de Salud y el fortalecimiento de los sistemas locales de salud

(iii) Los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y Post 2015 son dos procesos que en 2014 deben converger en una única Agenda, que deberá definir claramente el papel que va a jugar la salud.

Después de los ODM hay un consenso general para que sean los ODS los que lideren los esfuerzos internacionales para el desarrollo. Estos ODS, a diferencia de los ODM, además de en las personas, ponen el foco en el planeta. Está en discusión la relevancia que la salud va a tener en estos ODS, si va a ser un objetivo en sí, o perderá relevancia para ser un objetivo secundario dentro de otro más amplio. Esto podría afectar a los esfuerzos que se deban realizar en el sector de la salud, ya que podría no estar en el primer plano de las políticas internacionales de desarrollo. El papel de la salud parece más relevante en el otro proceso clave para el desarrollo como es la agenda post 2015, pero aún no está decidido el rol final del sector de la salud.

Para que se mantenga como prioridad internacional, la salud debe ser un objetivo en sí misma dentro de las futuras prioridades mundiales para el desarrollo, y no solamente un medio para alcanzar otros fines.

(iv) La OMS apuesta por la cobertura sanitaria universal como la propuesta que guíe la salud mundial.

En el escenario internacional de reflexión para definir las próximas metas y prioridades de desarrollo, la OMS está proponiendo la cobertura sanitaria universal como el eje que determine las prioridades estratégicas y políticas de la salud mundial en los próximos años. Esta cobertura sanitaria pretende conseguir que todas las personas tengan acceso a los servicios de salud que necesitan, sin que sufran dificultades financieras por ello. Los 3 ejes donde se trabajaría serían: mayores servicios a la población, más población cubierta y menos pago por acto, incrementando el pago mancomu-

nado. Pero necesitamos definir cuáles son los procesos y las hojas de ruta más eficaces para alcanzar estos resultados. Además la salud depende de otros muchos factores externos a los servicios sanitarios, como la pobreza, el acceso a agua potable o la nutrición.

Para garantizar resultados, es necesario unificar la percepción del concepto de cobertura sanitaria universal, que tiene que sustentarse en garantizar el derecho de todas las personas a la salud. Es necesario que, a la apuesta por cobertura sanitaria universal, se incorpore la apuesta por un sistema de protección social que garantice la incorporación de los determinantes de salud, la inclusión de la salud en todas las políticas y la participación de la población.

(v) En España, la reforma sanitaria y las políticas de recortes se cobran sus primeras víctimas.

Desde la introducción del Seguro Obligatorio de Enfermedad en 1946, España ha pasado por una historia de sucesiva ampliación de derechos en la atención sanitaria, integrando cada vez más colectivos, cubriendo más supuestos de enfermedad y facilitando cada vez más la financiación solidaria. Con el Real Decreto Ley 16/2012 se rompió el consenso que regía durante los últimos veinte años en la política sanitaria. Se intenta, por vía de un decreto, poner las bases para un nuevo modelo de salud basado en el aseguramiento y, en contra de las obligaciones en relación con los derechos humanos internacionalmente reconocidos, se proponen medidas que son regresivas y discriminatorias. Desde nuestros programas en España, constatamos que se deniega la atención sanitaria a ciertos colectivos – en concreto personas inmigrantes en situación administrativa irregular –, que existen severas dificultades en el acceso a medicamentos por el copago y que se factura la atención en urgencias.

Reclamamos al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad que ponga en marcha las medidas legislativas, políticas y presupuestarias necesarias para restituir el modelo sanitario acorde con el principio de Universalidad de la asistencia sanitaria.

(vi) En el último año, en España, se han producido recortes en la sanidad pública, y en algunas Comunidades Autónomas se asientan y/o emergen modelos de gestión basados en la mercantilización de la salud.

El gasto en sanidad ha ido cayendo sucesivamente en los últimos años. El presupuesto del Ministerio de Sanidad ha bajado en términos absolutos y relativos en relación con los presupuestos generales del Estado. A nivel de las CCAA el presupuesto de sanidad es el que más ha sufrido: en los últimos tres años más del 60% del recorte fue soportado por las partidas presupuestarias destinadas a sanidad. Al mismo tiempo, la aportación de los pacientes al gasto anual en fármacos sigue incrementándose. Mien-

tras esto ocurre, se promueve la apertura de los servicios de provisión pública a actores privados con ánimo de lucro, que se materializa sobre todo a nivel autonómico. A pesar de las experiencias sobre notables fracasos de la privatización – notablemente en el Reino Unido – algunos gobiernos regionales siguen insistiendo, evidentemente motivados más por razones ideológicas que empíricas, en la glorificación de la iniciativa privada y la devaluación de la ética funcionarial. Por otro lado, no se hace accesible la información sobre los costes y el desempeño que permitiría una comparación de distintos modelos de gestión.

Reclamamos al gobierno de España y a los gobiernos autonómicos, en tanto que obligados a garantizar el derecho a la salud de toda la población - independientemente de la comunidad autónoma en la que vivan, de su procedencia y de su capacidad económica - que garanticen el acceso a la sanidad pública y que lo doten presupuestariamente de manera suficiente. La sanidad no debe ser considerada como un gasto sino como una inversión para mejorar el bienestar y la productividad de la población, sobre todo en momentos como los actuales, ya que actúa como un importante mecanismo de mitigación del impacto de la crisis en las personas. Asimismo, demandamos más transparencia en las decisiones que afectan a la sanidad pública y que se fortalezca el sistema público como la forma más eficiente de garantizar este derecho y asegurar la mayor accesibilidad a toda la población.

(vii) Los datos de AOD conjunta del CAD en 2012 retroceden un 6%, confirmando el cambio de tendencia.

La ayuda oficial al desarrollo del conjunto de donantes del CAD retrocedió un 6 % en 2012. A nivel de esfuerzo, la AOD disminuye del 0,31% del PIB en 2011 al 0,29% en 2012. Esta reducción es la mayor desde 1997 y es la primera vez desde entonces que la ayuda se ha reducido en dos años consecutivos.

A pesar de este escenario, cuatro países han presentado aumentos de su AOD: Australia, Canadá, Corea del Sur y Nueva Zelanda. Este último país, que, junto con España y Turquía, es uno de los aspirantes a las dos sillas de miembros no permanentes del Consejo de Seguridad de Naciones Unidas, ha aumentado su AOD un 50 % en los cuatro últimos años. Por tercer año consecutivo, en el capítulo de descensos, vuelve a destacar España, que presenta otra vez el mayor recorte en términos absolutos, con una disminución de 2.225 millones de dólares, es decir, más del 53% respecto a 2011. La reducción acumulada por la cooperación española en los últimos cuatro años es del 70%. En 2012 la ayuda española se sitúa en el puesto 15 del CAD por monto de AOD (frente al sexto lugar que ocupó en 2009) y en el puesto 21 en cuanto al esfuerzo (muy por debajo del decimoprimer lugar que llegó a ocupar en 2009).

La reducción de la ayuda al desarrollo puede tener graves consecuencias para la comunidad internacional. Todos los países donantes 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, imprescindibles para asegurar los derechos básicos de las personas.

(viii) El conjunto del CAD destinó en 2011 el 12,5 % de su AOD a salud, alcanzando la cifra de 19.316 millones dólares, después de una década de incrementos continuos.

Entre 2006 y 2011 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.

En 2011, casi la mitad de la ayuda en salud del conjunto del CAD se dirigió a África subsahariana, la región con mayores problemas de salud.

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.

(ix) Las Instituciones Europeas dedicaron al sector salud en 2011 solamente el 3,67 % de su AOD, muy lejos del 15% recomendado para este sector.

La aparente recuperación de la AOD de las Instituciones Europeas en 2011 se ha debido solamente a un cambio en el sistema de cómputo de la AOD, no a un incremento real. Además, las previsiones incluidas en el proyecto de marco financiero plurianual de la Unión Europea para 2014-2020 dan a entender que no habrá incremento en la AOD.

La AOD destinada al sector salud por las Instituciones Europeas tuvo una recuperación en términos absolutos, pero su peso relativo en el conjunto de la ayuda europea volvió a disminuir por quinto año consecutivo, hasta situarse en el 3,67 % de la AOD en 2011. 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 debe tener dentro de las políticas de cooperación.

(x) Dramático descenso de la AOD española en 2012.

Después de acumular importantes recortes en 2010 y 2011, la AOD ejecutada en 2012 baja hasta niveles de hace más de una década. En este año el retroceso de la AOD es de 1.400 millones de euros. En tres años la AOD española ha quedado reducida a un tercio de lo que fue, recorte desproporcionado respecto al promedio de los departamentos ministeriales, que ha sido del 30 %.

Las organizaciones responsables de este informe consideramos que no deberían seguir produciéndose más recortes en el presupuesto destinado a cooperación sino que el gobierno debería empezar a dar señales de recuperación en esta política.

(xi) La salud corre el riesgo de convertirse en un sector residual de la Cooperación Española

Mientras declarativamente la salud sigue siendo uno de los sectores prioritarios de la Cooperación Española, de facto sigue sufriendo los mayores recortes dentro de la ya de por sí recortada AOD.

En 2012 la cooperación española destinó al sector salud 74 millones de euros, lo que representa un descenso de más del 60% respecto a 2011. Además, su peso relativo dentro del conjunto de la ayuda se sigue alejando del 15% recomendado, situándose por debajo del 5 %. En el período de vigencia del III Plan Director (2009-2012), mientras el conjunto de la AOD se recortaba un 66 %, la AOD en salud se recortó en un 85 %.

Si se cumplen las previsiones realizadas por la SGCID para 2013, tanto el importe como el peso relativo volverán a bajar y la salud quedará como un sector residual de nuestra cooperación.

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 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.

(xii) Importante retroceso de la aportación de la Administración General del Estado en la AOD bilateral en salud

Por primera vez en muchos años, la ayuda bilateral en salud aportada por la AGE es inferior a la aportada por la cooperación descentralizada (CCAA + EELL). Por tanto, el fuerte retroceso que está sufriendo el sector salud en el conjunto de la Cooperación Española se debe fundamentalmente al comportamiento de la AGE.

Dado el liderazgo estratégico que el MAEC (en concreto la SECPI) ejerce en la política de cooperación y de sus declaraciones sobre la prioridad que el sector salud tiene en sus orientaciones estratégicas, no parece coherente esta reducción, por lo que se debería revisar cómo se producen los procesos de asignación sectorial de la ayuda y por qué se producen estas disfunciones. Es necesaria una estrategia global que visibilice el compromiso con el sector de la salud y defina con claridad las prioridades sectoriales y estratégicas

(xiii) En 2012, por primera vez desde que tenemos constancia, no se han producido desembolsos de ayuda vía crédito para el sector salud.

Cuando en 2002 iniciamos la elaboración de estos informes sectoriales nos llamó la atención el altísimo porcentaje de ayuda bilateral en salud que se apoyaba en instrumentos reembolsables. Ha sido un aspecto que hemos cuestionado en estos informes reiteradamente, por entender que este sector no genera un retorno económico directo que permita devolver los créditos, por lo que puede llevar a incurrir en mayor endeudamiento; y también porque las operaciones reembolsables fácilmente podían impulsar estrategias de recuperación de costes que limitaran el acceso a los servicios de salud precisamente a las poblaciones más vulnerables.

Es muy conveniente que este buen dato, que implica simplemente el cumplimiento de lo previsto en la ley que regula el FONPRODE, se confirme como un criterio estable y no como un episodio puntual, de forma que en el futuro sea la ayuda no reembolsable la que dé cobertura al sector salud.

(xiv) El Proyecto de Ley de Racionalización y Sostenibilidad de la Administración Local, puede implicar de facto la desaparición de la cooperación local en muchas comunidades autónomas.

La cooperación descentralizada española, elemento singular y diferenciador con respecto a la cooperación que realizan países vecinos, permite una cooperación más cercana a la ciudadanía, tanto de los países receptores como de los donantes, y cubrir nichos de pobreza invisibles para las grandes estrategias de cooperación internacional. Además, tiene el valor añadido de su experiencia en los procesos de descentralización, que actualmente son muy comunes en los países de renta media y baja. Este papel ha sido puesto en valor por la cooperación estatal española y por el conjunto de donantes (CAD).

Por este motivo es incomprensible que la Ley de Racionalización y Sostenibilidad de la Administración Local vaya a imposibilitar en la práctica que muchas entidades locales puedan realizar cooperación, dejándola como actividad impropia de estas instituciones.

Es necesario que la apuesta por la cooperación local no se base en la buena voluntad de las personas que lideran las instituciones, sino que estas instituciones deben participar en los procesos de cooperación por una implicación en la defensa de los derechos universales de todas las personas, entre ellos el derecho a la salud. La cooperación local debe seguir siendo un activo de la cooperación española, aunque eso suponga tener que modificar la ley para que la cooperación no sea una actividad impropia para las entidades locales.

(xv) Siguiendo la tendencia de los últimos años, la cooperación descentralizada sigue disminuyendo en 2012, especialmente la cooperación local.

La AOD descentralizada sigue disminuyendo sus cifras. Este año el descenso más acusado se da en la cooperación de las Entidades locales (un 57%), el mayor que se ha dado en los últimos 13 años, y puede suponer en la práctica el desmantelamiento de la cooperación local. En cuanto a la AOD autonómica, se mantiene la tendencia de restricción en las partidas destinadas a cooperación, disminuyendo un 13,5%, si bien es cierto que el descenso autonómico se suaviza respecto a 2011. Pero no todas las CCAA ni las Entidades Locales se comportan igual. La situación es muy heterogénea dependiendo mucho del compromiso político que cada comunidad o Entidad Local quiere tener con la cooperación. En 2012, 5 CCAA incrementan su AOD, y el resto, 12, la disminuyen.

Es necesario mantener la apuesta por la cooperación descentralizada, tanto autonómica como local, ya que supone un hecho diferenciador positivo de la cooperación española que le dota de unos valores añadidos que mejora la calidad de la cooperación en su conjunto.

(xvi) La cooperación autonómica en salud crece respecto a 2011, si bien estamos en cifras que nos retrotraen a antes de 2004 en términos absolutos y relativos, y es uno de los agentes más importantes del sector.

La cooperación autonómica en salud aumenta sus cifras absolutas respecto a 2011. Las CCAA han destinado a salud 19.172.688 €, 756.979 euros más que en 2011, pero debemos apuntar que estas cifras suponen 9 millones menos que en 2004. En cuanto a la AOD para salud de las EELL, siguiendo la tendencia general de 2012, disminuye un 51%.

El incremento de la cooperación autonómica en salud, unido al descenso de la AOD sanitaria del estado, explica que la cooperación sanitaria de las CCAA se haya

convertido en uno de los actores más relevantes de este sector en España, con un 25% de toda la AOD sanitaria española.

No obstante, la cooperación sanitaria descentralizada es muy heterogénea: 4 CCAA aumentaron sus presupuestos y otras 4 no destinaron dinero a este sector. Estos datos y la errática tendencia que suelen tener las CCAA en este sector, nos muestran la tremenda disparidad de criterios que existen entre las diversas CCAA, lo que les resta eficacia, eficiencia e impacto.

El incremento de las cifras de la cooperación autonómica en salud se debe mantener hasta alcanzar el 15% del conjunto de su AOD. Pero también es necesaria una mejora de su predictibilidad, a través de iniciativas que permitan generar procesos conjuntos de desarrollo en salud con las instituciones locales. Necesitamos incluir la gestión orientada a resultados, la definición de prioridades dentro de un sector tan amplio como la salud, priorizando el fortalecimiento de los sistemas de salud y la Atención Primaria de Salud, incrementar el rol de la sociedad a través de la participación en la definición de prioridades, reforzar el papel de la sociedad civil y de las instituciones descentralizadas locales, y coordinar su trabajo con otros actores.

(xvii) La Ayuda Humanitaria Internacional disminuyó un 8% en 2012, quedando sin cubrir las necesidades humanitarias de unos 80 millones de personas en todo el mundo.

La financiación internacional destinada a Acción Humanitaria disminuyó hasta los 17.600 millones de dólares en 2012, lo que supuso un descenso del 8% respecto al año anterior. Hubieran hecho falta 3.100 millones de dólares adicionales para cubrir las necesidades humanitarias detectadas. Lo que en términos reales supone que en torno a 80 millones de personas con necesidades humanitarias se han quedado sin cubrir.

De los 21 llamamientos que las Agencias de Naciones Unidas realizaron en 2012 para captación de fondos de los Estados miembros, solo se consiguieron cubrir el 63% de las necesidades humanitarias mundiales.

Los gobiernos de los Estados miembros de Naciones Unidas, especialmente los de economías más avanzadas, deben hacer frente al compromiso de apoyar financieramente al sistema humanitario internacional, especialmente a las Agencias de NNUU. Las necesidades humanitarias de las poblaciones en situaciones de crisis por catástrofes naturales o conflictos armados, deben ser satisfechas de inmediato, para garantizar su supervivencia.

(xviii) Se desploma la Acción Humanitaria de la Cooperación Española

Por tercer año consecutivo disminuye la ayuda oficial española destinada a Acción Humanitaria. Se pasa de 307 millones de Euros en 2011 a la exigua cantidad de 72

millones de Euros, lo que supone una caída porcentual del 77% respecto al año anterior y, lo que aún es más significativo, los fondos destinados en 2012 a AH suponen tan solo el 15% de la ayuda neta destinada a AH hace tan solo 4 años. Se retrocede, en esta ocasión, a niveles de una década anterior, pasando de estar situada entre los principales contribuyentes en el ámbito internacional a una situación marginal.

El peso de la AH en el total de la AOD española ha pasado en 2012 del 9% al 3,5%. Podría argumentarse que en este año no se produjeron megadesastres que hubiera que atender. Sin embargo quedaron sin cubrir un 37% de las necesidades humanitarias a nivel mundial, lo que indica el escaso interés actual de la Cooperación Española en la AH.

La Acción Humanitaria sigue siendo más necesaria que nunca, como lo demuestra el incremento de los desastres naturales que cada vez se extienden a más regiones del planeta afectando a más población. De forma paralela, lejos de desaparecer, los conflictos armados y la violencia se recrudece aumentando el número de personas refugiadas y desplazadas. Este dramático panorama debería hacer reflexionar a los dirigentes de la Cooperación Española y dotar a la AH de los fondos necesarios para garantizar la supervivencia de millones de personas afectados por crisis humanitarias.

