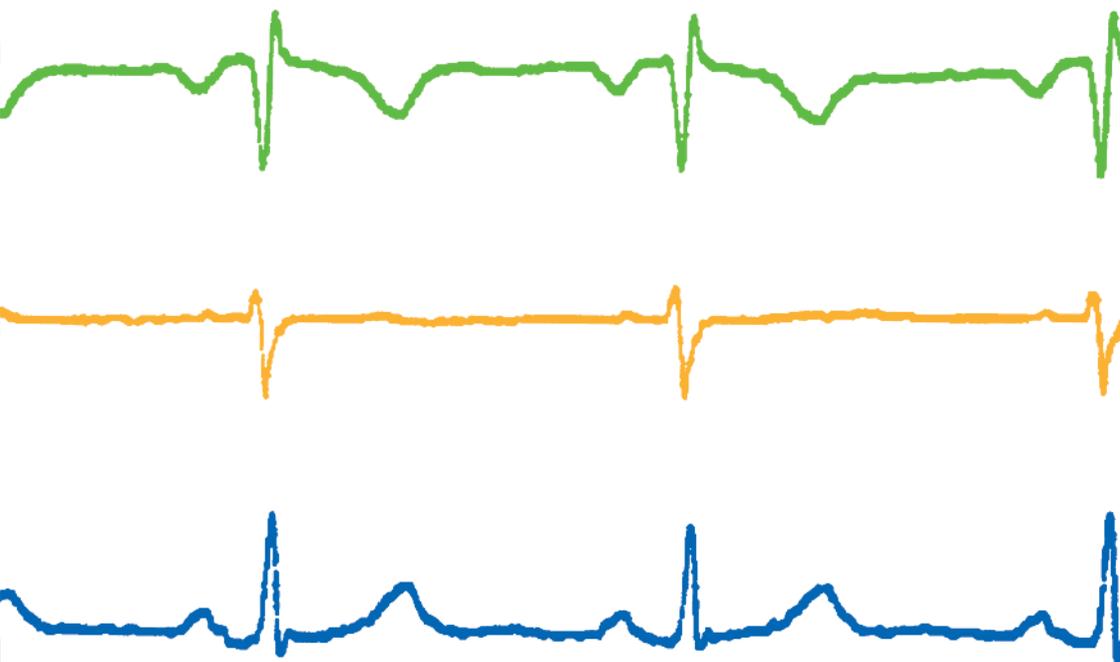


La salud en la cooperación al desarrollo y la acción humanitaria

Informe 2012



Equipo técnico

Carlos Mediano
José María Medina
Stefan Meyer

Equipo asesor

Félix Fuentenebro
José María Medina
John Orlando

Colaboradores:

Ricardo Angora
Philippe Benassi
Emiliana Tapia

Edita

medicmundi
Prosalus
Médicos del Mundo

Trabajo de edición

Raúl Aguado García

Diseño y maquetación

estudio blg

Impresión

ADVANTIA, S.A.

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@medicmundi.es

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

La salud en la cooperación al desarrollo y la acción humanitaria

Informe 2012

medicmundi

Prosalus

Médicos del Mundo

ÍNDICE GENERAL

INTRODUCCIÓN	17
CAPÍTULO I. Situación de la salud en el mundo	21
1. Introducción	21
2. Evolución de los ODM en Salud	23
2.1. Objetivo 4: Reducir en 2/3 la mortalidad de menores de 5 años	25
2.2. Objetivo 5: Mejorar la salud materna	30
2.3. Objetivo 6: Combatir vih/sida, paludismo y otras enfermedades	36
2.4. Evolución de otros ODM	47
3. El futuro de los ODM	49
4. Más allá de 2015	50
5. Busan y la Eficacia de la Ayuda	53
6. Eventos destacados septiembre 2011-agosto 2012	58
7. Agenda Septiembre 2012-septiembre 2013	62
Introduciendo la exclusión sanitaria en España: un cambio de modelo	63
CAPÍTULO II. Perspectiva internacional	75
1. Introducción	75
2. Comité de Ayuda al Desarrollo	75
2.1. Evolución de la AOD en Salud	79
2.2. Composición sub-sectorial de la AOD en Salud	83
2.3. Distribución geográfica	88
3. Unión Europea	89
3.1. Composición sectorial de la ayuda en salud de la comisión europea....	90
3.2. Distribución Geográfica de la ayuda en salud de la comisión europea	92
CAPÍTULO III. La salud en la cooperación española	95
1. Consideraciones generales	95
1.1. Consideraciones metodológicas sobre el cómputo de la AOD	95
1.2. Datos generales de la AOD en 2011	96
2. AOD en salud en 2010	103
2.1. Principales datos de la AOD en salud en 2011	103
2.2. Ayuda canalizada a través de organismos multilaterales	107

2.2.1. Introducción	107
2.2.2. AOD multilateral en salud 2011	108
2.2.3. AOD multilateral en salud 2011	110
2.3. Ayuda bilateral	111
2.4. Distribución sectorial de la AOD en salud	117
2.5. Distribución geográfica de la AOD en salud.....	122
CAPÍTULO IV. La salud en la cooperación descentralizada	129
1. Introducción	129
2. Las cifras de la cooperación de las comunidades autónomas	135
3. La salud en la cooperación autonómica	137
3.1. Distribución de AOD autonómica en salud vía organismos multilaterales de desarrollo (OMUDES)	141
3.2. Composición sectorial de la ayuda autonómica en salud	141
3.3. Distribución geográfica de la ayuda en salud	144
4. Las entidades locales	150
CAPÍTULO V. Acción humanitaria	159
1. Ayuda Humanitaria Internacional.....	163
1.1. Canalización de la ayuda internacional para Acción Humanitaria.....	167
2. La Acción Humanitaria de la cooperación española en 2011	172
2.1. El marco normativo de la Acción Humanitaria y su recepción en España.....	172
2.2. España en el mundo	173
2.3. España en Europa: El “EUCONSENSUS”	174
2.4. La distribución geográfica	176
2.5. La canalización de fondos	181
2.5.1 La Ayuda Humanitaria bilateral	181
2.5.2 La Ayuda Humanitaria multilateral	182
2.5.3 La Ayuda Humanitaria multilateral	184
2.6. La Ayuda Humanitaria por sectores	186
2.7. La Ayuda Humanitaria por agentes	192
2.8. Gestión de la Ayuda Humanitaria	193
2.9. La acción Humanitaria descentralizada	195
3. Retos de la cooperación española en materia de Ayuda Humanitaria	201
CAPITULO VI. Conclusiones y recomendaciones	203

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Grafico 1.1	Tasa de mortalidad menores de 5 años cada 1.000 nacidos vivos. 1990-2010. Fuente: Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe 2012	27
Gráfica 1.2	Porcentaje de niños de grupo etario apropiado que recibieron al menos una dosis de la vacuna del sarampión 2000 y 2010. Fuente: Objetivos Desarrollo del Milenio. Informe 2012	29
Gráfica 1.3	Razón de mortalidad materna/100.000 nacidos vivos, 1990, 2000 y 2010.Fuente: Objetivos Desarrollo del Milenio. Informe 2012	31
Grafica 1.4	Porcentaje de partos asistidos por personal sanitario 1990 y 2009	33
Gráfica 1.5	Porcentaje de mujeres casadas o en relación de pareja que usan un medio anticonceptivo. Fuente: Objetivos Desarrollo del Milenio. Informe 2012	35
Gráfica 1.6	Millones de personas que viven infectadas por VIH, nuevas infecciones, y muertes por sida en el mundo, 1990-2010. Fuente: Objetivos Desarrollo del Milenio. Informe 2012	37
Gráfica 1.7	Número de personas (millones) que reciben tratamiento antirretroviral 2002-2010 y de muertes por Sida 2000-2010. Fuente: Objetivos Desarrollo del Milenio. Informe 2012	38
Gráfica 1.8	Cantidad de muertes por tuberculosis por 100.000 habitantes (excluidas personas con VIH), 1990 y 2010. Fuente: Objetivos Desarrollo del Milenio. Informe 2012	46
Gráfico 2.1	AOD de los países del CAD, en monto y como porcentaje del PIB, en 2011. Fuente: CAD OCDE.....	76
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.....	78
Grafico 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.....	80

Grafico 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	81
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	82
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	84
Gráfico 2.7	Desembolsos brutos de AOD en salud de la Comisión Europea por sectores CRS (en millones de dólares corrientes). Elaboración propia a partir de datos del Creditor Reporting System	90
Gráfico 3.1	Evolución de la AOD planificada y desembolsada 2002-2011. Fuente: elaboración propia a partir de los PACI y de los informes de seguimiento PACI	97
Gráfico 3.2.	Evolución del porcentaje de RNB para AOD, planificado y desembolsado 2002-2011. Fuente: elaboración propia a partir de los PACI y de los informes de seguimiento PACI.....	98
Gráfico 3.3	Evolución de la AOD en salud y del porcentaje sobre el total de AOD, 2002-2011. Fuente: Elaboración propia a partir de los informes de seguimiento PACI. El dato de 2012 es una previsión en base al PACI 2012	104
Gráfico 3.4	AOD en salud por subsectores y canales, 2011. Fuente: elaboración propia a partir de datos seguimiento PACI 2011	106
Gráfico 3.5	Evolución de la AOD en salud por agentes. 2006-2011. Fuente: elaboración propia a partir de datos seguimiento PACI....	107
Gráfico 3.6	Evolución de la AOD en salud por canales. 2005-2011. Fuente: elaboración propia a partir de datos seguimiento PACI	108
Gráfico 3.7	Distribución de la AOD bilateral en salud por agentes financiadores, 2011. Fuente: Elaboración propia a partir de datos seguimiento PACI 2011	113

Gráfico 3.8	Distribución geográfica de la AOD bilateral en salud por agentes, 2011. Fuente: Elaboración propia a partir de datos seguimiento PACI 2011	115
Gráfico 3.9	Evolución de los desembolsos de AOD reembolsable para salud y % sobre AOD bilateral. 2005-2011 Fuente: elaboración propia a partir de datos seguimiento PACI 2011	117
Gráfico 3.10	Evolución de la AOD en salud por subsectores y canales, 2006-2011. Fuente: elaboración propia a partir de datos seguimiento PACI 2011	118
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 2007 – 2011	132
Gráfico 4.2	Evolución de la AOD descentralizada en España. 1994-2010. Fuente: elaboración propia a partir de datos de los seguimientos de los PACI.....	133
Gráfico 4.3	Evolución de AOD en salud procedente de comunidades autónomas. Fuente: elaboración propia a partir de datos del seguimiento del PACI 2004-2011	138
Gráfico 4.4	Distribución sectorial de AOD en salud de las CC.AA. 2007-2011. Fuente: elaboración propia a partir de datos del seguimiento del PACI	142
Gráfico 4.5	Distribución regional de la AOD en salud de las CCAA 2010/2011 (%).Fuente: elaboración propia a partir de los datos del seguimiento de los PACI 2010-2011	145
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 2005-2011	147
Gráfico 5.1	Distribución de los CERF por región y países durante 2011. Fuente: Informe anual CERF	169
Gráfico 5.2	Evolución de la AOD española destinada a acción humanitaria. Fuente: elaboración propia a partir de datos SGCID	175
Gráfico 5.3	Evolución de los fondos de ayuda humanitaria española por regiones de destino. Fuente: elaboración propia a partir de datos SGCID	179

Gráfico 5.4	Canalización de AOD española en Acción Humanitaria. Fuente: elaboración propia a partir de datos SGCID	181
Gráfico 5.5	Comparativa AOD española multilateral para acción humanitaria en €, durante 2010 y 2011, por vías de canalización. Fuente: elaboración propia a partir de datos SGCID	183
Gráfico 5.6	AOD española multilateral para acción humanitaria en €, durante 2010 y 2011, por vías de canalización. Fuente: elaboración propia a partir de datos SGCID	185
Gráfico 5.7	Colocación de fondos por sectores. Fuente: elaboración propia a partir de datos SGCID	189
Gráfico 5.8	Evolución comparativa entre la ayuda humanitaria descentralizada y la estatal. Fuente: elaboración propia a partir de datos SGCID	196
Gráfico 5.9	Fondos en porcentaje, de ayuda humanitaria descentralizada por región de destino. Fuente: elaboración propia a partir de datos SGCID	199
Gráfica 5.10	Distribución sectorial de la ayuda humanitaria descentralizada. Fuente: elaboración propia a partir de datos SGCID	200

ÍNDICE DE TABLAS

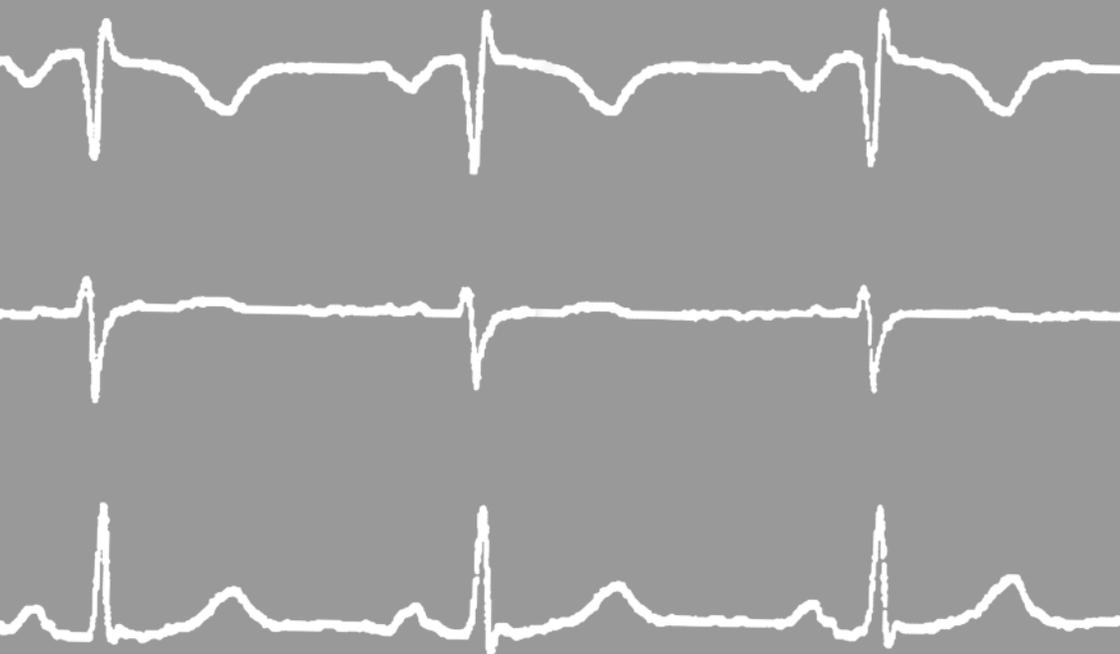
Tabla 2.1	AOD neta de los países del CAD 2009-2010 (en millones de dólares corrientes). Fuente: OCDE-CAD	77
Tabla 2.2	Desembolsos brutos de la AOD del conjunto de países del CAD (en dólares corrientes). Fuente: Creditor Reporting System	79
Tabla 2.3	Desembolsos brutos de la AOD bilateral en salud de los países del CAD 2006-2010 (en millones de dólares corrientes). Fuente: Creditor Reporting System	83
Tabla 2.4	Desembolsos brutos de la AOD total en salud de los países del CAD por sectores CRS (en millones de dólares corrientes). Fuente: Creditor Reporting System	86
Tabla 2.5	Desembolsos brutos de la AOD bilateral en salud de los países del CAD por sectores CRS (en millones de dólares corrientes). Fuente: Creditor Reporting System	87
Tabla 2.6	Distribución geográfica de la AOD total y en salud del CAD en 2010 (en millones de dólares corrientes). Fuente: Creditor Reporting System	88
Tabla 2.7	Desembolsos brutos de la AOD de la comisión europea (en millones de dólares corrientes). Fuente: Creditor Reporting System	89
Tabla 2.8	Desembolsos brutos de la AOD en salud de la comisión europea por sectores CRS (en millones de dólares corrientes). Fuente: Creditor Reporting System	91
Tabla 2.9	Desembolsos brutos de la AOD de la comisión europea por regiones (en millones de dólares corrientes). Fuente: Creditor Reporting System	92
Tabla 3.1	Resumen de la AOD española en salud 2011. Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de seguimiento del PACI 2011	105
Tabla 3.2	Distribución de la AOD multilateral en salud según agente y receptor. 2009-2011. Fuente: elaboración propia a partir de los datos de seguimiento del PACI 2010	109
Tabla 3.3	Distribución de AOD multilateral en salud según agentes. 2009-2011. Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de seguimiento del PACI 2011	110

Tabla 3.4	Distribución de AOD multilateral en salud según organismo receptor. 2009-2011. Fuente: Elaboración propia a partir de datos seguimiento PACI	111
Tabla 3.5	Vías de canalización de la AOD bilateral en salud, 2011. Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de seguimiento del PACI 2011	112
Tabla 3.6	AOD bilateral en salud por componentes CAD-CRS, 2009-2011. Fuente: Elaboración propia a partir de datos seguimiento PACI 2011	114
Tabla 3.7	AOD bilateral en salud según prioridades geográficas del III Plan Director, 2009-2012. Fuente: Elaboración propia a partir de datos seguimiento PACI 2011	116
Tabla 3.8	Desagregación de la AOD en salud por canales y componentes CRS, 2011. Fuente: Elaboración propia a partir de datos seguimiento PACI.....	120
Tabla 3.9	Evolución de la AOD en salud por componentes CRS, 2006-2011. Fuente: Elaboración propia a partir de datos seguimiento PACI.....	122
Tabla 3.10	Orientación geográfica de la AOD en salud, 2011. Fuente: elaboración propia a partir de datos seguimiento PACI 2011	123
Tabla 3.11	Orientación geográfica de la AOD en salud según categorías del Plan Director. Fuente: Elaboración propia a partir de datos seguimiento PACI 2011	124
Tabla 3.12	Orientación geográfica de la AOD en salud según nivel de renta de los receptores, 2010-2011. Fuente: Elaboración propia a partir de datos seguimiento PACI 2011	124
Tabla 3.13	Países que recibieron mayor cantidad de AOD en salud, 2011. Fuente: elaboración propia a partir de datos seguimiento PACI 2011	125
Tabla 3.14	Orientación geográfica de la AOD bilateral en salud, 2011. Fuente: elaboración propia a partir de datos seguimiento PACI 2011	126

Tabla 3.15	Distribución geográfica de la AOD bilateral en salud según nivel de renta de los receptores. Fuente: elaboración propia a partir de los datos de seguimiento del PACI 2011	126
Tabla 4.1	Evolución cooperación descentralizada. Fuente: elaboración propia a partir de datos del seguimientos de los PACI 2008-2011	131
Tabla 4.2	Evolución porcentaje de cada CCAA en el total de AOD autonómica 2007-2011. Fuente: elaboración propia a partir de los datos de seguimiento PACI 2007-2011	134
Tabla 4.3	AOD neta por comunidades autónomas. Fuente: elaboración propia a partir de datos seguimiento PACI 2008-2011	136
Tabla 4.4	Distribución de la ayuda en salud de las CCAA 2011. Fuente: elaboración propia a partir de datos del seguimiento del PACI 2009-2011	139
Tabla 4.5	Vía de canalización de la AOD en salud autonómica. Fuente: elaboración propia a partir de los datos del seguimiento del PACI 2011	140
Tabla 4.6.a	Distribución de la AOD en salud de las CCAA por sectores 2008-2011. Fuente: elaboración propia a partir de los datos del seguimiento del PACI 2011.	143
Tabla 4.6.b	Distribución de la AOD en salud de las CC.AA. por Regiones. 2011. Fuente: elaboración propia a partir de los datos del seguimiento del PACI 2011.	146
Tabla 4.7	AOD en salud dirigida a PMA por las CCAA. 2011. AOD desembolsada. Fuente: elaboración propia a partir de los datos del seguimiento del PACI 2011.....	148
Tabla 4.8	10 países mayores receptores por volumen de AOD autonómica en salud.2011. Fuente: elaboración propia a partir de los datos del seguimiento del PACI 2011.....	149
Tabla 4.9	Distribución de AOD financiada por CCAA según categorías de países receptores del Plan Director. 2011. Fuente: elaboración propia a partir de los datos del seguimiento del PACI 2011	150
Tabla 4.10	AOD bilateral salud de entidades locales por comunidad autónoma de pertenencia. Fuente: elaboración propia a partir de los datos del seguimiento del PACI 2011	151

Tabla 4.11	EELL con mayor AOD en salud 2011. Fuente: elaboración propia a partir de los datos del seguimiento del PACI 2011	152
Tabla 4.12	Distribución de AOD financiada por EELL según categorías de países receptores del Plan Director. 2011. Fuente: elaboración propia a partir de los datos del seguimiento del PACI 2011	153
Tabla 4.13	Distribución según nivel de renta. Fuente: elaboración propia a partir de los datos del seguimiento del PACI 2011	154
Tabla 4.14.	Distribución regional de la AOD bilateral neta en salud de las EELL. 2011. Fuente: elaboración propia a partir de los datos del seguimiento del PACI 2011.....	154
Tabla 4.15	Composición subsectorial de la AOD total en salud de EELL.2011. Fuente: elaboración propia a partir de los datos del seguimiento del PACI 2011.....	156
Tabla 5.1	Fondos de ayuda humanitaria internacional en miles de millones de \$ USA. Fuente: Elaboración propia con datos del Creditor Reporting System.....	163
Tabal 5.2	Fondos comunes para AH de Naciones Unidas en millones de \$ USA. Fuente: Elaboración propia a partir del Informe Anual de OCHA 2011 e Informe Anual CERF 2011	168
Tabla 5.3	Distribución geográfica de los CERFs. Fuente: Informe anual CERF	169
Tabla 5.4	10 principales destinatarios de fondos CERF en 2011. Fuente Informe anual CERF 2011	170
Tabla 5.5	Destino de los CERFs por sectores. Fuente: Elaboración propia a partir del Informe anual de CERF 2011	171
Tabla 5.6	Destino de los CERFs por agencias de NNUU. Fuente: Elaboración propia a partir del Informe anual de CERF 2011.....	171
Tabla 5.7	Total de la AOD española destinada a acción humanitaria. Fuente: elaboración propia a partir de datos SGCID	175
Tabla 5.8	Desglose la AOD española destinada a acción humanitaria. Fuente: elaboración propia a partir de datos SGCID	176
Tabla 5.9	Distribución geográfica por regiones de la AH española en 2011. Fuente: elaboración propia a partir de datos SGCID	177
Tabla 5.10	Distribución geográfica por países de la AH española en 2011. Fuente: elaboración propia a partir de datos SGCID	178

Tabla 5.11	AOD española bilateral para acción humanitaria en 2010 y 2011, por vías de canalización en Euros. Fuente: elaboración propia a partir de datos SGCID	182
Tabla 5.12	AOD española multilateral para acción humanitaria en €, durante 2010 y 2011, por vías de canalización. Fuente: elaboración propia a partir de datos SGCID.	183
Tabla 5.13	AOD española multilateral para acción humanitaria en Euros, durante 2010 y 2011, por vías de canalización. Fuente: elaboración propia a partir de datos SGCID.....	184
Tabla 5.14	Canalización a través de Agencias de NNUU. Fuente: Financial Tracking Service de Naciones Unidas	185
Tabla 5.15	Canalización a través del sistema de NNUU. Fuente: Financial Tracking Service de Naciones Unidas	186
Tabla 5.16	Colocación de fondos por sectores. Fuente FTS NNUU	187
Tabla 5.17	Colocación de fondos por sectores. Fuente: elaboración propia a partir de datos SGCID	188
Tabla 5.18	Ayuda oficial destinada a Ah dentro de la Administración General del Estado. Fuente: elaboración propia a partir de datos SGCI.....	192
Tabla 5.19	Fondos en Euros de ayuda humanitaria descentralizada por actores. Fuente: elaboración propia a partir de datos SGCID	195
Tabla 5.20	Evolución comparativa entre la ayuda humanitaria descentralizada y la estatal. Fuente: elaboración propia a partir de datos SGCID	196
Tabla 5.21	Fondos en Euros de ayuda humanitaria por comunidades autónomas. Fuente: elaboración propia a partir de datos SGCID	197
Tabla 5.22	Fondos en Euros de ayuda humanitaria por entidades locales. Fuente: elaboración propia a partir de datos SGCID	198
Tabla 5.23	Fondos en Euros, de ayuda humanitaria descentralizada por región de destino. Fuente: elaboración propia a partir de datos SGCID	199
Tabla 5.24	Distribución sectorial de la ayuda humanitaria descentralizada. Fuente: elaboración propia a partir de datos SGCID	199



INTRODUCCIÓN

Desde hace unos años sufrimos una fuerte crisis económica que, en muchos casos, está sirviendo de excusa para poner en cuestión nuestro estado de bienestar y los valores en los que se fundamenta. La cooperación internacional en general, y la sanitaria en particular se está viendo afectada, con recortes que ponen en peligro los logros alcanzados, que han sido numerosos. La cooperación internacional no debería ser una partida prescindible que pueda ser desproporcionalmente reducida por motivo de la crisis o eliminada cuando haya ajustes, sino que es un medio de fundamentar los valores que nos han hecho crecer como seres humanos y como pueblos: nos referimos a los derechos humanos entre los cuales está el Derecho a la salud. Estos valores, que en nuestro entorno los tenemos asumidos, cobran mayor sentido en tanto en cuanto los defendamos como una aspiración global, y no como un privilegio de una pequeña parte de la humanidad.

Si bien decimos que desde una perspectiva histórica la salud mundial ha mejorado sensiblemente en las últimas décadas, se mantiene, e incluso en ocasiones se incrementa, la brecha entre la salud de las poblaciones más enriquecidas y las más vulnerables. La estrecha relación entre pobreza y mala salud está ampliamente documentada. No sólo los más pobres tienen peor salud y las personas o comunidades con mala salud tienen muy difícil salir de la pobreza, sino que el acceso a los servicios de salud puede llevar a muchas personas a la pobreza por el coste que les puede suponer tratar o prevenir la enfermedad. Se estima que, cada año, unos 150 millones de personas de todo el mundo se enfrentan a “gastos sanitarios catastróficos”, es decir, a gastos directos de más del 40% de los ingresos familiares en la atención sanitaria una vez cubiertas las necesidades básicas. La crisis económica mundial amenaza todos los avances. Y el continente africano se mantiene con los peores indicadores de salud del mundo.

Las muertes de recién nacidos han disminuido desde 4,6 millones en 1990 a 3,3 millones en 2009, pero aún mueren 19.000 niños/as al día por causas evitables. A finales del siglo XX el sarampión causaba en el mundo 750.000 muertes infantiles; la mortalidad se ha reducido en un 78% gracias a los programas de vacunación que alcanzan al 82 % de todos los niños y niñas de entre 12 y 23 meses; las vacunas son

baratas, cuestan menos de un dólar, lo que ha ayudado a su extensión. En 1990 la mortalidad materna en el mundo era de 440 madres por cada 100.000 nacidos vivos; según datos de 2009 esa cifra había descendido a 290 por 100.000, es decir, 230.000 mujeres siguen muriendo al año por problemas relacionados con el embarazo y el parto, más que el doble de lo que propone el 5º Objetivo del Milenio. La mortalidad materna se sigue concentrando en África Subsahariana y Asia Meridional donde suceden el 87% de todas estas muertes maternas.

La tasa de incidencia del SIDA (nuevos casos de esta enfermedad) ha disminuido un 25% en todo el mundo. El número de personas que han desarrollado el virus se mantiene estable en 33,3 millones de personas. Entre 2004 y 2009 la mortalidad descendió un 19%, y los enfermos viven más tiempo con una enfermedad convertida en crónica. No obstante, en 2009 sólo el 36% de los infectados por SIDA en el mundo tenía acceso a tratamiento. Entre 2000 y 2009 las muertes por paludismo o malaria cayeron aproximadamente el 20% en todo el mundo. En total 11 países y una región de África mostraron una reducción superior al 50%. Entre 2008 y 2010 se distribuyeron en África Subsahariana 290 millones de mosquiteras que cubrían el 76% de los 765 millones de personas que corrían riesgo de contagio. Siguen las investigaciones para contar con una vacuna eficaz.

En cuanto a lo que se denomina “determinantes de la mala salud”, como son la falta de saneamiento, la alimentación inadecuada, la falta de nutrición materna o los desplazamientos masivos por conflictos o persecución, a finales de 2010 había 43 millones de personas forzadas a desplazarse en el mundo. Si parece que se alcance la meta de reducir a la mitad el número de personas sin acceso a agua saludable, pero hay 2.600 millones de personas sin saneamiento y la cifra absoluta de personas que viven en chabolas ha aumentado.

Sin haber cubierto aún el periodo de los ODM, se abre un nuevo tiempo que ha dado en llamarse post 2015. Debemos precisar una nueva agenda evitando así el vacío que pudiera abrirse una vez concluya el calendario previsto para los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Son muchos los retos que se muestran. Algunos, sin serlo, se presentan como nuevos, caso del cambio climático; otros renovados, como es el caso de la salud que por fin parece tendrá una visión más integral.

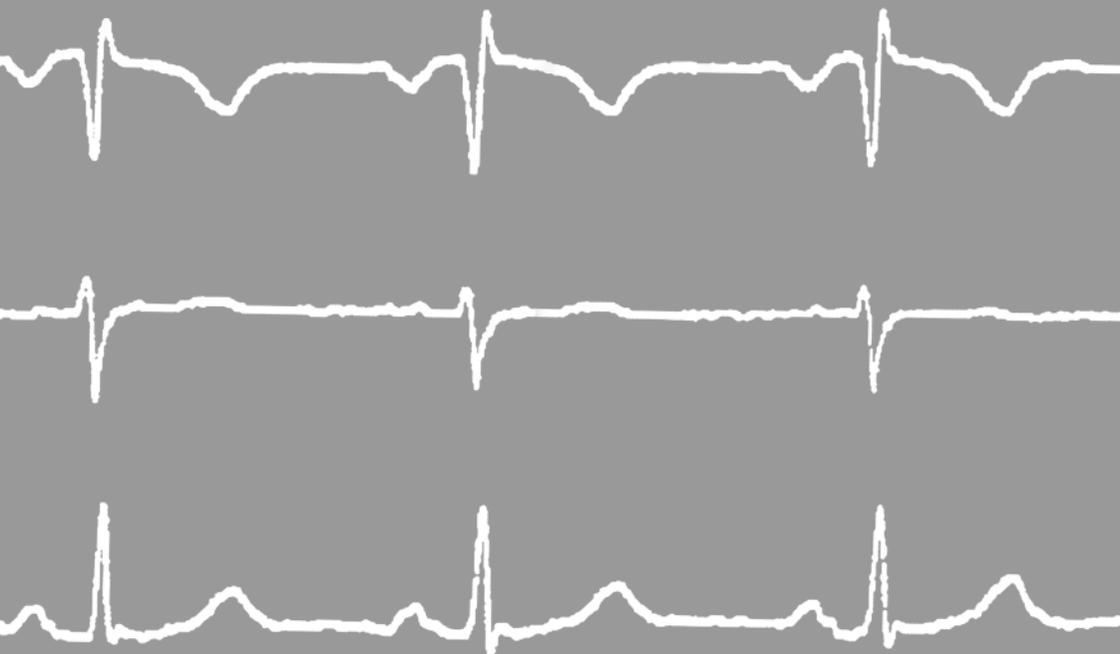
De los recursos económicos que serán necesarios para esta nueva agenda, poco o nada se dice. No toca. Observamos con preocupación cómo la comunidad internacional por primera vez en muchos años reduce sus aportaciones globales para cooperación. En España, los recortes la sitúan en niveles de los años noventa, con el agravante de que, en lo que a la cooperación descentralizada se refiere, tantas veces ejemplo a nivel internacional, pueda quedar irreconocible. Y si hablamos de la cooperación en Salud, la situación, más que crítica, es de zozobra. Una brusca interrupción

de las políticas de solidaridad internacional tiene un doble efecto pernicioso y grave: millones de personas que carecen de lo más necesario quedarán desasistidas, y caerá al vacío todo el esfuerzo continuado realizado, durante años, por personas y comunidades a las que la cooperación acompaña para construir sistemas básicos de salud y educación, para lograr autonomía y hacer efectivos los derechos humanos básicos. Si la ayuda se suspende, suponiendo que vuelva, habrá que recomenzar el esfuerzo en muchos casos desde cero y en ese ínterin se habrán perdido muchas vidas.

Mientras tanto, las organizaciones que elaboramos este informe renovamos nuestro compromiso con las personas y colectivos más vulnerables, aquí y allí, en el norte y en el sur. Aspiramos a vivir en un mundo donde todos y todas tengamos una oportunidad justa para lograr desarrollar el máximo potencial de salud, en ausencia de diferencias evitables, injustas o modificables entre grupos de personas, ya estén definidos estos grupos social, económica, demográfica o geográficamente (OMS, 2009a). Por ello, centramos nuestro esfuerzo en eliminar esas diferencias evitables que se relacionan con variables políticas, sociales, económicas, de género y ambientales sobre las que las acciones de los gobiernos, instituciones sanitarias implicadas y las comunidades ejercen una fuerte influencia, y que pueden abordarse con políticas públicas.

A lo largo de muchos años de trabajo hemos demostrado que el fortalecimiento de los sistemas públicos de salud, muy frágiles en muchos países, es un elemento primordial para la mejora de la salud mundial. En este trabajo, nuestra inspiración ha sido y es el sistema de salud de nuestro país, al que caracterizábamos como universal, equitativo y eficaz. La reciente reforma de nuestro sistema de salud, unido a los fuertes recortes, además de rebajar los niveles de calidad del mismo, apuntan a un cambio de modelo: pasamos de un modelo basado en la cobertura universal, que es el que defendemos en todo el mundo, a un modelo de aseguramiento que ya no será universal, y que expulsará y excluirá personas del sistema. La salud no es un privilegio, es un derecho para todas las personas, allí y aquí.

Finalizamos esta introducción agradeciendo la colaboración de todas las personas que han contribuido a la publicación de este informe, especialmente al personal de la Subdirección General de Planificación y Evaluación de Políticas para el Desarrollo del Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación, en particular a Miguel Casado, a Jorge Seoane por facilitarnos los datos de AOD, y a Sergio Galán del Departamento de Cooperación Sectorial de la AECID. Igualmente, agradecemos la colaboración del Dr. Rolando Edgardo Hernández Argueta, Secretario Ejecutivo del Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana –COMISCA–, de Amaia López Castelo, Oficial de comunicación del Área de Preparativos para Situaciones de Emergencia y Socorro en Casos de Desastre de la OPS/OMS en Panamá por sus puntos de vista expresados en los recuadros.



CAPÍTULO I. SITUACIÓN DE LA SALUD EN EL MUNDO

1. INTRODUCCIÓN

La unión de los esfuerzos de organizaciones internacionales, países donantes, receptores y otras entidades que trabajan en el sector salud ha conseguido en los últimos años mejoras en algunos indicadores de salud mundiales jamás vistos hasta la fecha. Sin embargo, las brechas entre los más pobres y los más ricos no se cierran, y los compromisos internacionales no se cumplen en el grado en que sería necesario. Esta situación se ha agravado en los últimos años por una crisis mundial, una crisis que no es solamente económica, como prueba el hecho de que se estén poniendo en duda algunos valores que debieran ser universales, como la solidaridad y el derecho mundial a la salud, la responsabilidad de todos y todas ante la situación mundial de pobreza, e incluso el propio estado de bienestar. Es evidente que la mejora sociosanitaria a escala global es un proceso que no puede ni debe detenerse, pues las consecuencias en términos de pérdida de vidas humanas y sufrimiento sería inadmisibles para la comunidad internacional.

Nuevos actores están apareciendo en el panorama de la cooperación internacional en los últimos años y su presencia está siendo cada vez más importante, muy especialmente en el sector de la salud. A las tradicionales organizaciones de Naciones Unidas, a la cooperación bilateral y a las organizaciones privadas no lucrativas, se les suman, en estos momentos, institutos de investigación, organizaciones privadas lucrativas (muchas veces a través de asociaciones público privadas) y nuevos países, que han pasado de receptores de ayuda a donantes. En este sentido, merece la pena destacar el papel de países emergentes denominados países BRICS (Brasil, Rusia, India, China y Sudáfrica). En el informe "Cómo los BRICS están redefiniendo la salud global y el desarrollo"¹, las cifras nos muestran como, aunque los montos que destinan no alcanzan todavía los de las economías de países que tradicionalmente prestaban

1. http://www.ghsinitiatives.org/downloads/ghsi_brics_report.pdf

ayuda, sus fondos están creciendo de forma significativa. De 2005 a 2010, la cooperación brasileña creció un 20,4% anualmente, la India un 10,8%, la de China a alrededor de un 23,9% y la de Sudáfrica un 8%.

La forma de trabajar la salud de los BRICS difiere mucho de la usada por los donantes tradicionales, y dado que estos mismos países han tenido avances en la salud de sus poblaciones en los últimos años, utilizan su propia experiencia local y modelos para exportarla en sus acciones de cooperación. Además, priorizan el modelo de cooperación Sur-Sur donde se impulsan lazos entre países que no están en el bloque de los desarrollados como energía generadora y fortalecedora de capacidades, como instancia de colaboración y articulación, y como impulsora de la integración regional.

En 2011 hubo una reunión de los Ministros de Salud que declararon su apoyo y su interés por realizar proyectos de cooperación en salud pública global inclusiva, en los que se incorporaron proyectos Sur-Sur, que incluyen el desarrollo de infraestructuras y la creación de capacidades. Pero cada país BRIC tiene su propio modelo de cooperación independiente, diferente el uno del otro. Por ejemplo, Brasil, que gastó en cooperación entre 400 y 1200 millones de dólares, considera la salud prioritaria, y refleja en sus acciones su compromiso con la equidad. China, que destinó en 2010 3.990 millones de dólares para la cooperación, se guía para su acción por la filosofía de "mutuo beneficio" y no interfiere en las políticas domésticas, lo que significa que no considera prioritario asegurar el cumplimiento de los derechos humanos, potenciar la democracia, y otros aspectos que son importantes para los donantes tradicionales. Al margen de que, por el momento, para China la salud no es prioritaria en sus políticas de cooperación.

En conclusión, nos encontramos con un panorama dinámico, donde los donantes tradicionales pierden peso en la cooperación sanitaria, no ya solo a nivel presupuestario, sino por los modelos, estrategias y políticas de cooperación sanitaria que se están desarrollando actualmente en el mundo. En el futuro sería muy necesario que se buscaran puentes de entendimiento y un mínimo común denominador que permita rentabilizar todos los esfuerzos, potenciando aquellos aspectos que realmente mejoren la salud mundial y dando espacios de participación para todos los actores, de manera que se facilite el intercambio de conocimiento.

2. EVOLUCIÓN DE LOS ODM EN SALUD

En el “Informe sobre el desfase de la consecución de los Objetivos del Milenio”², el secretario general de Naciones Unidas advierte que la prolongada crisis mundial ha afectado a los desembolsos en cooperación internacional, y que en 2011, por primera vez en mucho tiempo, ha disminuido la aportación destinada a la cooperación internacional –un 3%–. Además, señala que ha habido pocos progresos en aspectos fundamentales de la alianza mundial para el desarrollo, tales como el alivio de la deuda, el coste de algunos medicamentos, o el acceso a nuevas tecnologías.

El motivo principal del descenso de un 3% de la cooperación internacional se achaca a las restricciones fiscales de los países donantes, lo que supone que la diferencia respecto a la meta de Naciones Unidas de destinar el 0,7% del ingreso nacional bruto a cooperación aumentó hasta 167.000 millones de dólares. Tampoco el compromiso de destinar entre el 0,15% y 0,2% a los Países Menos Avanzados (PMA) se cumplió, lo que ha supuesto un déficit de financiación para estos países de entre 17.000 y 34.000 millones de dólares. Con todo, lo más preocupante es que se cree que la AOD se va a estancar entre 2013 y 2015, y eso va suponer no alcanzar los Objetivos del Milenio (ODM) en 2015, tal y como se comprometió la comunidad internacional.

En cuanto a salud, el informe se centra en un la falta de acceso a los medicamentos esenciales en los países en desarrollo, que deben cubrir la mayor parte de las enfermedades, una de las acciones definidas como clave en la alianza mundial para el desarrollo. Entre 2007 y 2011 se han realizado 17 encuestas nacionales y subnacionales en países en desarrollo que muestran el débil incremento al acceso a este tipo de medicamentos. Entre 2007 y 2011, solamente el 51,8% de los establecimientos públicos de salud y el 68,5% de los privados han contado con suficientes medicamentos esenciales, un porcentaje muy inferior al necesario para poder cubrir las necesidades de la población. Esta falta de disponibilidad en los países en desarrollo supone una merma en la confianza en el sistema de salud, y empuja a la población a buscar alternativas. La utilización de la medicina tradicional es la más extendida, y si bien a veces el uso de remedios naturales puede ser útil, en otras ralentiza la posibilidad de encontrar la solución terapéutica apropiada, y hace que en muchas ocasiones los pacientes lleguen a los centros sanitarios tarde para poder instaurar un tratamiento adecuado.

A todo esto hay que unir que los medicamentos de marca son mucho más caros e inaccesibles para la mayoría de la población. Aunque hay muchas variables que pueden afectar a lo que puede considerarse una carga familiar mensual asumible para

2. http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/pdf/mdg_gap_report_2012_sp.pdf

cubrir el coste de los medicamentos, se utiliza la referencia de un día de sueldo del empleado gubernamental con menor sueldo del país. Y, por ejemplo, en Burkina Faso el empleado gubernamental con menor sueldo necesitaría reservar 5,7 días de salario al mes para adquirir los medicamentos genéricos de menor precio en el sector privado y 17,1 días de sueldo si necesita comprar medicamentos de marca. Pero una persona enferma siempre va a buscar soluciones, y si no puede encontrar en el mercado oficial los medicamentos que necesita, irá al mercado de los medicamentos falsificados, fuera de cualquier control sanitario y que pueden incrementar los problemas de salud de quienes lo usan, pero que son, en muchas ocasiones, los únicos accesibles económicamente.

Pero el problema no es estrictamente de capacidades locales. Hay que preguntarse por qué incluso los medicamentos genéricos son más caros que los precios de referencia internacionales, que son los precios medios de medicamentos de calidad que son ofrecidos a los países de ingresos medios y bajos por proveedores sin ánimo de lucro. En las encuestas realizadas, los precios de los medicamentos genéricos eran 3,1 veces más caros que los precios de referencia en los establecimientos públicos y 5,3 en los privados. Aunque es lógico pensar que pueda haber un aumento del precio para establecer un ciclo del medicamento adecuado (almacenamiento, distribución, eliminación,...), estos precios parecen demasiado altos para ser explicados por este motivo, y convierten los tratamientos en inaccesibles para una gran parte de la población.

Otro motivo de preocupación es la calidad de los medicamentos. No solamente debemos pensar en si el medicamento tiene el principio activo que verdaderamente le corresponde, sino en si la dosificación es la adecuada. Un reciente estudio ha demostrado que 26 países africanos no tenían capacidad para controlar la calidad, la seguridad y la eficacia de sus medicamentos³. Hay que tener en cuenta que un medicamento que no ejerza su efecto terapéutico puede complicar el trabajo de los trabajadores sanitarios, provocar un quebranto en la salud de las personas que creen que están siendo curados, y acelerar las resistencias a esos medicamentos. Para ver la magnitud del problema, podemos centrarnos en un estudio realizado solamente con medicamentos antipalúdicos, y que estudió tanto los importados como los de fabricación local; en ese estudio se concluyó que el 39% de los antipalúdicos en Ghana y el 64% en Nigeria eran de una calidad inferior a la que debían tener. Por lo tanto muchos profesionales sanitarios en estos países pueden creer estar tratando correctamente y, sin embargo, estar prescribiendo tratamientos que no son los adecuados para curar a sus pacientes.

3. <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s17577en/s17577en.pdf>

En el informe de 2012 sobre los Objetivos del Milenio (ODM)⁴, el PNUD (Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo) ha presentado los logros conseguidos hasta el momento en la consecución de los ODM. Entre sus datos, destaca como se ha reducido la pobreza extrema a la mitad 5 años antes de que se cumpla el plazo previsto, y que esta disminución de la pobreza extrema se ha producido en todas las regiones. Por otra parte, el porcentaje de personas que viven con menos de 1,25 dólares ha sido en 2010 de un 24%, cuando en 1990 era de un 47%. Sin embargo, si concretamos un poco los datos por regiones, nos damos cuenta que puede haber otras conclusiones no tan positivas. El crecimiento de un país, China, es el que principalmente ha contribuido a conseguir estos resultados, mientras que en las regiones de África subsahariana y Sur de Asia (específicamente la India) aún falta mucho camino que recorrer. En África subsahariana solamente ha disminuido el porcentaje del 56% al 47%, mientras que China el porcentaje de su población con índices de pobreza pasó del 60% al 13%. Por lo tanto, si la población que era la más empobrecida del plantea lo sigue siendo, y sus avances han sido relativamente escasos, no podemos decir que la situación mundial sea óptima, y nos debe hacer reflexionar sobre cómo estamos enfocando el problema. Sabemos dónde está la pobreza extrema, y en esos lugares no la hemos sabido hacer disminuir de una forma relevante. Además, tendremos que estar atentos a las consecuencias de la crisis mundial, pues si la ayuda a los países empobrecidos disminuye puede hacer no sólo que no se consiga llegar a la meta prevista, sino que las tasas de pobreza aumenten.

En general ha habido avances en todos los ODM, pero la mayoría de estos avances son insuficientes para poder pronosticar el éxito en 2015.

Aunque, de algún modo, todos los ODM están relacionados con la salud, a continuación nos vamos a centrar en el análisis de los 3 ODM específicos de este sector.

2.1 OBJETIVO 4: REDUCIR EN 2/3 LA MORTALIDAD DE MENORES DE 5 AÑOS

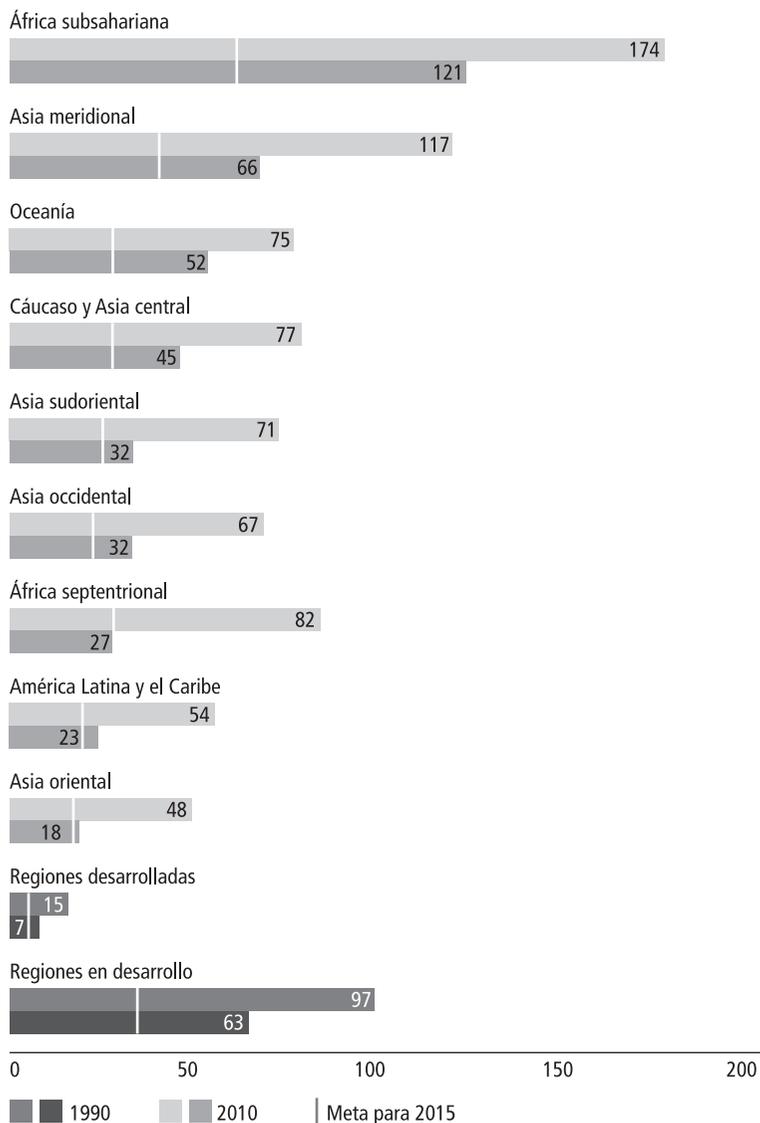
La mortalidad de menores de 5 años ha disminuido en todo el mundo, bajando hasta los 7,6 millones en 2010, cuando en 1990 era de 12 millones. Este esfuerzo supone que mientras en los países en desarrollo morían en 1990 97 de cada 1000 nacidos vivos, en 2010 la cifra se reduce hasta 63 de cada 1000. Incluso África subsahariana, la región con más altos índices de mortalidad infantil, muestra mejoras en alguno de sus indicadores: entre 1990 y 2000 su tasa media de reducción de mortalidad infantil era de 1,2%, y en el periodo 2000-2010 esta tasa se duplica, alcanzando el 2,4%. Relevante, pero insuficiente.

4. <http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Resources/Static/Products/Progress2012/Spanish2012.pdf>

Como todos los ODM, esta reducción no ha sido igual en todas las regiones, y, como vemos en la siguiente tabla, África subsahariana y Oceanía son las que menos reducen sus tasas, y vemos que es precisamente África subsahariana quien tenía, y sigue teniendo, los peores indicadores. Su mortalidad infantil es 17 veces mayor que en los países desarrollados, 12 de cada 100 niños y niñas africanas mueren antes de los 5 años.

El 82% de las muertes infantiles se producen en África subsahariana y Asia Meridional, por lo que la comunidad internacional debería promover un plan especial para mejorar los indicadores infantiles en estas regiones. Además, también se sabe que el foco se debe fijar en la mortalidad neonatal, que es la que menos ha bajado. En Asia Meridional, por ejemplo, la mortalidad neonatal supone el 50% de la mortalidad infantil. Estas cifras se deben a que esta mortalidad, junto con la materna, no depende de iniciativas puntuales como puedan ser campañas de vacunación o lucha vertical contra una enfermedad. Para conseguir resultados, necesitamos fortalecer el sistema de salud en su conjunto, especialmente en salud sexual y reproductiva, con personal capacitado y medios adecuados, con establecimientos de salud accesibles para la población desde el punto de vista geográfico, económico, y cultural, esto es, que estén integrados y aceptados por la población local.

**GRÁFICA 1.1: TASA DE MORTALIDAD MENORES DE 5 AÑOS
POR CADA 1000 NACIDOS VIVOS:1990-2010**



Fuente: Objetivos Desarrollo del Milenio. Informe 2012

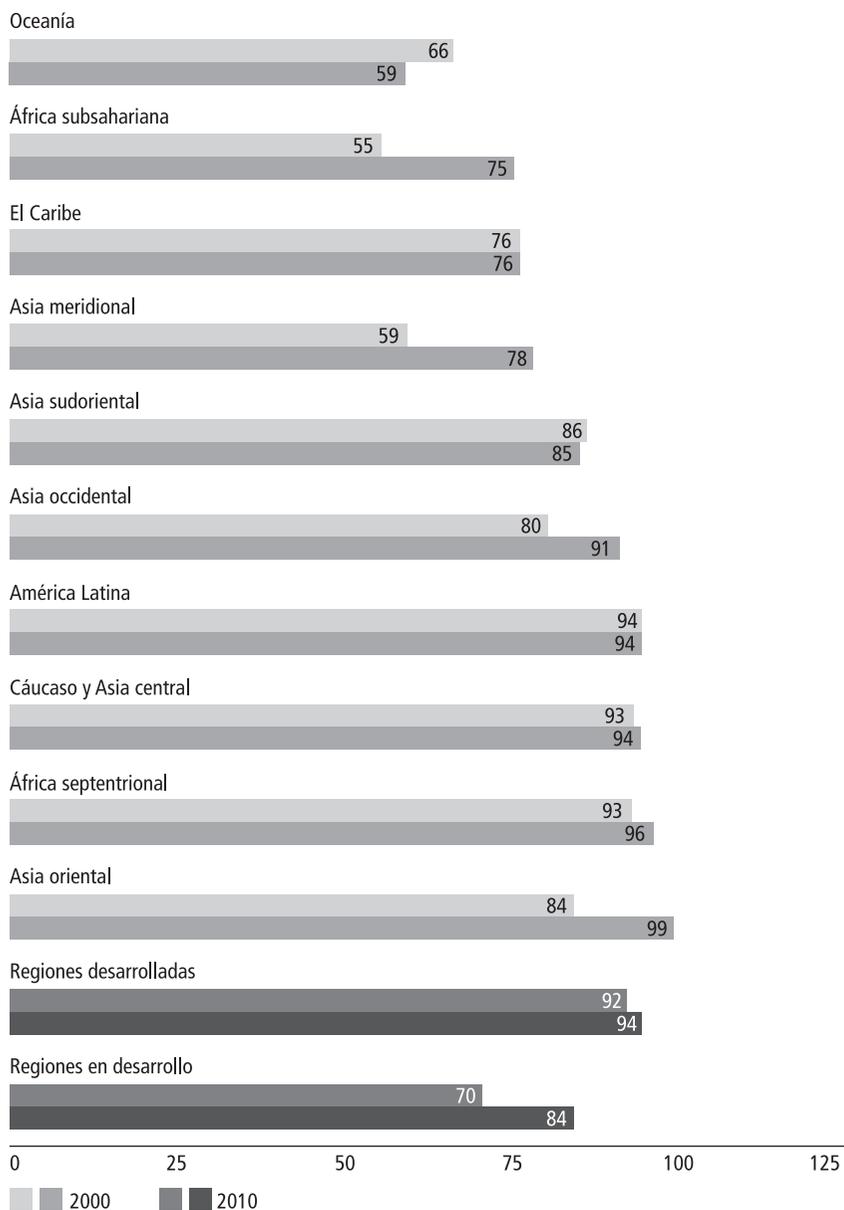
Parte del éxito conseguido en la reducción de la mortalidad infantil se debe a las campañas de vacunación masivas, que han conseguido que algunas enfermedades como el sarampión hayan pasado de ser auténticas lacras a disminuir su mortalidad en un 74%, lo que permite vislumbrar su final si mantenemos el esfuerzo en los próximos años. En el 2000 morían por sarampión 535.300 menores de 5 años, en 2010, 139.300. Pero estos logros pueden revertirse si no mantenemos un sistema de salud eficiente que incorpore las vacunaciones masivas como una herramienta más de su funcionamiento, como prueba que en 2010 los casos de sarampión en el mundo hayan aumentado por primera vez en esa década, informándose de grandes brotes en casi todos los continentes, lo que indica el riesgo que supone debilitar los esfuerzos de control de las enfermedades infecciosas.

Ante el objetivo de disminuir la mortalidad infantil aún hay mucho por hacer. Cada día mueren 19.000 niños y niñas por causas evitables. Actualmente tenemos el conocimiento y los medios suficientes para conseguir mitigar el riesgo de que mueran esos niños y niñas, ya que su muerte se produce mayoritariamente por causas prevenibles. Con una nutrición adecuada, unos cuidados médicos básicos, que incluyan la atención durante el embarazo y parto de la madre, y las vacunas necesarias, muchas de estas muertes se evitarían⁵. En la reunión que hubo en junio de 2012, promovida por UNICEF, sobre la supervivencia infantil, se presentó un estudio que mostraba unas proyecciones futuras que permitirían que todos los países disminuyeran sus tasas de mortalidad infantil a 20/1000 nacidos vivos o menos para 2035. Por este motivo se ha lanzado la iniciativa mundial “Una promesa renovada”, que han firmado gobiernos e instituciones de la sociedad civil, con el fin de que se redoblen los esfuerzos y esta cifra se mantenga como compromiso global para luchar contra mortalidad infantil⁶. En esta iniciativa cada actor tiene su papel: los gobiernos deben liderar y evaluar las estrategias y planes de acción para mejorar la supervivencia materna e infantil, los donantes se deben alinear con las políticas locales, el sector privado puede contribuir a la innovación y a la búsqueda de nuevas soluciones para los problemas de salud materno infantil, y la sociedad civil puede apoyar a las familias y comunidades, tanto en contribuir a mejorar las decisiones que tienen impacto en la salud materno infantil, como para potenciar su participación en las decisiones de salud.

5. http://www.apromiserenewed.org/files/APR_Progress_Report_2012_final_web.pdf

6. <http://www.apromiserenewed.org/>

GRÁFICA 1.2: PORCENTAJE DE NIÑOS DE GRUPO ETARIO APROPIADO QUE RECIBIERON AL MENOS UNA DOSIS DE LA VACUNA DEL SARAMPIÓN 2000 Y 2010



Fuente: Objetivos Desarrollo del Milenio. Informe 2012

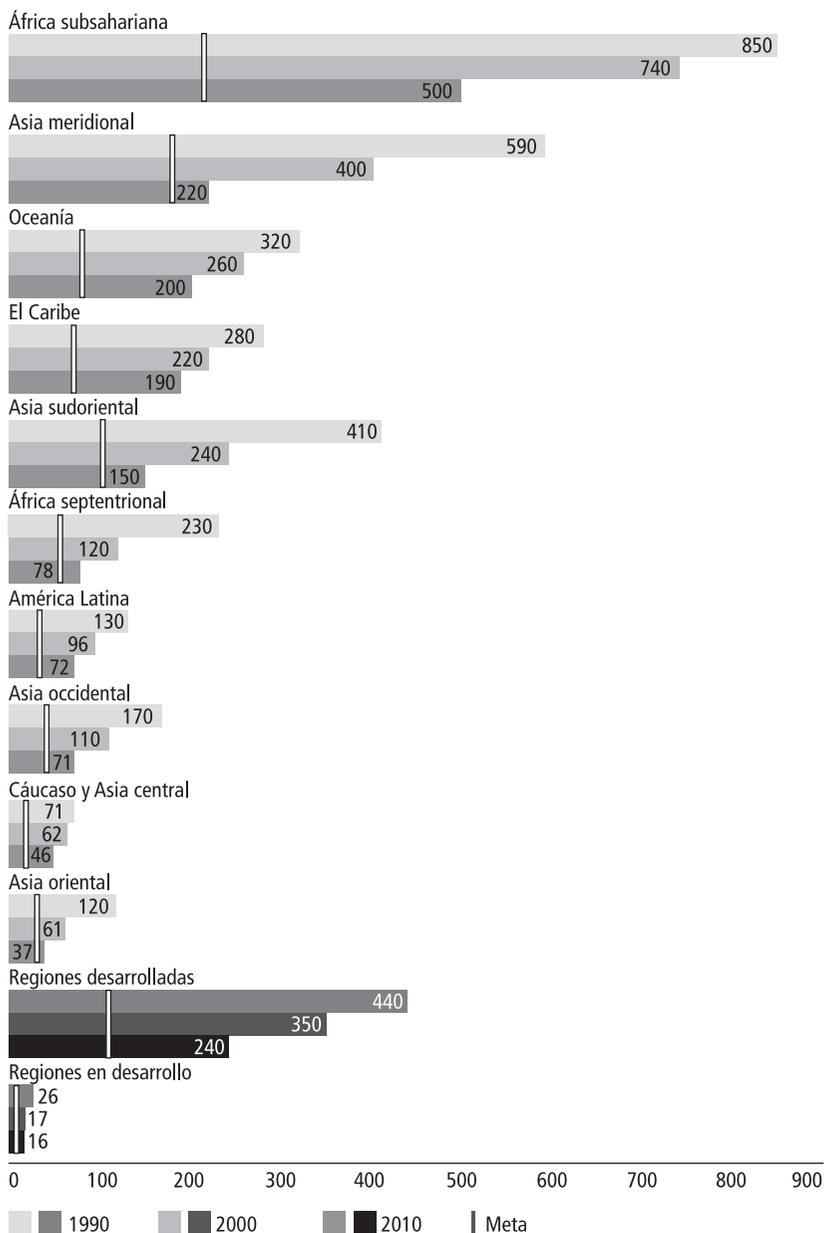
2.2. OBJETIVO 5: MEJORAR LA SALUD MATERNA

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

El descenso de la mortalidad materna está muy lejos de la meta establecida para 2015, y a pesar de las mejoras en este objetivo, los avances siguen siendo muy lentos. Es posiblemente el ODM que más difícil tiene alcanzar sus metas para 2015. En 2010 se produjeron 287.000 muertes maternas, un 47% menos que en 1990, pero, como podemos ver en la siguiente tabla, ninguna región en desarrollo alcanzará la meta en 2015. El 56% de las muertes (casi 161.000) se dan en África subsahariana, donde aún mueren 500 mujeres por cada 100.000 nacidos vivos; es decir, una mujer en cada 200 partos muere en esta región. La segunda región sigue siendo Asia meridional, con un 29% del total de muertes maternas. La mayor parte de estas muertes son completamente evitables, pues si las mujeres tuvieran acceso a unos cuidados sanitarios adecuados con personal cualificado y pertinencia cultural, esta mortalidad se reduciría de forma drástica. Pero no solamente la falta de acceso es por la falta de medios técnicos o humanos. En la salud de la mujer, y por lo tanto también para la salud materna que puede ser una etapa de su vida, existe un factor determinante que es el de la equidad de género, que llega a afectar incluso a la capacidad de la mujer de recibir o no un tratamiento, o de decidir si quiere más hijos o no. Por lo tanto, para afrontar la mortalidad materna no podemos solamente plantear la cuestión como un problema meramente sanitario, sino que se debe incorporar al análisis y a la búsqueda de soluciones la equidad de género.

Debemos resaltar que 17.000 muertes anuales de mujeres embarazadas en África subsahariana están relacionadas con el VIH/sida, lo que vuelve a demostrar que las acciones de cooperación sanitaria tienen que tener una visión global, pues la mayor parte de los problemas de salud están estrechamente relacionados entre sí.

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



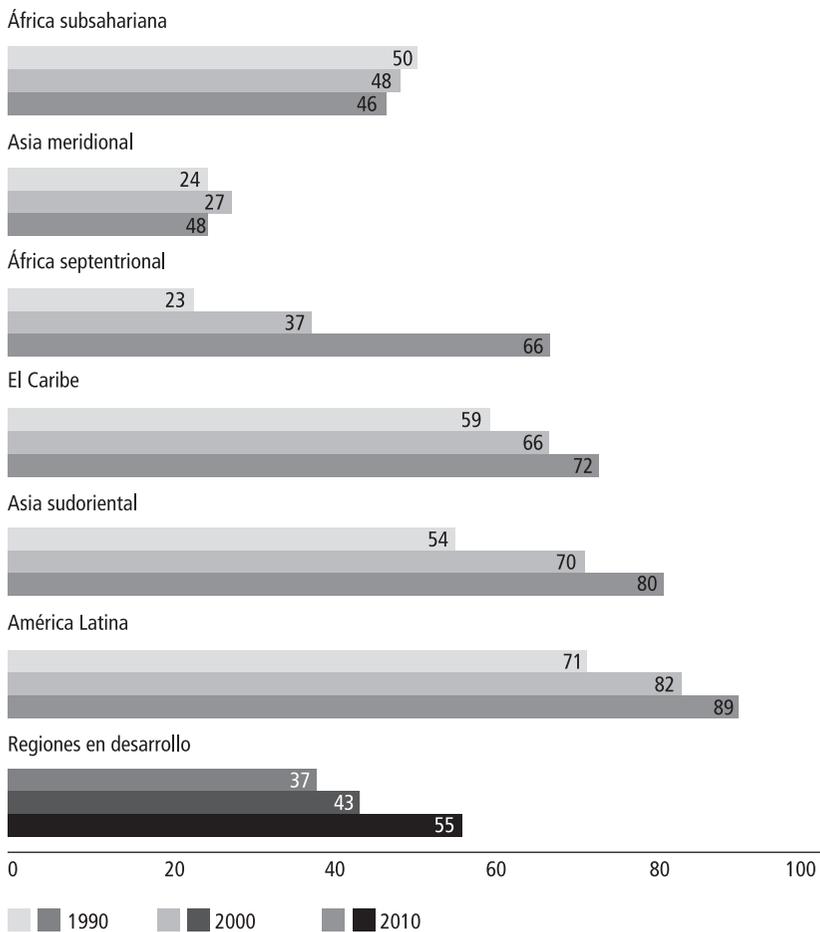
Fuente: Objetivos Desarrollo del Milenio. Informe 2012

Meta: Lograr el acceso universal a salud reproductiva en 2015

Resulta evidente que un factor importante en la salud materna es la atención por personal cualificado. Las dos regiones con peores indicadores de muertes maternas son también quienes tienen peores cifras de partos atendidos por personal cualificado, solamente la mitad de los que sucedieron en 2010.

Los cuidados prenatales han aumentado, y el 80% de los partos mundiales han tenido al menos una cita de cuidados prenatales. No obstante, en términos globales, la cifra de consultas queda lejos de las 4 que recomienda la OMS a lo largo del embarazo; y solamente el 50% de los partos han tenido un número adecuado de citas, sin tener en cuenta siquiera la calidad de las mismas. Otra vez África subsahariana y Asia meridional son las regiones con peores indicadores. Estos datos nos hacen preguntarnos por qué no se redefine una estrategia específica para estas dos regiones, con una evaluación previa que aclare exactamente cuáles son los problemas reales de acceso a los que se enfrentan las mujeres de estas regiones para que sus indicadores no crezcan en la forma deseada, y que la comunidad internacional concrete su interés en un Plan de acción único.

GRÁFICO 1.4. PORCENTAJE DE PARTOS ASISTIDOS POR PERSONAL SANITARIO 1990 Y 2009



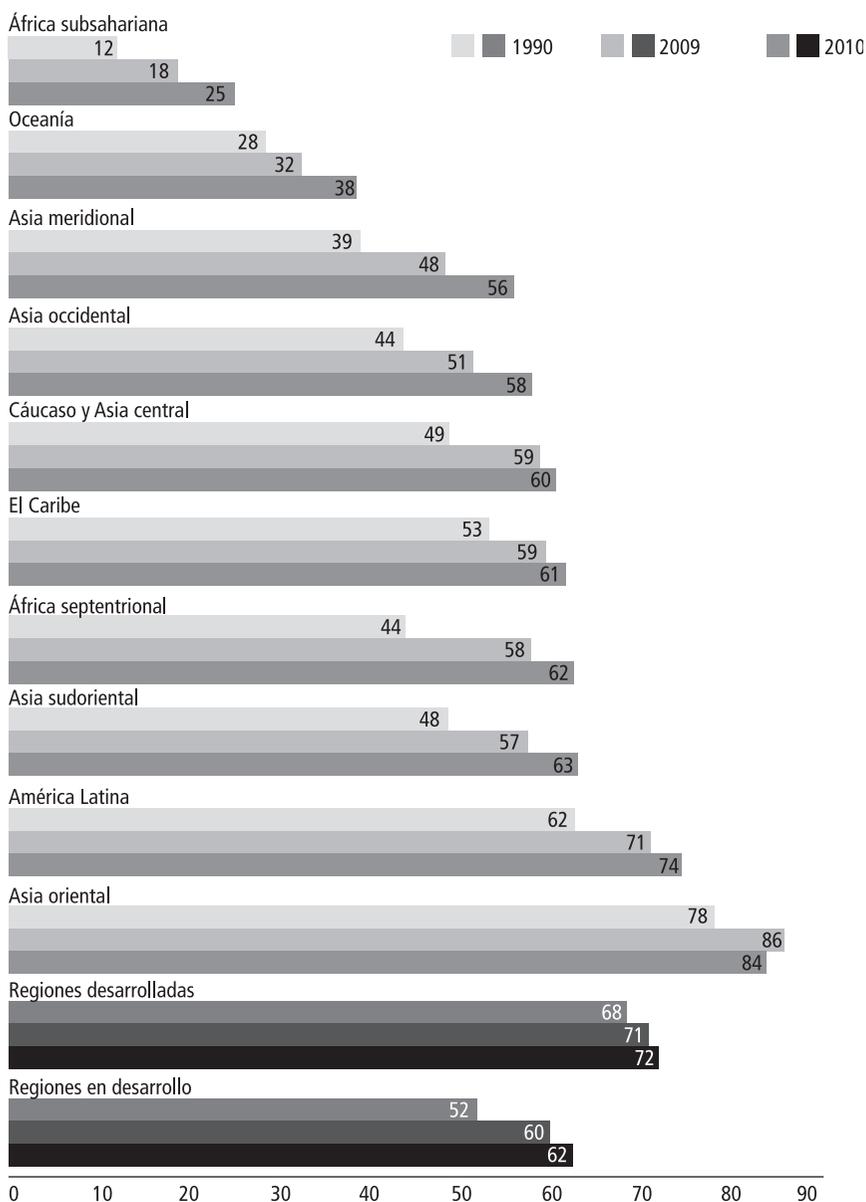
Fuente: Objetivos Desarrollo del Milenio. Informe 2012

Otro factor que parece incidir en la mortalidad materna es la edad del embarazo. Si la madre es muy joven tiene mayor riesgo de morir en el parto. La disminución de la cantidad de embarazos entre las adolescentes es una buena señal, pero 120 de cada 1000 adolescentes africanas se quedaron embarazadas en 2010, una cifra todavía muy elevada y que supone que queda mucho trabajo por hacer en este campo para sensibilizar a la población y potenciar el acceso a unos cuidados adecuados y específicos a este segmento de la población.

La expansión del uso de los métodos anticonceptivos ha continuado, pero desde el 2000 lo ha hecho a un ritmo más lento que durante la década precedente. Incluso así, las cifras de utilización de algún método anticonceptivo por parte de las mujeres africanas (algo que, como ya hemos dicho anteriormente, está íntimamente relacionado con la falta de capacidad de decisión sobre los problemas de salud que afecta a muchas mujeres) son considerablemente más bajas que las del resto de regiones. De hecho, la demanda insatisfecha de algún método anticonceptivo apenas ha variado en esa región: un 25% de las mujeres entre 15 y 49 años no ven satisfechas sus necesidades de planificación familiar.

A pesar de la magnitud de un problema que perdura en el tiempo, parece que la comunidad internacional presta poca atención a la salud reproductiva. Del total de Asistencia Oficial al Desarrollo (AOD) que se destinó en 2010 a salud (18.660 millones de dólares) solamente el 6,2% fue para atención a salud reproductiva, y un 3,2% para planificación familiar, un porcentaje que además se ha ido reduciendo en la última década.

GRÁFICA 1.5: % DE MUJERES CASADAS O EN RELACIÓN DE PAREJA QUE USAN UN MEDIO ANTICONCEPTIVO



Fuente: Objetivos Desarrollo del Milenio. Informe 2012

En el año 2000 se destinaba a salud reproductiva el 9,3% de la AOD, y el 8,5% a planificación familiar. Aunque hay que tener en cuenta el aumento de las cifras absolutas de la última década, estos porcentajes nos muestran que en los últimos 10 años se han priorizado otros problemas de salud.

El Instituto Guttmacher, con la colaboración del FNUAP, ha realizado un estudio, "Haciendo Cuentas: Costos y beneficios de los servicios anticonceptivos, estimaciones para 2012"⁷, donde se presentan unas cifras que deben llevar a la reflexión. El gasto en 2012 en servicios anticonceptivos va a alcanzar los 4.000 millones de dólares en el conjunto de los países en desarrollo, cuando para satisfacer sus necesidades se necesitarían más del doble, 8.100 millones de dólares. El uso de anticonceptivos en el mundo evitará en 2012 unos 238 millones de embarazos no deseados, 138 millones de abortos inducidos (63 millones en condiciones precarias), 38 millones de abortos espontáneos y 118.000 muertes maternas. Si se aumentaran los servicios de salud para poder ofrecer servicios de planificación a todas las mujeres de países en desarrollo que actualmente tienen necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos modernos, se evitarían unos 54 millones de embarazos no deseados, 26 millones de abortos inducidos (16 millones en malas condiciones) y siete millones de abortos espontáneos, además de prevenir 79.000 de muertes maternas y 1,1 millón de defunciones de lactantes.

La mejora de la salud materna es un problema que trasciende el ámbito sanitario y que debe enfocarse desde un punto de vista global. No solamente es necesario que la comunidad internacional preste atención a la salud sexual y reproductiva y que cuente con un sistema sanitario adecuado con personal cualificado y medios suficientes, sino que el empoderamiento de las mujeres en la toma de decisiones sobre la salud y la eliminación de las barreras culturales deben ser elementos incluidos en una futura estrategia que pretenda incidir adecuadamente en la mejora de la salud de la mujer.

2.3. OBJETIVO 6: COMBATIR VIH/SIDA, PALUDISMO Y OTRAS ENFERMEDADES

vih/sida

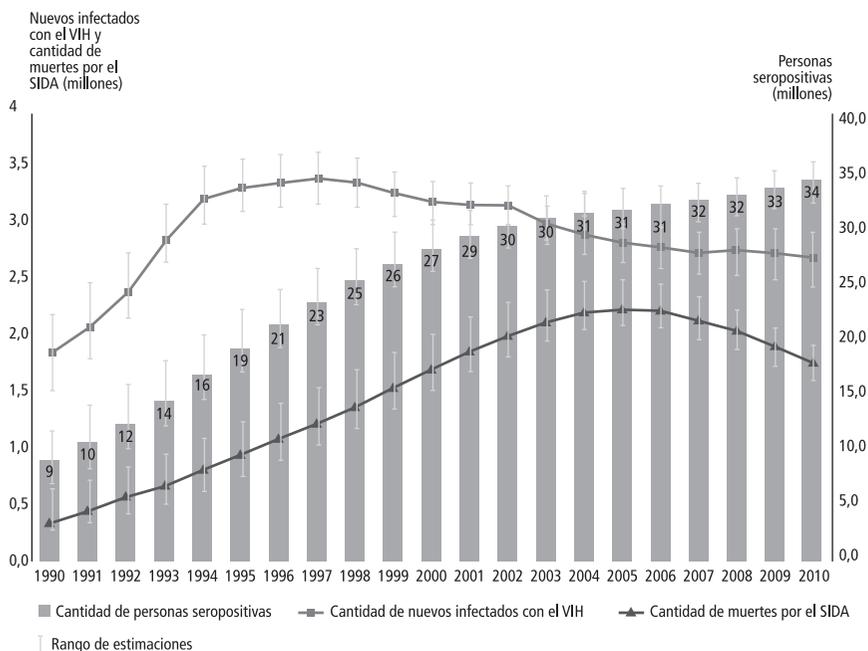
Hace ya 30 años que la pandemia del VIH/sida apareció y sigue siendo la enfermedad infecciosa más importante del mundo. Aunque no podamos decir que controlamos la enfermedad, podemos asegurar que el esfuerzo internacional de lucha contra el

7. <https://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2012/AIU%20Paper%20-%20Estimates%20for%202012%20final%20SPANISH.pdf>

vih/sida está dando sus frutos, y el número de nuevas infecciones está bajando en todo el mundo, en 2010 un 15% menos que en 2001. Pero se siguen infectando cada año 2,7 millones de personas al año, de los cuales 390.000 son niños y niñas.

La mortalidad por esta enfermedad fue de 1,8 millones en 2010, frente a los 2,2 millones de 2005, lo que muestra una disminución pronunciada y constante, como podemos ver en la siguiente gráfica. Sin embargo, esta disminución nos da otra cifra preocupante: el número de personas que viven con el virus del vih ha crecido un 17% desde 2001, y en 2010 alcanza la cifra de 34 millones de personas. Como con tratamiento se convierte en una enfermedad crónica, significa que estas personas deben tener acceso a tratamiento durante toda su vida, y por lo tanto no se pueden establecer estrategias puntuales de lucha contra esta enfermedad, sino que deben estar integradas dentro de los sistemas de salud, multisectoriales, libres de estigma y discriminación, y con una visión a largo plazo.

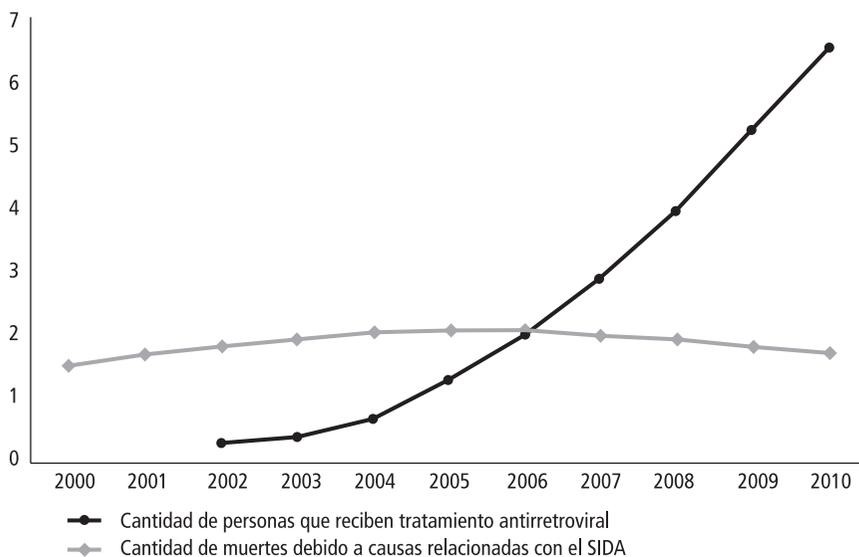
GRÁFICA 1.6: MILLONES DE PERSONAS QUE VIVEN INFECTADAS POR VIH, NUEVAS INFECCIONES, Y MUERTES POR SIDA EN EL MUNDO, 1990-2010



Fuente: Objetivos Desarrollo del Milenio. Informe 2012

A pesar de que en 2011 se ha dado el mayor incremento en acceso al tratamiento en un año desde que se inició la pandemia, un 19% de incremento, únicamente 8 millones de personas tenían acceso a tratamiento antirretroviral en los países en desarrollo⁸. Es cierto que aunque estas cifras siguen siendo muy bajas, si tenemos perspectiva histórica, comprobamos que el incremento es notable. En 2003 eran apenas 400.000 personas quienes tenían acceso a tratamiento antirretroviral en esos países, lo que supone un incremento de un 2.000% en 8 años. Solamente en 2010 se previnieron unas 700.000 muertes relacionadas con el SIDA mediante la ampliación del acceso a dicha terapia. Además, el incremento se ha producido sobre todo en la región más afectada, África subsahariana. Pero estos datos no nos pueden hacer olvidar que esta enfermedad sigue siendo una de las mayores lacras de la humanidad, y el esfuerzo para controlarla debe no solo mantenerse, sino que incrementarse.

GRÁFICA 1.7: N° DE PERSONAS (MILLONES) QUE RECIBEN TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL 2002-2010 Y DE MUERTES POR SIDA 2000-2010



Fuente: Objetivos Desarrollo del Milenio. Informe 2012

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

La prevención no solamente se debe centrar en la distribución y buen uso de preservativos. Campañas de sensibilización, acordes a las necesidades de los grupos poblacionales más vulnerables frente a la epidemia, con mensajes adecuados y oportunos acordes con la población abordada, que permitan a las personas contar con un conocimiento más adecuado sobre los mecanismos de transmisión de la enfermedad son fundamentales para evitar nuevos contagios.

En Mozambique, Nigeria, Ghana o Camerún, el porcentaje de mujeres entre 15 y 49 años que tiene un conocimiento profundo sobre la transmisión de la enfermedad no alcanza el 35%. A estas medidas preventivas les debemos añadir otras. El riesgo de contraer esta enfermedad aumenta si existen en la persona otras Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), ya que aumentan el riesgo de adquirir esta enfermedad. Hay más de 30 ITS, pero 4 son las más relevantes, sífilis, tracoma, tricomoniasis y gonorrea⁹. Controlar estas infecciones, comprobar la calidad de las transfusiones de sangre, prevenir la transmisión de madre a hijo del VIH y realizar la circuncisión masculina en condiciones seguras son 4 medidas preventivas que pueden evitar la transmisión por vih/sida.

Pero a pesar del gran incremento de la ayuda en los últimos años, la comunidad internacional no se ha esforzado lo suficiente en poder controlar la enfermedad. En 2010 estaba previsto que el acceso a tratamiento antirretroviral fuera universal, cosa que no sucedió. Y si se mantiene la tendencia actual, se está muy lejos de lograrlo. La cobertura de tratamiento alcanza apenas al 54% de la población infectada con el virus que lo necesita. A finales de 2010, en los países de bajos ingresos y de ingresos medios, el 47% de las personas que vivían con el VIH/SIDA y que necesitaban tratamiento recibía terapia antirretroviral, cuando en 2009 ese porcentaje era del 37%. No olvidemos que esta enfermedad puede pasar de ser considerada mortal a enfermedad crónica con el tratamiento adecuado. Y aunque los esfuerzos se deben seguir centrando en África subsahariana por ser la región más afectada, no podemos olvidar que hay poblaciones en otras regiones que tampoco tienen acceso a tratamientos. La cobertura por tratamiento antirretroviral en América Latina alcanza el 70% (lo que implica que un 30% no la tienen), y en el Caribe es del 67%.

Pero cuando hablamos de tratamiento antirretroviral, no estamos hablando de una sola terapia, y hay algunas mejores que otras. Uno de los antirretrovirales que más se utilizaban en el pasado a nivel mundial era la estavudina (o d4t), que podía llegar a tener importantes efectos secundarios, por lo que en muchos de los países desarrollados se ha limitado su uso. Sin embargo, en los países de renta media o baja

9. http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/20111130_UA_Report_en.pdf

han sido terapias combinadas con estavudina las que más se han extendido, y actualmente el 42% de los adultos infectados de estos países siguen recibiendo estavudina, a pesar de que los países que utilizan este régimen terapéutico afirman oficialmente querer cambiarlo por nuevas combinaciones terapéuticas.

La relevancia del problema está haciendo que el compromiso internacional de lucha contra esta enfermedad se mantenga. En 2011 la Asamblea General de Naciones Unidas renovó su compromiso de lucha contra esta enfermedad, a través de la revisión de su "Declaración política sobre el vih/sida"¹⁰, donde se buscaba una respuesta global ante esta enfermedad. El compromiso internacional se basa en varios apartados:

- **Liderazgo:** estar unidos hasta acabar con la pandemia, reafirmando los compromisos de acceso universal de tratamiento, prevención y cuidados para todas las personas en 2015. Además, se comprometen a eliminar las inequidades de género y a aumentar la participación de los afectados en los procesos de toma de decisiones
- **Prevención:** expandir la cobertura y facilidad de acceso a las medidas preventivas, incluyendo campañas de sensibilización e incidencia política, y con ello tratar de reducir al 50% la transmisión por vía sexual y parenteral, y eliminar la transmisión entre madre-hijo.
- **Tratamiento cuidado y apoyo:** tener a 15 millones de personas con tratamiento antirretroviral en 2015, mejorar el coste unitario del tratamiento, eliminar antes de 2015 las barreras que impiden a los países de renta media y baja conseguir medicamentos y productos, y combatir enfermedades asociadas como tuberculosis y hepatitis C.
- **Reducir el estigma, discriminación y violencia:** mejorar las leyes y políticas, incluidas las laborales, y reforzar los sistemas sociales y de protección de la infancia en los países.
- **Recursos para la respuesta al sida:** cerrar para 2015 la brecha de financiación anual de 6.000 millones de dólares, aumentando las aportaciones y mejorando la eficiencia, y solicitando a los países que destinen el 0'7% de su PIB a cooperación, y a los africanos –de acuerdo a la declaración de Abuja– que destinen un 15% al sector de la salud. Se reconoce al Fondo Global contra el sida, la malaria y la tuberculosis como un mecanismo fundamental para conseguir logros contra esta enfermedad, y anima a todos los actores a financiarlo.
- **Refuerzo de los sistemas de salud,** integrar vih y sida con aspectos más generales de salud y cooperación. Refuerzo de la Atención Primaria de Salud (APS).
- **Investigación y desarrollo,** invertir en investigación básica sobre vih y sida.
- **Coordinación, responsabilidad mutua, seguimiento y evaluación.**

10. http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2011/06/20110610_UN_ARES-65-277_en.pdf

Queremos destacar que, en esta declaración, se incorpora el refuerzo de los sistemas de salud y de la APS, lo que indica que el foco de la lucha contra esta enfermedad no se va a hacer a través de iniciativas verticales, y admite que el éxito en la lucha contra el vih/sida depende de tener un sistema de salud básico que funcione correctamente ante cualquier enfermedad. La comunidad internacional se ha propuesto tres grandes objetivos contra el vih/sida: cero nuevas infecciones, discriminación cero, y cero muertes relacionadas con el sida. Pero para conseguirlos, además de desarrollar una estrategia global de lucha contra esta enfermedad, es imprescindible que los nuevos compromisos adquiridos por todos los actores de cooperación ante esta enfermedad se cumplan.

Malaria

La malaria o paludismo sigue siendo, de las tres grandes enfermedades infecciosas (sida, tuberculosis y malaria) donde se ha puesto el foco de los ODM. De las tres, es la que más enfermos provoca, sobre todo entre los niños y niñas. Como ocurría con el vih/sida, la incidencia por esta enfermedad ha disminuido un 17% desde el año 2000, y, lo que es más importante, sus tasas de mortalidad han descendido un 25%, gracias a la contribución de la cooperación internacional. Sin embargo, no se ha alcanzado el compromiso de disminuir el 50% la mortalidad para 2010. En casi la mitad de los países de transmisión activa de paludismo (43 de 99), el número de casos ha disminuido más del 50% entre el año 2000 y el 2010. Por otro lado, el número de países que sufren esta enfermedad disminuye, y en 2011 otro país, Armenia, fue declarado libre de paludismo. No obstante, quedan 106 países en el mundo que sufren paludismo endémico.

A pesar de estos avances, las cifras siguen mostrándonos una enfermedad muy relevante a nivel mundial. Hay 216 millones de casos de paludismo al año, que matan a 655.000 personas¹¹. El 91% de estas muertes están en África, y el 85% de los fallecidos son menores de 5 años. Esta enfermedad, que se extiende prácticamente por todas las regiones mundiales, tiene una mayor relevancia en la región africana. El 60% de todas las muertes por esta enfermedad se producen en 6 países africanos: Nigeria, R.D. del Congo, Mozambique, Costa de Marfil, Burkina Faso y Malí. En el mundo hay 3.300 millones de personas en riesgo de contraer paludismo y 1.200 millones con un alto riesgo (o sea, que hay más de un caso por cada 1000 habitantes). Las consecuencias de esta enfermedad tienen también una traducción económica. En África se pierden anualmente 1.200 millones de dólares directamente por esta enfermedad.

11. <http://www.rbm.who.int/keyfacts.html>

Es una enfermedad transmitida principalmente por la picadura del mosquito anopheles, y, si bien tenemos actualmente las medidas necesarias para controlar esta enfermedad, no es fácil si no hacemos un esfuerzo global conjunto que abarquen todas las medidas preventivas, diagnósticas y terapéuticas.

Entre los años 50 y 70 hubo un primer intento de erradicar esta enfermedad, pero solo se consiguieron éxitos parciales que revertieron rápidamente. Esta iniciativa fracasó precisamente porque no se tuvo el impulso global necesario para conseguirlo. Para poder combatir esta enfermedad se necesita un sistema de salud eficaz, que permita diagnosticar, prevenir y tratar la enfermedad adecuadamente.

La medida preventiva más extendida ha sido y es el control vectorial, y entre los métodos para esa prevención, el más extendido ha sido la utilización de la mosquitera tratada con insecticida para dormir, pero desde hace unos años se ha añadido una medida más polémica, como es el rociamiento con insecticida de larga duración los interiores de la casa, lo que pudiera tener implicaciones futuras en la salud de sus habitantes. Otra medida preventiva que se está extendiendo es el tratamiento preventivo intermitente que se recomienda a las embarazadas y niños en zonas de alto riesgo. Otras medidas preventivas, como la utilización de posibles vacunas, están en estudio y aún no podemos asegurar sus resultados. A estas medidas preventivas, deben añadirse las medidas diagnósticas. Existen unas pruebas de diagnóstico rápido que confirman la infección, y por lo tanto evitar dar tratamientos inútiles a quienes no sufren la malaria. Por último, el actual tratamiento de elección son terapias combinadas de artemisina.

La malaria es una enfermedad muy extendida, pero también compleja y muy dinámica, lo que dificulta su control. Las resistencias que aparecen, tanto a nivel de los insecticidas utilizados contra el mosquito como con los tratamientos para el parásito (*Plasmodium*), dificultan enormemente la lucha contra esta enfermedad. Pero otros problemas surgen continuamente en la lucha contra esta enfermedad. Por ejemplo, en septiembre de 2012, unos científicos del Kenya Medical Research Institute (Kemri) y de la London School of Hygiene & Tropical Medicine afirman haber encontrado un nuevo mosquito transmisor de la malaria, cuyas pautas de alimentación son diferentes a las de los anopheles, y este hecho puede, sin duda, dificultar las medidas preventivas utilizadas¹².

Como con el resto de problemas de salud, existe un cierto temor sobre qué va a pasar en el futuro con la financiación de los programas de lucha contra la malaria¹³ como consecuencia de la crisis económica. La financiación para esta enfermedad

12. <http://reliefweb.int/report/kenya/new-threat-anti-malaria-war>

13. http://www.who.int/malaria/world_malaria_report_2011/wmr2011_summary_keypoints_sp.pdf

alcanzó un techo de 2.000 millones de dólares (un 8% del total de la Ayuda Oficial al Desarrollo mundial), cuando se requieren unos 5.000 millones. Pero incluso están en peligro las cifras que manejamos actualmente. Se considera que en 2012 y 2013 se mantendrán los 2.000 millones, pero es posible que en 2015 la ayuda disminuya hasta los 1.500 millones de dólares. Esta reducción no concuerda con los compromisos de lucha contra esta enfermedad, que siguen renovándose por parte de la comunidad internacional. En junio de 2011 se actualizaron los objetivos de la alianza “Hagamos retroceder la malaria” (Roll back malaria), y en ellos están:

- Reducir el índice mundial de mortalidad del paludismo a casi cero a finales de 2015;
- disminuir para finales de 2015 los casos de la enfermedad en todo el mundo en un 75% respecto a los datos del año 2000, y
- eliminar el paludismo en 10 nuevos países para finales de 2015, además de los que ya lo han eliminado en 2008.

Es difícil conjugar el cumplimiento de estos compromisos con la reducción de los presupuestos dedicados a la malaria. En los últimos años se han ajustado los precios de todas las intervenciones contra la malaria: el precio de las mosquiteras, que es un elemento fundamental en el programa de lucha contra el paludismo, bajó un 29% entre 2007 y 2011, y el coste de las pruebas de diagnóstico rápido, esenciales para verificar la enfermedad, descendió también anualmente entre un 11% y un 15% entre 2008 y 2010. Por lo tanto, no parece posible actualmente reducir más el coste de las acciones de lucha contra la malaria mediante un ajuste de precios de los mismos, y la única alternativa parece ser reducir el número de intervenciones. Es difícil que las estrategias de lucha tengan espacio para la reducción de su presupuesto, sin que se vea afectado su impacto. Solamente quedaría la posibilidad de abaratar los tratamientos, pero parece difícil que incluso así no se vean afectados los resultados finales en número de enfermos y vidas perdidas si el compromiso actual disminuye.

Es cierto que el esfuerzo de la comunidad internacional ha sido considerable en los últimos años, y se ha visto plasmado en unas cifras jamás alcanzadas en prevención, diagnóstico y tratamiento, aunque muchas de las acciones eran estrategias verticales que no tienen en cuenta la sostenibilidad futura de las acciones.

En cuanto a mosquiteras tratadas con insecticidas, en 82 países se distribuyen gratuitamente. Por este motivo, el número de mosquiteras distribuidas en África subsahariana pasó de 5,6 millones en 2004 a 145 millones en 2010. El 50% de las viviendas africanas están protegidas con las mosquiteras, cuando en el año 2000 solo esta medida alcanzaba sólo un 3%. 186 millones de personas están protegidas por las mosquiteras en el mundo, pero esto solamente supone el 6% de toda la población a riesgo. Además, debemos tener presente que en 27 países se han detectado resis-

tencias a los insecticidas con los que se tratan estas mosquiteras, por lo que pueden acabar por no ser eficaces.

Aunque se está extendiendo la práctica de confirmar con pruebas parasitológicas la infección por *Plasmodium*, éstas no se efectúan en todas las regiones de la misma forma. Debemos destacar que desde 2005 a 2010 la aplicación de pruebas diagnósticas en la región este del Mediterráneo ha pasado de un 60% a un 91%, y se han logrado cifras similares en el mismo periodo en el sudeste asiático, y aunque en la región africana ha aumentado el uso de pruebas del 26% al 45% de los casos. Sin embargo, en 21 de los 42 países africanos que informaron sobre este asunto, el porcentaje de pruebas de diagnóstico fue de un escaso 20%.

El número de tratamientos basados en terapias combinadas de artemisina (TCA) adquiridos por el sector público pasó de 11,2 millones en 2005 a 76 millones en 2006, y llegó a 181 millones en 2010¹⁴, 16 veces más en apenas 5 años. Para 2011 está prevista una cifra de 287 millones de tratamientos, un incremento que se puede producir sobre todo por el incremento de las ventas privadas subvencionadas a través del servicio de medicamentos asequibles para el paludismo (AMFm). Sin embargo, sigue habiendo mucho diagnóstico clínico de malaria no confirmado por pruebas de laboratorio, como corrobora el dato de que el número de terapias combinadas por artemisina distribuidas por los programas nacionales de lucha contra el paludismo fue el doble que el número de pruebas diagnósticas realizadas. En 4 países del sudeste asiático se han encontrado ya resistencias a la artemisina (Camboya, Myanmar, Tailandia y Vietnam), y la OMS ha publicado el "Plan mundial para la contención de la resistencia a la artemisina"¹⁵, que recomienda cuatro actuaciones clave (a las que suma motivar para la acción y movilizar recursos como medida transversal para las cuatro) para gestionar con éxito la resistencia a la artemisina: detener la propagación de parásitos resistentes, incrementar el control y la vigilancia para evaluar la amenaza de la resistencia a la artemisina, mejorar el acceso a los diagnósticos y a un tratamiento racional a base de TCA, e invertir en investigación sobre la resistencia a la artemisina.

14. http://www.who.int/malaria/world_malaria_report_2011/9789241564403_eng.pdf

15. http://www.who.int/malaria/publications/atoz/artemisinin_resistance_containment_2011.pdf

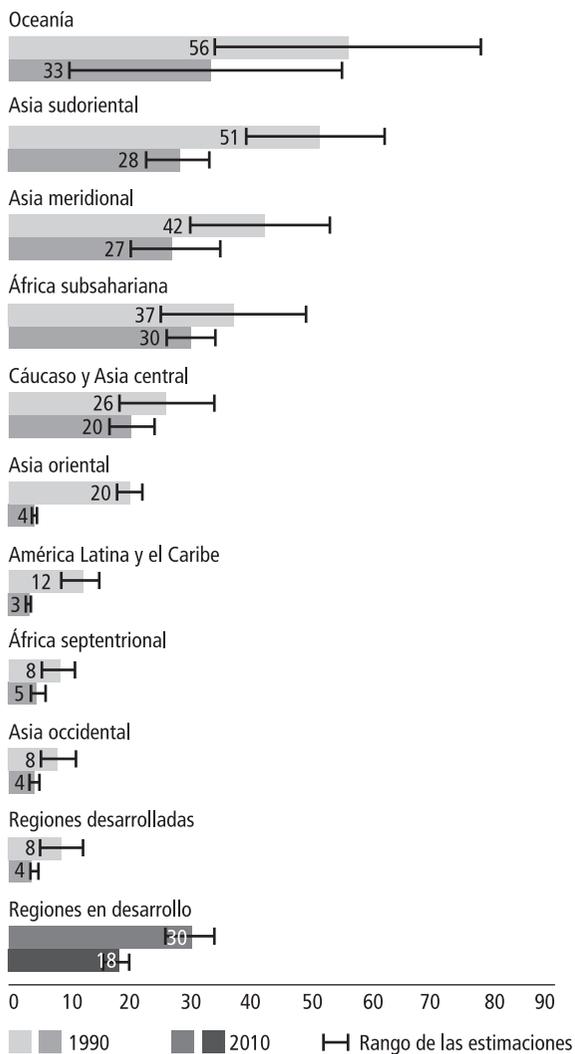
Tuberculosis

Con respecto a la tuberculosis, los datos son bastante positivos, y la meta de “detener y empezar a revertir la propagación de la tuberculosis” está en camino de alcanzarse. En 2010 hubo 8,8 millones de nuevos casos de tuberculosis en el mundo. De ellos, el 12% eran personas portadoras de VIH. Como podemos observar en la siguiente gráfica, este descenso se ha producido en todas las regiones desde 2002, y el número absoluto de casos comienza también a disminuir. Si sigue la tendencia, en los próximos años se conseguirá alcanzar la meta prevista de detener la propagación de la enfermedad. En cuanto al número de enfermos, no parece haber una estadística muy fiable, pero se estima en 12 millones las personas que en 2010 padecían esta enfermedad.

A pesar de que murieron en 2010 más de un millón de personas (de las cuales 350.000 eran VIH positivas), las proyecciones de las tasas de mortalidad por esta enfermedad indican que en 2015 serán la mitad que en 1990.

Si analizamos las regiones, observamos que los comportamientos de las mismas en cuanto al descenso de la mortalidad es muy diferente, aunque en todas las regiones descienda el número de casos. En África subsahariana apenas desciende en 7 los muertos por cada 100.000 habitantes, lo que fija una tasa de mortalidad por tuberculosis de 37 por cada 100.000 habitantes, mientras que en Oceanía, que en 1990 era la región con una tasa de mortalidad más elevada por esta enfermedad, experimenta la mayor reducción en su mortalidad, y desciende 23 muertos cada 100.000 habitantes, fijándose su tasa en 33 fallecimientos por cada 100.000 habitantes. En Asia también han disminuido las tasas, pero dada la enorme cantidad de población que vive en esa región, es la que presenta un mayor número de muertos en cifras absolutas.

**GRÁFICA 1.8.: CANTIDAD DE MUERTES POR TUBERCULOSIS POR 100.000 HABITANTES
(EXCLUIDAS PERSONAS CON VIH), 1990 Y 2010**



Fuente: Objetivos Desarrollo del Milenio. Informe 2012

La tuberculosis es una enfermedad compleja de tratar en la que queda mucho camino por recorrer. Entre 1995 y 2010 se ha tratado con éxito a 46 millones de personas de una enfermedad cuyo protocolo terapéutico supone varios meses de tratamiento, y que, al ser de larga duración, puede tener muchos abandonos. Se estima que en este periodo se han salvado 7 millones de vidas que se podrían haber perdido por la tuberculosis. Pero es preocupante que una tercera parte de los nuevos casos no están registrados, y, por lo tanto, ni pueden ser tratados, ni se puede evitar que propaguen la enfermedad.

De los 290.000 casos de tuberculosis resistentes a múltiples tratamientos, el 84% no están diagnosticados ni tratados según los protocolos internacionales. La estrategia "Parar la tuberculosis" que lleva en marcha desde 2006 define claramente los protocolos de actuación ante esta enfermedad, pero aún no están implementados como debiera ser en todos los países.

2.4 EVOLUCIÓN DE OTROS ODM

Hay otros ODM que se relacionan con la salud y cuya evolución es también muy relevante. En este año queremos empezar destacando que se ha reducido a la mitad las personas que no tienen acceso a fuentes confiables de agua segura, de modo que el 89% de la población mundial utiliza ahora este tipo de fuentes, alcanzándose así la meta prevista para 2015.

Este aspecto está íntimamente relacionado con la salud, debido a las enfermedades de transmisión hídrica, que suponen todos los años millones de muertes evitables por diarreas, sobre todo en la población infantil. Pero sigue habiendo una gran diferencia de acceso entre las zonas urbanas y rurales, y a pesar de las cifras positivas, debemos recordar que aún 783 millones de personas no tienen acceso a una fuente de agua potable. Si desagregamos los datos por regiones, ni África Subsahariana ni Oceanía alcanzarán esta meta en 2015 si se mantienen los datos actuales.

Con respecto a la nutrición, El hambre sigue siendo un problema mundial. Un 15,5% de la población sufre de una mala alimentación. Es un problema agudo en África subsahariana y Asia meridional. Y los avances en la nutrición infantil tampoco se consiguen al ritmo deseado. Una de cada cinco niños o niñas en los países en desarrollo tiene problemas de malnutrición.

Otras enfermedades, que no han sido priorizadas dentro de los ODM, suponen un elevado porcentaje en la carga mundial de morbilidad y mortalidad. Por este motivo, en la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de Naciones Unidas sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles que se celebró en septiembre de 2011, se reconocieron los principales retos que plantean las enfermedades no transmisibles para el desarrollo; entre ellos, la limitación de los avances hacia la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) relativos a la salud. En esta reunión se acordó priorizar en los programas mundiales y nacionales de desarrollo la prevención de enfermedades transmisibles, a través de varias acciones, entre ellas:

- Promover intervenciones que reduzcan los efectos de los factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles;
- establecer (o reforzar si los hubiera) sistemas de salud nacionales y políticas multi-sectoriales para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles,
- fortalecer la cooperación y las alianzas internacionales para apoyar los planes de prevención y control de las enfermedades no transmisibles; y
- fomentar la investigación y el desarrollo.

Concretamente, se acordó que para finales de 2012 se haya creado un marco mundial de vigilancia y el establecimiento de objetivos mundiales concretos (aunque será de aplicación voluntaria), y crear sinergias entre Naciones Unidas y otras organizaciones sobre enfermedades no transmisibles. Se pretende que en un futuro haya una estrategia mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, y para ello se quiere comenzar con la elaboración de un plan de ejecución para el período 2013-2018 con miras a concebir una estrategia mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles.

En resumen, los logros en los ODM han sido conseguidos de forma muy desigual, e incluso en algunas regiones y países se han ralentizado de forma importante en los últimos años. Quedan pocos años para que se cumpla el plazo fijado por la comunidad internacional, y si no se pone remedio, la mayor parte de los ODM no se cumplirán, o lo harán de una forma parcial, alejados del espíritu de desarrollo y mejora que tenían los cuando se firmaron.

3. EL FUTURO DE LOS ODM

Ante la realidad del avance en la consecución de los ODM, Naciones Unidas presentó en diciembre de 2011 un marco metodológico para que los países pudieran acelerar su contribución a la consecución de los ODM¹⁶. Previamente, este marco se probó en 2010 en 10 países y se demostró que la herramienta funcionaba con éxito en diferentes contextos¹⁷.

El marco de Aceleración de los ODM contempla 4 pasos que deben realizar de forma sistemática y que pueden y deben ser utilizados tanto por gobiernos como equipos país de Naciones Unidas y por otros actores:

- Paso 1. Identificación de la intervención: determinar las intervenciones estratégicas para lograr los ODM en 2015. Tienen que estar basadas en los planes sectoriales o de país y focalizadas en aquellas metas u objetivos que, o no se están alcanzando, o su progreso no es el adecuado.
- Paso 2. Priorización de “los cuellos de botella”: identificar y priorizar aquellos problemas clave (“cuellos de botella”) que impiden que las intervenciones sean más efectivas.
- Paso 3: Seleccionar soluciones: Determinar las soluciones para esos cuellos de botella
- Paso 4. Planificar la implementación y el seguimiento: Crear un plan de implementación y seguimiento participativo para las soluciones que van a acelerar el proceso de consecución de los ODM, incluyendo una matriz de rendición de cuentas para el gobierno y sus socios (incluyendo sociedad civil).

Para apoyar estos cuatro pasos, el marco de Aceleración cuenta también con una lista de intervenciones probadas que los países pueden personalizar, así como con un sistema online que puede ayudar en el proceso, y que informa a los usuarios sobre soluciones concretas ante problemas específicos.

A pesar del esfuerzo realizado, es demasiado pronto para valorar si esta herramienta va a dar el resultado esperado, pero es positivo que los gobiernos tengan a su alcance las herramientas necesarias para que, si hay voluntad política y recursos, se consigan los ODM en 2015.

16. <http://www.undp.org/content/dam/undp/library/Poverty%20Reduction/MDG%20Strategies/MAF%20Report%20Dec%202011.pdf>

17. <http://www.undp.org/content/undp/es/home/presscenter/pressreleases/2010/09/22/undp-puts-forward-new-approach-to-speed-up-progress-on-anti-poverty-goals.html>

4. MÁS ALLÁ DE 2015

Queda poco tiempo para 2015, fecha que se marcó la comunidad internacional para alcanzar los resultados previstos en los Objetivos del Milenio, y desde Naciones Unidas ya se está comenzando a trabajar en el escenario posterior a 2015 (Beyond 2015). En septiembre de 2011 se creó un equipo de trabajo de Naciones Unidas, liderado por el Departamento de Asuntos Sociales y Económicos y el programa de Desarrollo de Naciones Unidas, con la tarea de preparar la agenda “Más allá de 2015”. Desde mediados de 2012 se ha dado un nuevo impulso al proceso con la creación de un Task Team formado por representantes de las agencias de Naciones Unidas, un panel de alto nivel formado por 26 personalidades internacionales de la sociedad civil, el sector privado y gobiernos, y presidido por los primeros ministros de Indonesia y el Reino Unido, la presidenta de Liberia, y Amina Mohammed, nombrada asesora especial del Secretario General de Naciones Unidas para liderar y coordinar el proceso de elaboración de la agenda post 2015.

Para facilitar la participación de los diferentes actores, entre los cuales está la sociedad civil, se ha puesto en marcha un amplio proceso de consultas liderado por Naciones Unidas. Se están realizando consultas nacionales en 50 países y se realizarán 9 consultas temáticas centradas en: conflicto y fragilidad, sostenibilidad medioambiental, crecimiento económico y empleo, educación, seguridad alimentaria y nutrición, gobernabilidad, salud, desigualdades, y población.

La Comisión Europea también ha iniciado un proceso de consulta con distintos actores, entre ellos la sociedad civil es de los más activos, para valorar la implementación de los ODM y hacer propuestas sobre los elementos que debería contener el nuevo marco post 2015.

Parece claro que hay una voluntad de no volver a cometer algunos de los errores que se cometieron durante la formulación e implementación de los ODM, como la falta de participación y apropiación por parte de los países del sur o el diseño de las metas y los indicadores de forma independiente, ignorando los vínculos entre los diferentes ODM. Sin embargo, no está claro que se vayan a incluir otras críticas de mayor calado, como la ausencia de un marco de derechos, de financiación adecuada o de transparencia y rendición de cuentas mutua en todos los países y para todos los actores¹⁸.

Estas y otras cuestiones están siendo debatidas en las consultas, y probablemente lo estén también en la mesa de negociación del nuevo marco post 2015. Las consultas y espacios de reflexión creados por Naciones Unidas y por las organizaciones de la sociedad civil ofrecen algunas de las claves sobre el futuro marco post 2015:

18. Beyond 2015, Contribución europea a la consulta de la CE

- La formulación de objetivos, metas e indicadores debe hacerse mediante un proceso inclusivo y participativo a través de amplias consultas con los diferentes actores implicados en el sector (gobiernos, parlamentos, sociedad civil y organizaciones comunitarias), ya que la participación de todos los actores favorece la apropiación democrática.
- Para las organizaciones de la sociedad civil, el punto de partida del nuevo marco post-ODM debe ser el enfoque de derechos, incluido el derecho a la salud.
- El marco post 2015 debe ser un marco global con compromisos vinculantes y responsabilidades compartidas, pero diferenciadas para todos los actores, tanto de los países del sur como de los países donantes. Se trata, pues, de objetivos globales pero adaptados a nivel nacional, regional y local para que respondan a la realidad y necesidades de cada país.
- Mayor transparencia y fortalecimiento de los mecanismos de rendición de cuentas en los que estén implicados todos los actores (gobiernos, parlamentos y sociedad civil) para transformar los compromisos acordados en obligaciones no sólo hacia los gobiernos, sino también hacia la sociedad civil y parlamentos nacionales.
- Aunque los gobiernos nacionales son los principales responsables de la elaboración, ejecución y seguimiento del futuro marco, es importante asegurar la participación significativa de otros actores clave como la sociedad civil y las comunidades¹⁹ para avanzar hacia una verdadera apropiación democrática.
- El futuro marco post 2015 debe aportar una mirada más integral de los problemas que quiere abordar, reconociendo los vínculos e interrelaciones que existen entre éstos, cuyo abordaje es crítico para asegurar la consecución de los objetivos que se marquen.
- Por último, el nuevo marco debe asegurar la sostenibilidad de la financiación a largo plazo, reconociendo las responsabilidades tanto nacionales como internacionales y el cumplimiento de los compromisos adquiridos como la Declaración de Abudja o la puesta en marcha de nuevos mecanismos de financiación, como el impuesto sobre transacciones financieras.

Uno de los temores de la sociedad civil radica en que la búsqueda de acuerdos a toda costa pueda excluir de la negociación principios fundamentales del nuevo marco post 2015, principios como el enfoque de derechos, la equidad y la justicia social; por eso es fundamental la participación de todos los actores, no sólo de los gobiernos.

En cuanto al sector de la salud, aunque parece que hay una voluntad clara de que esté presente en el nuevo marco post ODM, queda por definir cómo será dicha inclu-

19. AfGH contribution to the EC consultation post-2015 MDGs

sión. No obstante, el hecho de incluirla como una de las nueve áreas temáticas específicas sobre las que se reflexionará pone de manifiesto la importancia que sigue teniendo como sector clave del desarrollo.

Para iniciar la reflexión y consulta temática sobre el papel del sector de la salud en el nuevo marco post 2015, se ha presentado un documento base de discusión²⁰, en el que se presentan los aspectos positivos y las críticas que ha tenido el desarrollo de los ODM. Dicho documento muestra un nuevo escenario donde la salud es vista de una forma más global, no tan limitada como la que tuvo en los ODM, donde quedaron fuera muchos problemas de salud, como enfermedades crónicas, mentales, o los determinantes de salud. No obstante, se considera positiva la Declaración del Milenio porque puede seguir sirviendo como eje articulador de los valores que deben estar en el centro de la agenda de desarrollo en las próximas décadas.

El documento también plantea tres cuestiones para tratar a partir de 2015. En primer lugar, la falta de cumplimiento en muchos países de los ODM en salud y el esfuerzo que se debe mantener para alcanzar estos ODM aunque sea más allá de 2015. El segundo reto es la definición de la nueva agenda para la salud global, que debe contemplar aspectos tan diversos como la definición de la equidad en el acceso al sistema de salud desde un enfoque de derechos humanos, la inclusión de los determinantes sociales de salud dentro de la agenda, o la compleja carga de enfermedad a la que hacen frente los países, por la maliciosa unión de problemas infecciosos, crónicos y traumatismos con la falta de financiación de los sistemas de salud. Por último, plantea el reto de definir la salud en el contexto de desarrollo sostenible, donde se debe revisar el papel de la salud como contribuyente y como beneficiario de este desarrollo sostenible, y la salud como una forma de medir el progreso de las políticas de desarrollo sostenible.

Otro debate importante gira en torno al objetivo de salud que se debe incluir en el futuro marco. Organizaciones internacionales como la OMS y la plataforma de ONG Action for Global Health proponen utilizar la cobertura sanitaria universal como meta de salud global. La cobertura sanitaria viene determinada no sólo por los costes directos que paga el paciente, sino también por los mecanismos de financiación del sistema, mientras que otros aspectos como la disponibilidad y la calidad de los servicios sanitarios también impacta en la cobertura sanitaria. Algunas organizaciones como el Overseas Development Institute cree que no sería fácil consensuar indicadores que permitiese medir los avances, por lo que propone otros indicadores más sencillos como el retraso en el crecimiento de niños y niñas²¹ ya que se trata de un indicador de vulnerabilidad y permite medir el impacto en uno de los grupos más vul-

20. http://www.un.org/millenniumgoals/pdf/Think%20Pieces/8_health.pdf

nerables. La consulta que se inicia ahora sobre el papel de la salud en la futura agenda post 2015, y en la que participan distintos actores, ayudará a profundizar y enriquecer estos debates.

Sería importante que en este debate sobre cobertura universal se introdujeran varios aspectos que consideramos fundamentales. La inclusión de los determinantes de salud, incluyendo los determinantes sociales, es primordial para poder luchar contra las causas reales de una mala salud. Los problemas de salud deben tener un enfoque multidisciplinar. También es necesario, cuando se habla de mejora del acceso a los sistemas de salud, abordar los problemas socioculturales que impiden ese acceso, y no solo preocuparnos por las dificultades que existen por falta de medios técnicos, materiales y humanos. Es importante también definir las estrategias y los procesos más efectivos para conseguir esta cobertura universal de forma sostenible, y, en este sentido, se debería principalmente impulsar la Atención Primaria de Salud y el fortalecimiento de los sistemas públicos de salud, antes que seguir apostando por iniciativas exclusivamente verticales.

5. BUSAN Y LA EFICACIA DE LA AYUDA

Del 29 de noviembre hasta el 1 de diciembre de 2011 tuvo lugar en Busan (Corea) el 4º Foro de Alto Nivel sobre eficacia de la Ayuda, que reúne al conjunto de actores que trabajan en cooperación, para analizar y mejorar la eficacia de las acciones de la cooperación.

Estos Foros comenzaron en 2003 en Roma, cuando la comunidad internacional se dio cuenta de que la cooperación no estaba dando los frutos deseados, y por lo tanto era imperativo tratar de mejorar el impacto de la cooperación al desarrollo. En el segundo Foro, en 2005, en París se pusieron los cimientos de esta mejora al definirse en la declaración de París sus principios: alineamiento, apropiación, armonización, gestión orientada a resultados y responsabilidad mutua. En 2008 se realizó el tercer foro en Accra (Ghana) donde países donantes y receptores de la ayuda establecieron el plan de Acción de Accra en el que, basándose en los principios de París, se acordó que la ayuda sería más previsible (de 3 a 5 años), se reforzaría la gestión y transparencia de los fondos locales y el uso por parte de los donantes del sistema financiero nacional, eliminando la condicionalidad de la ayuda por parte de los donantes, y que contó con la promesa de desligar la ayuda de otros intereses políticos, económicos o geoestratégicos.

21. Results for Development Institute; Post-2015 Health MDGs

En la reunión de Busan se han presentado los resultados sobre el progreso, en 78 países, de los objetivos de la Declaración de París que se debían alcanzar en 2010, cinco años después de haberse formulado. Unos resultados que podemos definir como contundentes.

Solamente una de las 13 metas propuestas se ha alcanzado en ese tiempo, la coordinación de cooperación técnica, aunque se ha avanzado de forma notable en las otras doce²². El número de países en desarrollo que tienen estrategias de desarrollo nacionales se ha triplicado en estos 5 años, siendo el punto en el que más se ha progresado, junto con los marcos de gestión orientada a resultados para evaluar los progresos, que ya están en una cuarta parte de los países en desarrollo estudiados en 2005.

Otros aspectos no han avanzado de forma tan importante, como demuestran la baja participación de la sociedad civil en la definición de esas estrategias nacionales de desarrollo, el bajo desarrollo de capacidades que son definidas por las necesidades, la escasa mejora de la capacidad de gestión (sólo una cuarta parte de los países en desarrollo mejoró su capacidad de gestión de sus sistemas públicos, pero otra cuarta parte la empeoró), o la falta de uso por parte de los donantes de los sistemas y herramientas desarrollados en los países en desarrollo (se utilizan, pero no tanto como se acordó en París). Tampoco se ha avanzado en desligar la ayuda, y aunque hay algunos ejemplos de mejora de la transparencia, no se han alcanzado los objetivos previstos en este objetivo.

Por último, donde prácticamente no ha habido avances ha sido en la inclusión de la ayuda directa a los gobiernos en los presupuestos nacionales, en la unificación de criterios y procedimientos entre los donantes (y de trabajar de forma común), en la disminución de la fragmentación de la ayuda, en la previsibilidad de la misma; y falta también una revisión conjunta entre donantes y gobiernos del funcionamiento y resultados alcanzados por la cooperación.

Además de estas carencias, hay que tener en cuenta que ha habido países que no aparecen en este estudio, ya que se hace de forma voluntaria, por lo que los resultados obtenidos no se pueden extrapolar ni generalizar.

Con estos datos podemos concluir que el compromiso de la mejora de la eficacia de la ayuda que realizaron países donantes y receptores, aún sin discutir el fondo de algunos de los objetivos, no se ha cumplido. Y es que la cooperación sigue contaminada de otros muchos intereses que impiden que realmente avance con el impulso necesario para acabar con la inequidad mundial.

22. http://www.aideffectiveness.org/busanhlf4/images/stories/hlf4/Executive_Summary-Progress_since_Paris.pdf

Busan era una oportunidad para reconducir esta situación. Unos 2.000 representantes políticos y de la sociedad (ministros, parlamentarios, funcionarios, sociedad civil, incluyendo al sector privado) discutieron y aprobaron la Declaración de Busan sobre el “Partenariado global por la eficacia de la cooperación al desarrollo”²³. Se reafirmaron los compromisos con el desarrollo, como la consecución de los ODM –ya que el desarrollo es un elemento importante, aunque no el único, que apoya la erradicación de la pobreza– el crecimiento económico, la protección social y el desarrollo sostenible.

Los puntos clave de la declaración de Busan son:

1. Principios compartidos para conseguir objetivos comunes: basándose en los compromisos internacionales sobre derechos humanos, equidad de género, trabajo digno, sostenibilidad medio ambiental y discapacidad. Para un desarrollo efectivo se necesitarían impulsar:

- La apropiación de las prioridades de desarrollo por los países en desarrollo.
- Focalizar el esfuerzo en conseguir resultados.
- Crear asociaciones de desarrollo inclusivo.
- Aumentar la transparencia y rendición de cuentas mutua

Con estos principios se busca profundizar en la democratización de los procesos de cooperación, reforzar los esfuerzos para conseguir resultados concretos y sostenibles, ampliar el apoyo de colaboración Sur-Sur entre países y la cooperación triangular y ayudar a los países receptores a conglomerar las diversas formas de ayuda que reciben.

2. Acciones complementarias para alcanzar objetivos comunes:

- Inclusión de nuevos actores con principios compartidos, pero diferentes compromisos, sobre todo cooperación Sur-Sur.
- Mejorar la calidad y efectividad de la cooperación, intensificando los esfuerzos para cumplir los compromisos de Accra y de Paris y asegurando la apropiación, transparencia y rendición de cuentas.
- Refuerzo del uso de los sistemas locales para construir instituciones efectivas

A pesar de que el documento refuerza el trabajo para la búsqueda de la equidad de género y el empoderamiento de las mujeres, desde las organizaciones de mujeres que participaron en el Foro se lamentó que se hablara sólo de empoderamiento de las mujeres como motor del crecimiento, dejando fuera los derechos de las mujeres, cuando, como éstas recuerdan, sin derechos no hay empoderamiento.

En relación a los parlamentos y gobiernos locales, se refuerza su papel para que aseguren la apropiación de las agendas de desarrollo, así como el rol de la sociedad

23. http://www.aideffectiveness.org/busanhlf4/images/stories/hlf4/OUTCOME_DOCUMENT_-_FINAL_EN.pdf

civil, no solo como proveedor de servicios, sino como promotor de enfoques basados en los derechos. Se acuerda asimismo promover un entorno favorable en el que las organizaciones de la sociedad civil puedan desarrollar su trabajo de forma segura, un avance importante dado el crecimiento en el número de países con legislaciones que restringen los ámbitos de actuación de la sociedad civil, especialmente aquellos relacionados con los derechos humanos y la incidencia política.

En cuanto a predictibilidad de la ayuda, para 2013 se acuerda tener planes de 3 a 5 años para todos los países con los que se coopera. Para 2013 también se quieren aumentar los acuerdos de los países donantes, incluyendo la división del trabajo, cooperación delegada y enfoques basados en programas. En cuanto a la ayuda multilateral, se pretende reducir el número de iniciativas, y para finales de 2012 se espera tener una guía de acción que enfoque el trabajo multilateral en aquellas iniciativas que se estén trabajando adecuadamente. También para finales de 2012 debe estar redactada una guía que afronte el problema de los países que reciben ayuda insuficiente.

También se promueve reducir la vulnerabilidad y el desarrollo sostenible en situaciones de conflicto o fragilidad, ya que se reconoce que gran parte de la distancia para conseguir los ODM se debe a la situación de los estados frágiles.

Un aspecto importante es el giro conceptual con que se define al desarrollo. Se pasa de una ayuda efectiva para la cooperación a una ayuda efectiva para el desarrollo, en un nuevo marco que pretende un crecimiento fuerte, pero sostenible e incluyente, donde los gobiernos locales aumentan su papel en la cooperación, pero también en la rendición de cuentas a su ciudadanía. Por lo tanto, se debe reflexionar sobre qué tipo de ayuda, de cuánto y de cómo se debe gastar, para apoyar el cumplimiento de los derechos, compromisos y normas internacionales.

Aparece en la Declaración el papel del sector privado en el desarrollo, considerado esencial y por cuyo impulso se apuesta, incluso apoyando la participación del sector privado en el diseño y la implementación de las políticas de desarrollo y cooperación. Se pretende promocionar la “ayuda para el comercio” como un motor de desarrollo sostenible. Por último, se pretende combatir la corrupción y promover iniciativas contra el cambio climático. Termina la declaración con una mención al escenario post 2015, y se propone la creación de un nuevo Partenariado Global para una cooperación al desarrollo efectiva, que sea inclusiva y representativa.

En esta Declaración hay algunos puntos que pueden llegar a ser contradictorios. Así, los compromisos entre países Sur-Sur aparecen como “voluntarios” por lo que no hay obligación de que la cooperación entre países del Sur tenga en cuenta los valores que definen la cooperación al desarrollo de los donantes tradicionales: derechos

humanos, equidad de género o sostenibilidad ambiental²⁴. Esta afirmación entra en contradicción con el punto primero de la Declaración de Busan de compartir los principios para conseguir los mismos objetivos. También el papel exacto que puede y debe desarrollar la iniciativa privada puede llegar a ser polémico, pues los intereses de grandes entidades comerciales pueden divergir de los fundamentos de un desarrollo sostenible y participativo.

Busan y salud

Llama la atención que la salud no sea nombrada en un documento que habla de desarrollo, más allá de las implicaciones genéricas sobre los ODM. Parece como si la salud como tal empezara a dejar de ser un referente principal dentro de las políticas de desarrollo, y otros sectores como el cambio climático, el comercio, o el crecimiento asumieran el rol que antes tenía la salud. El sector de la salud ha tenido un progreso más importante que otros sectores en cuanto a la mejora de la eficacia de la ayuda²⁵, y no ha sido ni siquiera nombrado como una forma de impulsar las mismas experiencias en otros sectores.

La gestión orientada a resultados tiene también sus aspectos positivos, pero puede centrar los esfuerzos en acciones que tengan resultados a corto plazo, como pueden ser las iniciativas verticales. Definir la eficacia solamente a través de indicadores cuantitativos puede tener el riesgo de que abandonemos a los más pobres²⁶. Darle valor al dinero que se gasta puede ser una forma de mejorar la eficacia de la ayuda, pero si no ponemos el foco en las personas y no trabajamos a largo plazo en el impacto de las poblaciones más vulnerables, cuyos resultados suelen ser menos exitosos y más caros, la inequidad puede aumentar para los más pobres.

No obstante esta Declaración también puede suponer para el sector de la salud un reto importante que mejore algunas de las prácticas que se realizan actualmente. Mejorar la predictibilidad y la coordinación de la ayuda es esencial para que los gobiernos locales puedan planificar adecuadamente sus presupuestos en salud. Trabajar en programas de desarrollo en salud basados en la evidencia también puede ser muy positivo. Pero no podemos conformarnos únicamente con la evidencia científica sanitaria, sino que tenemos que incorporar la evidencia en el desarrollo a medio y largo plazo.

24. <http://pobrezacero.wordpress.com/2011/12/02/post-busanhlf4-objetivos-comunes-principios-mas-o-menos-compartidos-pero-diferentes-compromisos/>

25. <http://www.thebrokeronline.eu/Blogs/Busan-High-Level-Forum/Where-is-health-on-the-Busan-agenda>

26. <http://www.thebrokeronline.eu/Blogs/Busan-High-Level-Forum/Value-for-money-or-Results-Obsession-Disorder>

Por último, debemos finalizar con una mención especial a la inclusión de la iniciativa privada. Es cierto que la iniciativa privada es un elemento fundamental dentro del desarrollo, pero hay que definir muy bien el papel que puede y debe tener. En el caso del acceso a medicamentos, uno de los mayores problemas sanitarios a los que nos enfrentamos actualmente, existen intereses contrapuestos que impiden que muchas personas accedan al tratamiento adecuado. Es necesario que las alianzas de desarrollo tengan presente primero que hablamos de desarrollo de personas, y ellas deben ser el foco principal y objetivo preferente, de modo que sean las primeras prioridades de acción.

6. EVENTOS DESTACADOS SEPTIEMBRE 2011-AGOSTO 2012

Octubre 2011

La OMS organizó entre el 19 y el 21 de octubre la Conferencia Mundial sobre los determinantes sociales de la Salud, en Río de Janeiro. El evento contó con la participación de más de 1.000 personas, entre otras, delegados de 125 Estados Miembros. Allí se adoptó la Declaración política de Río sobre determinantes sociales de la salud.

En la Declaración se insta a la OMS, resto de organismos de NN.UU. y a otras organizaciones internacionales a que tengan un compromiso con los determinantes sociales de la salud para reducir las inequidades sanitarias, a través de:

- La adopción de una mejor gobernanza en pro de la salud y del desarrollo. Es necesaria una mejor gobernanza a nivel nacional en pro de la salud y el desarrollo, con procesos transparentes, rendición de cuentas, formulación de políticas eficaces y equitativas.
- El fomento de la participación, sobre todo comunitaria, en la formulación y aplicación de políticas.
- La reorientación del sector de la salud con miras a reducir las inequidades sanitarias, con servicios adecuados, accesibles y de calidad.
- El fortalecimiento de la gobernanza y la colaboración en todo el mundo, dando peso a la cooperación internacional y modificando las políticas que tengan efectos negativos para la salud y el desarrollo.
- La vigilancia de los progresos y el refuerzo de la rendición de cuentas, apoyando el papel rector de la OMS y evaluando los efectos de las políticas sobre la salud y sobre otros objetivos sociales, para tenerlos en cuenta en la formulación de políticas.
- El llamamiento para una acción mundial. Se recomienda que el planteamiento de los determinantes sociales se introduzca en el proceso de reforma de la OMS, y que la 65ª Asamblea Mundial de la Salud adopte una resolución de respaldo a ese texto

Noviembre 2011

Conferencia en Bruselas: "Combatting Malnutrition through Sustainable Interventions - A Key Driver of EU-ASEAN Relations."

Esta Conferencia internacional se centró en la relevancia que tiene la malnutrición en el mundo y la posibilidad de que la UE tome el liderazgo en esta temática a escala mundial. Public Advice International Foundation (PA internacional) realizó una consulta internacional sobre la importancia de la malnutrición a personas clave en cooperación y relaciones internacionales que representaban a todos los sectores públicos y privados, y sus resultados más importantes fueron los siguientes:

El 96% de las 150 personas encuestados consideran la malnutrición importante dentro de la política internacional y de cooperación de la UE.

Un 88% considera que el apoyo a la nutrición (3,4% del presupuesto de la Comisión Europea) es insuficiente y debería incrementarse.

Un 88% consideró que la nutrición debe tener un rol más importante en las políticas de cooperación y asuntos exteriores de la UE.

El 77% considera que la sostenibilidad debe ser una medida del éxito de las intervenciones.

El 72% considera que la industria debe jugar un mayor papel en este proceso y el 76% que los partenariados público privados deben aumentar en nutrición.

La Conferencia terminó con un documento que solicitaba a la Comisión Europea que movilizara todo el potencial europeo y que publicara una Declaración especial sobre nutrición, incluyendo un incremento de fondos para acciones directas sobre nutrición, un mayor apoyo para actividades relacionadas con la nutrición, una clara política que apoye intervenciones sostenibles, y una guía para el desarrollo de modelos para proyectos de asociaciones público privadas y de Responsabilidad Social Corporativa.

Diciembre 2011

IV Foro de Alto Nivel sobre la Eficacia de la Ayuda. Busan, Corea, 29 de nov-1 de diciembre 2011, del cual ya hemos hablado más arriba.

Mayo 2012

La Asamblea de la OMS, realizada en 2012, ha tratado múltiples asuntos relacionados con la salud. Por una parte, ha seguido la discusión sobre la reforma de la OMS, que seguirá en próximos años, y uno de sus puntos más controvertidos es la introducción como parte del presupuesto general de la institución de financiación por parte de empresas privadas.

En esta 65 Asamblea de la OMS se han presentado varias resoluciones sobre distintos asuntos, entre otras:

- Enfermedades no transmisibles. Refuerzo de políticas sobre enfermedades no transmisibles para promocionar una ancianidad activa, necesidad de una respuesta socio sanitaria conjunta y coordinada a nivel de cada país sobre la carga global de las enfermedades mentales
- Enfermedades Infecciosas: Intensificación de la erradicación de la poliomielitis, eliminación de la esquistosomiasis, Plan de Acción global sobre vacunas
- Salud maternoinfantil. Nutrición infantil, materna y adolescente, implementación de las recomendaciones de la Comisión sobre la información y rendición de cuentas de la salud maternoinfantil.
- Determinantes de salud: resultados sobre la Conferencia sobre determinantes de salud.
- Otros: medicamentos falsificados, Respuesta de la OMS, y su papel como líder del grupo de salud, para satisfacer las crecientes demandas de salud en las emergencias humanitarias, implementación de la Regulación Internacional de salud.

Junio 2012

Del 20 al 22 de junio se celebró la Conferencia de Naciones Unidas Río +20 de desarrollo sostenible, en Brasil. En esta conferencia los jefes de Estado y representantes de alto nivel reconocieron que el desarrollo sostenible no está incorporado en la agenda internacional y que hace falta un esfuerzo para conseguirlo²⁷. Reafirman el compromiso con los principios de la Declaración de Río de 1992 y estrategias y planes siguientes como la Agenda 21 o la Conferencia Mundial sobre desarrollo sostenible de Johannesburgo. Se considera que es necesario mejorar la integración, implementación y coherencia de las acciones, mejorando la participación de los actores principales. La economía “verde” o ecológica es considerada una herramienta fundamental para lograr el desarrollo sostenible, aunque afirma que cada país puede usar diferentes modelos, estrategias y herramientas para trabajarlo. El desarrollo sostenible tiene 3 dimensiones (medioambiental, económica y social) que se deben reforzar, así como las alianzas internacionales. Entre las áreas temáticas que se deben trabajar está la salud, y otras que están muy directamente relacionadas, como el agua y el saneamiento, la seguridad alimentaria, población, viviendas o género.

Río +20 presenta una estrecha relación entre el desarrollo sostenible y la salud, considerándolo uno de los primeros factores gracias al cual se habla de desarrollo sostenible²⁸. La deforestación, el cambio climático, la rápida urbanización, la desedificación, la contaminación del aire o del agua, entre otros, son factores que se

27. <http://www.uncsd2012.org/content/documents/814UNCSD%20REPORT%20final%20revs.pdf>

28. http://www.angoa.org.nz/angoa_docs/Rio20-Health-and-the-Green-Economy.pdf

han relacionado con muchas de las prioridades de salud global, como malaria, diarreas, o infecciones respiratorias. Pero también ocurre a la inversa. La salud es esencial para el alivio de la pobreza, y el acceso universal a los sistemas sanitarios es esencial para el desarrollo económico y social de una población. Por lo tanto consideran la salud una condición previa, un resultado y un indicador de las tres dimensiones del desarrollo sostenible.

Se reconoce que la cobertura universal equitativa, a través del refuerzo de los sistemas de salud, debe ser una prioridad en el futuro, y se pide una acción multisectorial para conseguirlo. Se necesita una mayor financiación de la sanidad, y unos medios materiales, humanos y de gestión adecuados. Además se apoya el liderazgo de la OMS para los asuntos de sanidad internacional.

El derecho a la salud está relacionado con el resto de derechos, y es especialmente importante cuando hablamos de salud sexual y reproductiva. Las estadísticas nos señalan que los 7.000 millones de personas que vivimos ahora en el planeta, podemos pasar a ser 10.000 millones en 2100. Conseguir un acceso universal real a los servicios de salud reproductiva, incluyendo los de planificación familiar, no solamente es un derecho de las mujeres, sino que ayudaría a estabilizar la población mundial. Los líderes mundiales se comprometen a considerar las proyecciones demográficas en las estrategias de desarrollo y solicitan que se apliquen los compromisos sobre salud sexual y reproductiva. Se reconoce el compromiso que debe haber con respecto a la igualdad entre géneros y la protección de los derechos de la mujer, los hombres y los jóvenes a tener control sobre las cuestiones relativas a su sexualidad, incluido el acceso a la salud sexual y reproductiva, sin verse sujetos a la coerción, la discriminación y la violencia.

Muchas enfermedades también están relacionadas con el desarrollo sostenible, y por eso aparecen en el documento final de Río +20: las enfermedades no transmisibles, el VIH/sida, tuberculosis, las enfermedades infecciosas, entre otras, son obstáculos al desarrollo sostenible, y se necesitan reforzar los sistemas de salud para que den respuesta a estos problemas. Pero al tener una visión multisectorial, se reconoce que hay algunos factores que causan problemas en la salud, y reducir la contaminación de la atmósfera y el agua y la causada por los productos químicos tiene efectos positivos en ella.

Dentro del acceso universal cabe destacar la preocupación por el acceso a medicamentos. En ese sentido, se reafirma el derecho a aplicar las disposiciones del Acuerdo sobre los aspectos de los derechos de propiedad intelectual relacionados con el comercio (Acuerdo sobre los ADPIC), para promover el acceso universal a los medicamentos.

Por último existe un compromiso para disminuir la mortalidad infantil y materna, aunque parece que solamente se centra en la mortalidad materna y la neonatal, ya que se establecen medidas sobre salud sexual y reproductiva, pero ninguna para reducir la mortalidad en los niños y niñas de 1 a 5 años.

7. AGENDA SEPTIEMBRE 2012-SEPTIEMBRE 2013

Septiembre 2012

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

Asamblea General de Naciones Unidas. En ella se establece un Grupo de trabajo intergubernamental para trabajar la propuesta de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) que han surgido de RIO +20, y en su seno se desarrollará la Primera reunión del Panel de Alto Nivel post 2015

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– con el fin de aumentar la eficacia, la coherencia y la rendición de cuentas, así como reducir los problemas de fragmentación y duplicación de esfuerzos.

Enero 2013

Reunión del Consejo Ejecutivo de la OMS sobre la reforma de la OMS.

Febrero 2013

Informe del Panel de Alto Nivel post 2015 al Secretario Ban Ki Moon.

Marzo 2013

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

Mayo 2013

Asamblea de la OMS 2013, que incluirá un avance sobre el proceso de reforma de la OMS.

Septiembre 2013

Asamblea General de Naciones Unidas, donde se procederá a la Reunión de Alto Nivel sobre los ODM. Los puntos destacados sobre los que se discutirá en esta Reunión serán el Informe ODM, el Informe propuesta ODS y el Informe marco post 2015, donde se abordará la cobertura universal como el principio fundamental en el sector salud.

INTRODUCIENDO LA EXCLUSIÓN SANITARIA EN ESPAÑA: UN CAMBIO DE MODELO

Durante los más de diez años que las organizaciones llevamos trabajando en este informe hemos defendido que el derecho a la salud es un derecho básico y universal, esencial para el desarrollo de las personas y los pueblos. Mientras en el discurso global que se está promoviendo para 2015 se valora la promoción de la cobertura universal como objetivo político después de los ODM, el gobierno de España ha decidido limitar la aplicación de un derecho básico como es el acceso universal de todas las personas a un servicio de salud. Bajo las banderas de las políticas de austeridad y el control de déficit, a partir del 1 de Septiembre de 2012, personas migrantes en situación administrativa irregular (los denominados “sin-papeles”) han perdido el derecho a la atención sanitaria que tradicionalmente recibían en España, con la excepción de intervenciones pediátricas, de parto y de urgencias. De esta manera se limita el derecho a la salud de algunos de los colectivos más vulnerables de la sociedad y, por primera vez en la historia del Estado de bienestar, se aplica una medida regresiva y discriminatoria. Cualquier reforma del sistema de salud debería estar encaminada a mejorar sus resultados en la equidad del acceso y en su calidad de servicio, y esta reforma se orienta en sentido contrario.

Esta normativa es injusta. Más allá de esto, es ineficaz e incluso puede llegar a ser peligrosa.

... LO QUE SIGNIFICA LA REFORMA

En el Estado español, las personas inmigrantes en situación irregular vieron reconocido su derecho fundamental a la salud desde la aprobación de la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero de ese año, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, a través del acceso a la sanidad pública en igualdad de condiciones que las personas nacionales. El requisito para ello consistía en probar la residencia efectiva en España a través del registro en el padrón municipal.

Según se desprende de un estudio de la Agencia Europea de Derechos Fundamentales, "Inmigrantes en situación irregular: acceso a la asistencia sanitaria en 10 estados miembro de la Unión Europea", España junto con Francia, Bélgica e Italia contaban con sistemas más garantistas que el resto de países europeos en lo que se refiere a asistencia sanitaria para inmigrantes en situación administrativa irregular. En España, a través de la tarjeta sanitaria, se tenía acceso a todos los servicios prestados por el sistema nacional de salud.

Incluso en esa situación de liderazgo en Europa, tampoco en España se garantizaba el derecho universal a acceder al sistema de salud. Aunque esta Ley supuso un avance notable para garantizar el derecho a la salud de las personas inmigrantes en situación irregular, el requisito del empadronamiento suponía una limitación del principio de universalidad a la vez que introducía obstáculos para el efectivo acceso a la salud de muchos/as inmigrantes. Por lo tanto, había un colectivo de personas migrantes en situación irregular y no empadronadas que también quedaban fuera del sistema, y tenían que ser atendidas por organizaciones caritativas o solidarias.

Actualmente la crisis financiera y económica que está afectando con especial virulencia al Estado español ha servido de excusa para cercenar aún más el derecho a la salud a una de las poblaciones más vulnerables de nuestra sociedad.

A través de la nueva normativa aprobada (RD 16/2012 y RD 1192/2012), se ha provocado un cambio de modelo de la sanidad universal pasándose a un modelo de aseguramiento en el que se define la figura de la persona asegurada o beneficiaria, que debe ser reconocida como tal por el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS). Este profundo cambio de modelo, con consecuencias para toda la sociedad, se ha hecho sin el consenso de otros grupos parlamentarios, colectivos de profesionales sanitarios ni de la sociedad civil. Por lo tanto, no todo el mundo tiene el derecho a acceder libremente al sistema público de salud, tan solo aquellos que estén asegurados.

Este hecho ha creado una gran confusión ya que desde el año 1999, la sanidad pública dejó de financiarse a través de la Seguridad Social pasando a hacerlo a través de los presupuestos generales del Estado, nutridos por los impuestos directos e indirectos de todas las personas, lo que supone una contradicción entre un sistema que exige una financiación universal (todos pagamos) y un sistema del que sólo se benefician los asegurados (los que cumplen determinados criterios); en definitiva, se crea un sistema donde no todos los que pagamos tenemos acceso.

Porque en este momento, tan solo las personas que son reconocidas como aseguradas o beneficiarias tienen derecho a la atención sanitaria pública sin ninguna limitación. La norma excluye a la población inmigrante irregular, excepto para menores y embarazadas, relegando al resto al uso de las urgencias. Además en esta reforma

se meten en el mismo saco a la población española con ingresos de más de 100.000 euros que viven de rentas, a cierta población europea que reside en España, pero focalizando sobre todo en aquella población que hacen turismo sanitario y a inmigrantes ilegales. 3 colectivos que lo único que les une es que con la reforma no pueden acceder al sistema, y cuya situación (turistas sanitarios, personas de altos ingresos) pueden servir como excusa para atacar el derecho de la población más débil y numerosa, que es la migrante.

Para las personas en situación irregular que deseen ser atendidas por el sistema público de salud, se prevé la suscripción de "convenios especiales", similares a la contratación de seguros privados, y que, como ellos, no incluyen la medicación. El coste de una tal "póliza" es de 710 € anuales para personas menores de 65 años y más que 1.800 para personas mayores de esta edad. Esta suma es –más o menos- el coste promedio que se calcula por aseguradoras privadas para proveer los servicios a una persona de una población promedia de España. El cálculo sigue una lógica de aseguramiento privado, siguiendo el criterio de "quien más necesita, más paga" en lugar de "quien más necesita, más recibe", lo que rompe la base del Estado de bienestar, que se fundamenta en prestar más apoyo a los más débiles. Distinguir entre grupos de edad adjudicándoles el supuesto precio medio de atención sanitaria de este grupo sigue una lógica de aseguramiento privado que reparte el riesgo dentro de un grupo particular de la población, sin considerar la solidaridad intergeneracional.

Desde un punto de vista de derechos humanos, esta situación es inaceptable porque atenta contra la dignidad de las personas y contra los derechos reconocidos en la normativa jurídica tanto a nivel estatal (Constitución española y varios Estatutos de Autonomía) como internacional (Declaración Universal de Derechos Humanos, Pacto Internacional sobre los Derechos Económicos, Sociales y Culturales etc.). Además, agrava las desigualdades y la exclusión de las personas más vulnerables.

Las consecuencias de esta normativa para la población inmigrante en situación irregular, suponen dejar de lado la prevención y los tratamientos en fases tempranas de la enfermedad, lo que puede conducir al agravamiento y cronificación de la misma. Es claro que la medicina preventiva y la atención primaria han demostrado ser las medidas más eficaces y eficientes en la protección y promoción de la salud. En este sentido, los diagnósticos tardíos pueden suponer, en el caso de enfermedades transmisibles o infecciosas, un riesgo para la salud pública y un aumento de los costes para el sistema sanitario. Esta reforma ningunea la labor de la Atención Primaria como la puerta de entrada al sistema de salud, como si fuera un lujo que solamente nos la debamos permitir los denominados "asegurados". Esta reforma parece tener una lectura exclusivamente economicista: permite eliminar las tarjetas sanitarias de todos aquellos que no están asegurados, lo que supondrá necesitar menos recursos huma-

nos materiales y técnicos. Sin embargo, no quiere decir que esta reforma vaya a salirnos más barata. Si solo dejamos utilizar la atención vía urgencias, aparte de que colapsarán las urgencias especialmente en épocas de epidemias como la gripe, es mucho más cara que la Atención Primaria. Con lo cual una medida en teoría para mejorar eficiencia del sistema acabará costando mucho más dinero

A pesar de que el 1 de septiembre de 2012 entró en vigor la reforma sanitaria, aún se desconoce el impacto real de esta normativa. La situación en las CCAA es diversa y confusa, incluso llegando en algunos casos a no respetar ni los mínimos establecidos en la normativa estatal, como se desprende de las directrices que éstas están haciendo llegar a sus servicios de salud.

Algunas comunidades autónomas han expresado su firme compromiso para seguir atendiendo a estas personas, buscando cauces para que su acceso sea adecuado (Andalucía, Asturias, Catalunya, País Vasco...), aunque todavía está por concretar cuál será la fórmula que garantice este acceso. Estos cauces no restituyen el derecho a la salud a las personas inmigrantes sino que proporcionan una asistencia graciable, que podrá ser retirada en función de la voluntad de las comunidades autónomas.

Por otro lado, también existe una gran confusión sobre los “convenios especiales” que se anuncian en el RD1192/2012. Esto significa que, aunque la definición legislativa está cerrada y es muy difícil de cambiar a corto plazo, queda por concretar de qué manera se pone en práctica la medida a nivel de cada CCAA y de cada centro de atención.

En la actualidad, se estima que entre 120.000 y 150.000 personas que se encuentran en situación administrativa irregular no tendrán acceso a atención sanitaria, o lo tendrán pero de acuerdo a los condicionantes económicos o procedimentales que establezca su Comunidad Autónoma de residencia habitual. Otras estimaciones elevan el número a 900.000 personas. La base de la salud pública, que tan buenos resultados nos ha dado, defiende que la salud de cada persona depende también de la salud del colectivo donde vive. Con estas medidas muchas personas de nuestro entorno pueden estar enfermas y, al estar fuera del sistema, no están controladas, por lo que se puede poner en riesgo al colectivo. Pongamos por ejemplo que hubiera otra pandemia de gripe como la gripe A, pero con unos índices de letalidad elevados. Dejando fuera del sistema a una gran parte de la población sería mucho más mortal y difícilmente se controlaría, porque muchos casos seguirían infectando a toda la población y no se tratarían. Hemos de recordar que el control de la famosa pandemia de la gripe A se realizó a través de nuestro sistema de Atención Primaria de Salud.

CUESTIONAMIENTO DE LOS RECORTES EN SALUD DESDE TRES PUNTOS DE VISTA

INJUSTA, INEFICAZ, PELIGROSA

1. Punto de vista jurídico, de derechos humanos:

España ratificó el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) hace 35 años. De acuerdo con este pacto, ha asumido las obligaciones de respetar, proteger y garantizar el derecho a la salud (entre otros) de su población. Este pacto no establece obligaciones inmediatas pero sí un principio de efectividad progresiva según el cual cada Estado signatario debe ir dando pasos, adoptando medidas, hasta el máximo de los recursos disponibles, para ampliar la garantía de estos derechos. A ningún Estado se le puede exigir que avance a una determinada velocidad, pero hay un principio de derechos humanos que establece la no regresión: ningún Estado puede reducir los niveles de garantía que se hayan alcanzado en cada uno de los derechos. Las medidas adoptadas recientemente por el Estado español pueden implicar un incumplimiento de sus obligaciones derivadas del PIDESC.

2. Punto de vista económico:

Entre las medidas adoptadas, se incluye la limitación de acceso a los servicios de salud a determinada población inmigrante, en situación irregular; para estos colectivos se reduce la atención a situaciones especiales (como el embarazo y el parto) y a situaciones de urgencia. Está estudiado y documentado que resulta más costoso atender un problema de salud por vía de urgencias que prevenirlo o hacerlo en un momento anterior, dentro del circuito habitual de atención primaria de salud. Los recortes pueden suponer una reducción del gasto en el corto plazo, pero es muy posible que no sean efectivos desde un punto de vista económico en el medio y largo plazo. Además, los gastos en salud que se pretenden ahorrar por esta medida no tiene explicación por las posibles consecuencias en la salud de la población y tampoco suponen una cantidad importante dentro de la deuda general del sistema sanitario español.

3. Punto de vista de salud pública:

La salud de las personas tiene interrelaciones con su entorno y con sus vecinos. Cada vez más vamos comprobando que, en buena medida, la salud de unos depende de la salud de otros. Hay problemas de salud que no se pueden aislar. Dejar sin cobertura de atención primaria de salud a poblaciones vulnerables, que pueden llegar a vivir en situaciones de pobreza y marginación, supone un grave riesgo de salud pública. Algunos de los problemas de salud que afectarán a esas personas se extenderán al resto de la población. No será nada raro, por ejemplo, que en los próximos años se produzca un resurgir de la incidencia de tuberculosis en España. O por ejemplo, hacer pagar por los medicamentos a personas con limitados recursos puede llevar a la práctica de no tomar los tratamientos completos y eso se puede traducir, entre otras cosas, en resistencias a antibióticos que luego son perjudiciales para el conjunto de la población.

LA CORTINA DE HUMO

Para justificar la exclusión de un colectivo altamente vulnerable se han difundido durante años mitos y falsas leyendas entorno a la población inmigrante y el sistema sanitario. Aquí van algunos de estos lugares comunes (y erróneos):

Las personas inmigrantes colapsan los servicios de atención primaria. Es falso que las personas inmigrantes saturen el sistema sanitario público; de hecho usan menos el sistema de atención primaria que la población autóctona. Así lo demuestran varios informes como el realizado por la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC) en 2008. El informe mostraba que las personas inmigrantes, representando más del 10% de la población residente en España, sólo suponían el 5% de los pacientes de atención primaria, muy lejos de su presencia en la sociedad. Sobre el uso de los servicios de Atención Primaria por parte de inmigrantes en España, el 57,7% de la población española había acudido al menos una vez en el periodo de un año frente al 12,7% de la población inmigrante. Uno de los estudios más exhaustivos fue el elaborado por médicos de Atención Primaria de Zaragoza. En él se analizaron más de 5 millones de visitas de una población de 473.523 personas (el 11,17% inmigrantes). Según este análisis, los inmigrantes adultos fueron 4,2 veces a la consulta médica frente a 6,7 visitas de los españoles.

Los inmigrantes = turistas sanitarios. Las personas inmigrantes no vienen a España para servirse de los sistemas de cobertura socio-sanitaria y mucho menos son turistas. Según una encuesta elaborada por Médicos del Mundo entre inmigrantes sin permiso de residencia en 2009, sólo el 4% de las personas encuestadas citó razones de salud cuando se les preguntó por los motivos que les habían llevado a emigrar a nuestro país. En todo caso, el debate sobre la existencia del "turismo sanitario" está referido a otro perfil de población extranjera procedente de la propia Unión Europea. La vinculación entre ambas circunstancias no es equiparable, tampoco en términos de renta (normalmente altas en aquellos que provienen en su mayoría de Europa y usuarios del llamado "turismo sanitario" y habitualmente bajas en el caso de los inmigrantes). Además ese turismo sanitario no se va a detener por pagar una cifra que, dependiendo de los países de donde vengan son ridículas. Por ejemplo, hay algunos informes que detectan un elevado número de población alemana y holandesa que reciben, gracias a los acuerdos firmados en Europa, trasplantes de cadera y marcapasos de forma gratuita en Málaga. Teniendo en cuenta que la estancia hospitalaria puede llegar a costar unos 900 euros/día, cobrar hasta 1.800 euros no parece una

medida disuasoria, aparte de que tampoco cubrirían los gastos que se supone pretende cubrir esta medida. Existen mecanismos de compensación europeos entre países, y España debería trabajar para que esos mecanismos fueran más eficaces y eficientes.

El sistema sanitario se financia con las cuotas de la Seguridad Social. Esta reforma ha vuelto poner de manifiesto la confusión y desconocimiento entre políticos, medios de comunicación y ciudadanía de la forma en la que se financia el sistema nacional. Según el Barómetro Sanitario de 2009, un estudio de opinión que realiza cada año el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en colaboración con el Centro de Investigaciones Sociológicas, el 46,2% de los de las personas que respondieron a esta pregunta creían que la sanidad pública en España se financiaba con las cuotas a la Seguridad Social que satisfacen las personas que trabajan. Tan sólo el 27,2% manifestaron que se financia mediante los impuestos que paga toda la ciudadanía. Un 15,8% contestaron que se financiaba por ambas vías, por los impuestos y por las cuotas a la Seguridad Social y el 10,3% no sabía cómo se hacía. Desde el 1 de enero de 1999, el Estado asumió totalmente la financiación de la asistencia sanitaria, suprimiéndose la aportación de cotizaciones sociales y produciéndose la “desvinculación total de la Sanidad y la Seguridad Social”. Es, a partir de dicha fecha que culmina la separación entre atención sanitaria y Seguridad Social, cesando el aporte de cuotas directas desde ésta y pasando a financiarse aquella íntegramente con impuestos generales que salen del bolsillo de toda de la ciudadanía en las más variadas y distintas formas impositivas con que el Estado se nutre de los fondos precisos para atender todos los servicios que ha de prestar (IVA, IRPF, Impuestos Especiales, etc.).

Las personas inmigrantes irregulares no contribuyen al sostenimiento de la Sanidad. Relacionado con el punto anterior, es obvio que las personas inmigrantes (también las que no tienen permiso de residencia) contribuyen a la financiación del sistema sanitario. Excepto en el caso del IRPF (impuesto que no pueden pagar porque carecen de permiso de trabajo) las personas inmigrantes pagan todos los impuestos que gravan la compra de bienes o los impuestos sobre el alcohol, el tabaco y la gasolina.

La exclusión se hace para “converger” con Europa. No es cierto que, como argumenta el Ministerio de Sanidad, la exclusión de las personas inmigrantes en situación administrativa irregular en España nos acerque al contexto europeo. Con el decreto España se sitúa al nivel de Eslovenia, Chipre y Polonia, países donde las personas

extranjeras no regularizadas, salvo menores, sólo pueden ser atendidas en las urgencias. Con esta reforma, España pasa de estar en la vanguardia, entre los países europeos que garantizaba la universalidad en la atención sanitaria, a la cola en la Unión Europea. En países de nuestro entorno como Francia, Bélgica, Italia y Portugal las personas extranjeras sin permiso de residencia tienen derecho a cobertura sanitaria.

El tratamiento sanitario puede recaer en las ONG. Los responsables del Ministerio de Sanidad han manifestado que está previsto firmar convenios con organizaciones que atienden a inmigrantes de manera irregular para que también se les pueda atender en atención primaria. Sin embargo, las ONG no deben ni van a sustituir al Estado. Médicos del Mundo atendió a más de 19.000 personas inmigrantes el año pasado pero ni la propia organización ni otras ONG pueden hacerse cargo de analíticas, especialistas, pruebas, derivaciones y prescripción de medicamentos que proporciona el sistema sanitario público y, mucho menos, sustituir y suplir las obligaciones y deberes del Estado. La respuesta para la atención de los inmigrantes en situación irregular no es la beneficencia o la generación de estructuras paralelas. Un sistema paralelo o un acceso a través de una "puerta trasera" conculcarían el derecho a la salud reconocido en nuestra carta magna además de no ser viable técnica ni sanitariamente.

Con la reforma se va a conseguir sanear las cuentas de sanidad. Es difícil cuantificar a los inmigrantes ilegales, pero las cifras se mueven actualmente entre 100.000 y 250.000. En el hipotético caso de que unos 200.000 se acogieran a esta norma, y como los inmigrantes que tenemos no suelen ser personas mayores, sino población joven que busca trabajo, se les cobraría 710 a cada uno. Esto supondría una recaudación de 142 millones de euros. El gasto en sanidad pública en España es de 66.000 millones de euros, y la deuda que se le supone al sistema es de 15.000 millones de euros, por lo que es ridículo lo que se ingresaría con esta medida, en relación a las consecuencias que pueden llegar a tener en cuanto a salud. Decir que en estos momentos no podemos continuar pagando nuestro sistema de salud cuando el gasto público español en salud es uno de los más baratos de Europa Occidental, es cuanto menos una manera de ver las cosas de forma muy selectiva. Cuesta unos 1.500 euros por persona y año, lo que equivale a 6,25% del PIB, bastante menos de lo que pagan franceses (2.553€ y 8,48% del PIB), alemanes (2.393€ y 7,92% del PIB), holandeses (2.691€, 7,42% del PIB) o belgas (2.432€ y 7,55% del PIB). Por lo tanto ni en cifras absolutas ni en cifras relativas (% del PIB) se puede decir que nuestro sistema es caro, aunque es cierto que puede llegar a ser más eficiente, pero sin tocar los servicios que presta o el acceso de las personas al sistema. Un aumento de los impuestos. Sobre

todo a los más lograrían un mayor beneficio para todos. Hemos de recordar que las administraciones públicas recaudaron un 32,9% del PIB, 6,7 puntos menos que la media de la UE, aunque curiosamente figura en el listado de los países donde más pagan las personas asalariadas. Otro elemento que nos gustaría destacar es que la Sanidad Privada en España ha crecido un 25% en los últimos 10 años, encabezando el ranking de crecimiento en la UE, y esta medida puede hacer que aun se incremente más la sanidad privada. Puede salir más barato una cobertura privada que la pública. Para un varón de 40 años con asistencia médica y quirúrgica por una aseguradora privada reconocida en España le saldría por unos 520 euros al año, casi 200 menos que lo que se solicita a la salud pública.

... SE QUITA LA PRIMERA PIEZA DEL PUZLE

En su informe de salud de 2010, la OMS dibuja una hoja de ruta para la sucesiva realización del derecho a la salud. Aunque llegando por caminos bien distintos, el acceso a la atención sanitaria pública para todas las personas pasa por la sucesiva ampliación del servicio público en tres dimensiones: (1) la integración de más colectivos, (2) la cobertura de más casos de enfermedad, y (3) la redistribución del pago por enfermedad, entre personas y en el tiempo, es decir la instalación de una contribución progresiva según los ingresos de cada persona y el prepago por contribuciones periódicas antes del evento de la enfermedad. Estos son las bases del Estado de bienestar.

España, después de una ampliación rápida y eficaz de su cobertura universal, gozaba de un sistema de sanidad que era envidiado incluso por muchos países comparables a su nivel de desarrollo económico, ya que era eficaz, barato, ya hemos visto que contamos con unos de los menores gastos sanitarios respecto al PIB, y con unos de los mejores resultados en esperanza de vida. Además, contaba con unos colectivos de profesiones sanitarias altamente cualificados y orgullosos de su servicio. Más allá de esto, se basaba en un amplio consenso social de una ciudadanía que se fundamenta en el hecho que cada residente en territorio español contribuya a la misma caja única con sus impuestos sea en Cataluña o Extremadura, sea ejecutivo o peón, sea hijo de la tierra o forastero.

El RDL16/2012 rompe con esto. Y lo hace retrocediendo en cada una de las dimensiones que dibuja la OMS en su informe de 2010 - excluyendo colectivos, dejando fuera de la cobertura básica a ciertas enfermedades, y volviendo a exigir pagos en caso de enfermedad. La normativa, aparte de introducir el concepto del aseguramiento en vez de la cobertura universal, añade las políticas de copago y el adelgazamiento de la cartera única (Cartera de Servicios del Sistema Nacional de

Salud). Es decir que se obliga a contribuir más a los enfermos, mientras se abre la posibilidad de cubrir el tratamiento en menos casos.

Por lo tanto, la exclusión del colectivo de personas sin papeles se inserta en un planteamiento más amplio que es la destrucción de la sanidad pública. Con los sin-papeles se quita la primera pieza del puzzle, para dar lugar a ir desmontando el sistema en general. Es en este trasfondo, en donde la reforma, que económicamente no significa ahorro y en términos de salud pública es peligrosa, gana sentido.

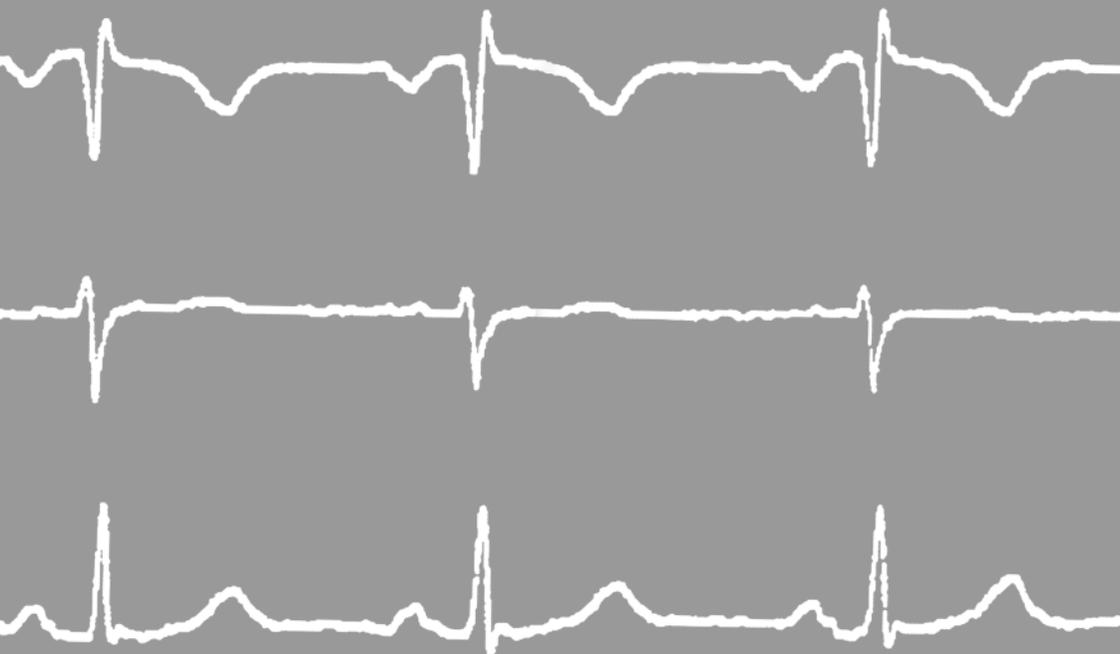
A la vez se devalúa públicamente la calidad de las prestaciones públicas y se promueve la "solución" del aseguramiento privado. Se abre un nuevo mercado, en un espacio que anteriormente funcionaba bien y no era gestionado con principios de acumulación de dividendos.

Por lo tanto, implementar esta medida no va a ser ni eficaz (mejorar el servicio), ni va a mejorar el acceso de la población, ni siquiera va a ser eficiente, pues el supuesto ahorro puede llegar a ser ridículo. Hay alternativas sin vulnerar los derechos (lucha contra fraude fiscal, redistribución de prioridades en los presupuestos, aumentar lo utilización más eficiente y racional de los servicios, modificar acuerdos marco de la UE para resolver la problemática del turismo sanitario,...) para mejorar ese supuesto déficit del sistema sanitario. Solamente se puede entender, junto a medidas como el copago, como una apuesta por el cambio de modelo, cuando el que tenemos ha sido siempre muy bien valorado tanto por la población como por el colectivo sanitario. Un nuevo modelo que, viendo los países que lo implementan, no hará otra cosa que aumentar las brechas en la equidad del acceso entre diferentes capas de población.

En el fondo de esta política parece esconderse un proyecto de partir en tres segmentos la sanidad pública: un sistema de seguro privado para las personas de alto poder adquisitivo, una sanidad pública de mínimos para las personas asalariadas y un sistema precario de caridad o beneficencia para las personas de escasos recursos. En cuanto se reduce la cartera básica y se aumenta el pago en caso de enfermedad, se hacen cada vez más atractivo las ofertas de aseguramiento privado, que sí lo cubren y se dirigen a personas normalmente más sanas y en mejores condiciones patogénicas - las clases medias. Falta poco para que este colectivo - apoyado por el lobby de las aseguradoras - exigirá el reembolso de sus contribuciones tributarias a sanidad para la financiación de su póliza privada ya que no usará más el sistema público. Con este "opt-out" no solo se destruye la calidad de la atención pública por falta de fondos, sino más allá de esto el fundamento de nuestra ciudadanía social que ha remplazado sistemas frágiles y precarios de apoyo familiar que regían hasta los principios del siglo XX por sistemas de financiación progresiva y basado en derechos. Que nadie se haga ilusiones: los sistemas de atención privatizada y comercializada son, al final más caros, menos eficientes y de peor calidad, como demuestran un sin fin de estudios.

De esta forma se abre a la mercantilización uno de los espacios que anteriormente era de dominio público. Aunque económicamente y en términos de salud pública no tiene sentido la reforma, sí lo tiene en el trasfondo de este proyecto privatizador, aparte de las ganancias políticas por la resonancia que puede encontrar en los sentimientos xenófobos de parte del electorado.

La imagen de desorden y ambigüedad que da el Ministerio de Sanidad y la implementación de la normativa al nivel autonómico son tanto una señal del fracaso político como muestra de la mala gestión técnica. Sin embargo, también se puede interpretar como una estrategia de dilación, con el objetivo de una aplicación dura de la normativa en cuanto haya disminuido el interés público. Con el RDL16/2012 se ha abierto la puerta a cambios mucho más profundos de los que parece. Si se acepta que se le pueda excluir a un colectivo de la atención sanitaria, el próximo paso aún va a ser más fácil –ya se hablaba de excluir a las personas españolas mayores de 26 años que nunca cotizaban. Aunque esto se ha rebatido, la puerta se ha abierto. Carne de cañón para un aseguramiento privado de mínimos. Mientras el mundo está debatiendo sobre cómo avanzar en el camino hacia la cobertura universal, tanto como inversión en una sociedad sana y productiva como base de un contrato social, España se la juega. La que ha sido parte de la "marca España" –un sistema de sanidad eficaz, económico y solidario, fuente de orgullo profesional y de cohesión social– se sacrifica en el altar de los intereses cortoplacistas del insaciable capital en sus búsquedas de pastos vírgenes. Menos mal, que la sociedad española –las profesiones sanitarias, los grupos de defensa de derechos, las organizaciones sociales y la ciudadanía en general– nos hemos dado cuenta. Las movilizaciones y la atención pública han sido destacables, aún más en tiempos de alerta social generalizada. Sin embargo, la reforma ha pasado. Ahora, el tiempo juega en favor del sucesivo desmantelamiento de la sanidad universal –a no ser que lo paremos...



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) son las cifras que se corresponden con dos años atrás. Por lo tanto, salvo las cifras generales de ayuda, de las cuales el CAD ya ha hecho públicos datos preliminares de 2011, el resto de las que presentamos en este informe corresponden a 2010. 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.

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, presenta, como señala este organismo, un primer dato de cambio tendencia, con una leve bajada de las cifras netas de ayuda oficial al desarrollo si se expresan en valores constantes de 2010.

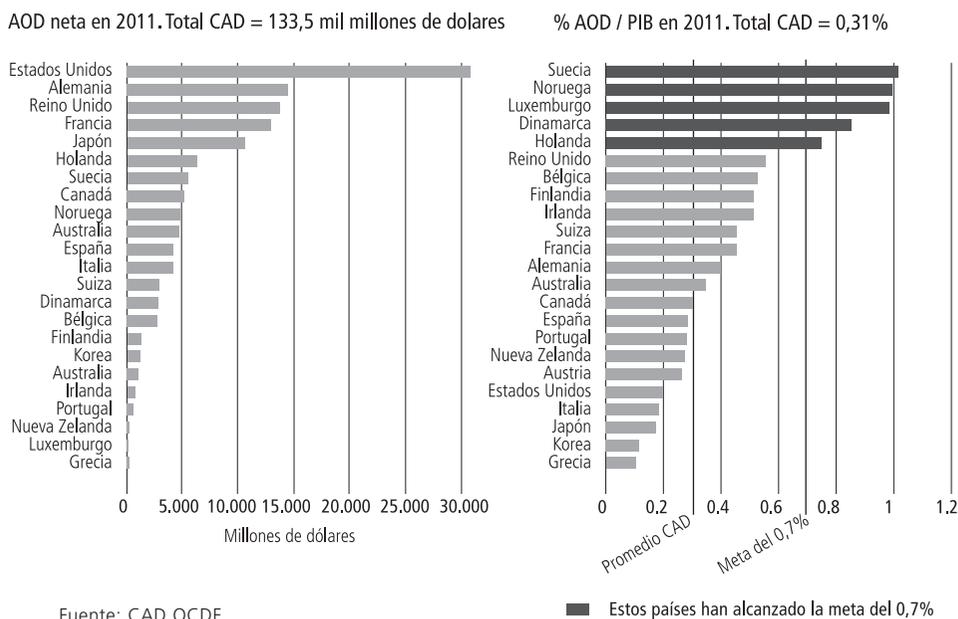
2. EL COMITÉ DE AYUDA AL DESARROLLO

A partir de los datos provisionales hechos públicos por el CAD, en el año 2011 el total de la AOD neta desembolsada por el conjunto de países miembros alcanzó la cifra de 133.526 millones de dólares -expresada en dólares corrientes- lo que supuso un incremento del 3,9% respecto al año anterior. Sin embargo, el propio CAD advierte que si se hace un análisis expresando la AOD de 2011 en valores constantes de 2010 para poder hacer una comparación más precisa (teniendo en cuenta los necesarios ajustes por inflación y tipos de cambio), el valor de la ayuda neta se queda en 125.060 millones de dólares, lo que supone un descenso del 2,7% respecto al año anterior.

La evolución es muy dispar si se analiza por países. Seis de los países miembros del CAD reducen su AOD entre 2010 y 2011, y entre todos ellos vuelve a destacar, por

segundo año consecutivo, el descenso de la AOD española, que es otra vez el mayor en términos absolutos, con una disminución de 1.685 millones de dólares; es decir, más del 28% respecto a 2010. La reducción acumulada por la cooperación española en los últimos tres años es del 36%. Así, en 2011 la ayuda española se sitúa en el puesto 11 del CAD por monto de AOD y en el puesto 15 en cuanto al esfuerzo, muy lejos de los puestos que debería ocupar por importancia de nuestro país a nivel mundial.

GRÁFICO 2.1. AOD DE LOS PAÍSES DEL CAD, EN MONTO Y COMO PORCENTAJE DEL PIB, EN 2011



Fuente: CAD OCDE

En 2011 destacan positivamente los incrementos de ayuda realizados por Italia (41,5%), Suiza (34%), Australia (25,4%) y Nueva Zelanda (25,37%). En términos absolutos, el mayor incremento ha correspondido a Alemania, que ha aumentado su AOD en más de 1.500 millones dólares respecto al año anterior, seguida de Italia con 1.244 millones. Sin duda el caso de Italia evidencia que la apuesta por la Cooperación es compatible con una política de ajustes. No en vano Italia, junto con España, es uno de los países europeos que más está sufriendo la crisis económica.

En cuanto al compromiso de destinar el 0,7% del PIB a ayuda al desarrollo, sólo cinco países lo cumplen: los Países Bajos, Suecia, Luxemburgo, Noruega y Dinamarca. La mayoría de países no experimentan grandes oscilaciones en el porcentaje del PIB que destinan a AOD, salvo España, que en sólo un año desciende del 0,43% al 0,29%.

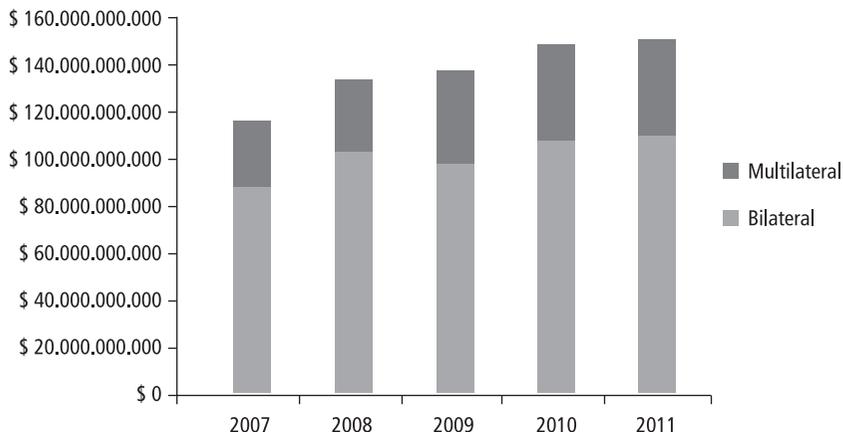
TABLA 2.1. AOD NETA DE LOS PAÍSES DEL CAD 2009 – 2010 (EN MILLONES DE DÓLARES)

	2009	% AOD/ PIB	2010	% AOD/ PIB	Variación 09/10	2011	% AOD/ PIB	Variación 10/11
Australia	2.761,00	0,29	3.826,10	0,32	1.065,10	4.798,63	0,35	972,53
Austria	1.141,78	0,3	1.208,42	0,32	66,64	1.106,89	0,27	-101,53
Bélgica	2.609,60	0,55	3.003,93	0,64	394,33	2.799,85	0,53	-204,08
Canadá	4.012,50	0,3	5.208,57	0,33	1.196,07	5.291,48	0,31	82,91
Dinamarca	2.809,88	0,88	2.871,24	0,9	61,36	2.980,54	0,86	109,30
Finlandia	1.286,14	0,54	1.332,95	0,55	46,81	1.408,98	0,52	76,03
Francia	12.430,91	0,46	12.915,10	0,5	484,19	12.993,89	0,46	78,79
Alemania	12.079,30	0,35	12.985,36	0,38	906,06	14.533,36	0,4	1.548,00
Grecia	607,36	0,19	507,72	0,17	-99,64	330,74	0,11	-176,98
Irlanda	1.005,78	0,54	895,15	0,53	-110,63	904,08	0,52	8,93
Italia	3.297,49	0,16	2.996,39	0,15	-301,10	4.240,89	0,19	1.244,50
Japón	9.480,10	0,18	11.020,98	0,2	1.540,88	10.604,41	0,18	-416,57
Corea del Sur	815,54	0,1	1.173,79	0,12	358,25	1.321,32	0,12	147,53
Luxemburgo	414,73	1,01	402,69	1,09	-12,04	413,39	0,99	10,70
Países Bajos	6.426,08	0,82	6.357,31	0,81	-68,77	6.324,15	0,75	-33,16
N. Zelanda	309,28	0,29	342,22	0,26	32,94	429,06	0,28	86,84
Noruega	4.085,84	1,06	4.579,57	1,1	493,73	4.935,90	1	356,33
Portugal	512,71	0,23	648,96	0,29	136,25	668,82	0,29	19,86
España	6.570,84	0,46	5.949,46	0,43	-621,38	4.264,17	0,29	-1.685,29
Suecia	4.548,23	1,12	4.533,49	0,97	-14,74	5.606,24	1,02	1.072,75
Suiza	2.305,35	0,47	2.299,95	0,41	-5,40	3.085,56	0,46	785,61
Reino Unido	11.504,89	0,52	13.052,97	0,56	1.548,08	13.739,02	0,56	686,05
EE UU	28.665,33	0,2	30.353,16	0,21	1.687,83	30.744,52	0,2	391,36
Total CAD	119.680,66	0,31	128.465,48	0,32	8.784,82	133.525,89	0,31	5.060,41

Fuente: CAD OCDE

Respecto a la naturaleza de los fondos, el ejercicio 2011 presenta datos muy similares a los de 2010 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 2011.

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

En 2011, de los 23 países miembros del CAD, diez recortaron los fondos destinados a AOD bilateral. Destacan dos situaciones especialmente llamativas: en primer lugar, Japón, cuya ayuda bilateral desciende 8.851 millones de dólares (es decir, casi un 60%), descenso compensado en parte por un incremento de ayuda multilateral; y el caso de España, cuya ayuda bilateral desciende más de dos mil millones de dólares, es decir, un 47%, lo que nos sitúa en niveles similares a los de 2006. Mientras que la reducción de AOD española en 2010 se centró fundamentalmente en ayuda multilateral, el recorte experimentado en 2011 ha afectado en gran medida a la ayuda bilateral.

**TABLA 2.2. DESEMBOLSOS BRUTOS DE AOD BILATERAL DE LOS PAÍSES DEL CAD
(EN DÓLARES CORRIENTES)**

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Australia	1.757,51	2.268,07	2.621,37	2.311,78	3.254,27	4.083,07
Austria	1.103,06	1.352,25	1.283,44	520,24	616,96	480,71
Bélgica	1.418,22	1.317,03	1.482,66	1.663,38	2.126,40	1.602,15
Canadá	1.952,45	2.273,16	3.270,07	3.181,54	3.969,64	4.047,35
Dinamarca	1.056,36	1.443,05	1.479,16	1.666,31	2.185,06	2.203,17
Finlandia	481,08	584,05	695,11	786,23	839,05	853,90
Francia	8.740,85	7.624,62	7.939,07	8.429,58	9.148,32	8.497,23
Alemania	8.649,15	9.347,15	11.043,06	8.359,52	9.436,61	8.923,15
Grecia	197,41	247,82	312,70	296,94	211,82	59,87
Irlanda	632,61	826,40	930,60	697,07	587,04	612,98
Italia	2.346,87	1.570,27	2.062,00	1.051,47	975,88	1.587,55
Japón	12.888,38	11.463,78	12.978,64	12.984,76	15.114,18	6.262,42
Corea	401,37	525,48	578,67	615,29	933,24	970,41
Luxemburgo	198,32	252,83	278,66	265,30	311,47	284,01
Holanda	4.719,72	4.813,31	5.489,32	4.957,26	4.952,12	4.195,67
Nueva Zelanda	196,80	237,50	271,87	224,33	271,23	326,66
Noruega	2.194,42	2.889,53	3.078,07	3.168,23	3.560,94	3.750,92
Portugal	215,95	282,85	383,31	312,27	431,83	445,49
España	2.287,18	3.544,50	5.411,29	4.739,73	4.394,53	2.327,30
Suecia	2.821,77	2.924,48	3.145,72	3.028,17	2.928,61	3.664,57
Suiza	1.264,62	1.274,69	1.561,85	1.760,60	1.728,23	2.359,82
Reino Unido	8.258,69	7.357,33	7.847,40	7.710,44	8.364,44	8.021,78
Estados Unidos	22.144,72	19.794,81	24.422,13	25.992,32	27.384,68	27.104,49

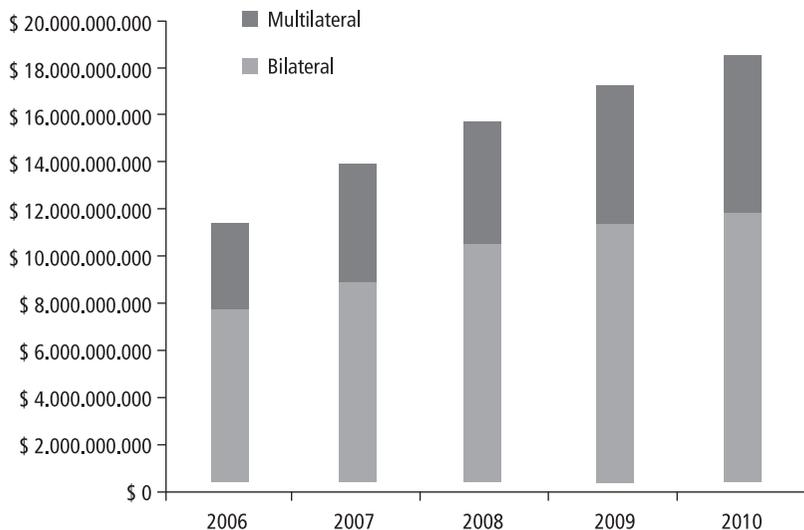
Fuente: Creditor Reporting System

2.1. EVOLUCIÓN DE LA AOD EN SALUD

En los últimos cinco años, la AOD dedicada al sector salud por parte del conjunto de países del CAD ha crecido año a año, tanto en términos absolutos, como en su proporción respecto al total de la AOD del CAD, ya que ha pasado de 11.028 millones de dólares en 2006, que supuso el 7,34% de toda la AOD, a 18.138 millones en 2010 que representan el 12,4% del total de la ayuda. Aunque este porcentaje de salud sobre la AOD prácticamente se ha duplicado 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 2010 el crecimiento de la ayuda en salud se ha producido tanto en el canal multilateral como en el bilateral.

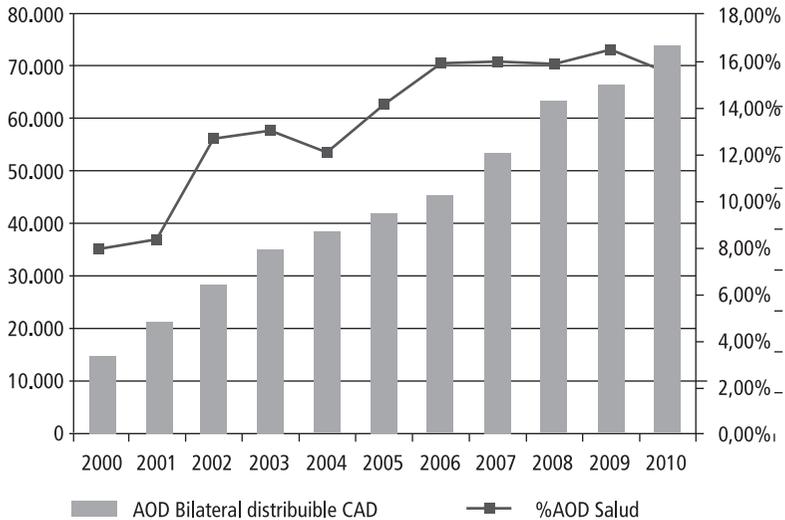
GRÁFICO 2.3. DESEMBOLOS BRUTOS DE AOD DEL CONJUNTO DE PAÍSES DEL CAD DESTINADOS A LOS SECTORES 120 Y 130 POR CANALES (EN DÓLARES CORRIENTES)



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

Si analizamos la AOD bilateral destinada al sector salud podemos observar que, aunque se produce un incremento en términos absolutos, se experimenta un retroceso en el peso relativo que tiene el sector salud en comparación con la AOD bilateral sectorialmente distribuible, tratándose del primer retroceso significativo desde 2004 (gráfico 2.4); conviene precisar que, si bien cuando analizamos el porcentaje destinado a salud sobre el total de AOD el resultado se queda varios puntos por debajo del 15% demandado, cuando se analiza el porcentaje destinado a salud respecto a la ayuda bilateral sectorialmente distribuible, alcanza el 15,5%. A pesar de que consideramos un hecho muy positivo alcanzar el 15% de la ayuda bilateral distribuible para salud, sería necesario hacer un esfuerzo para que el conjunto de la AOD alcance el mismo porcentaje.

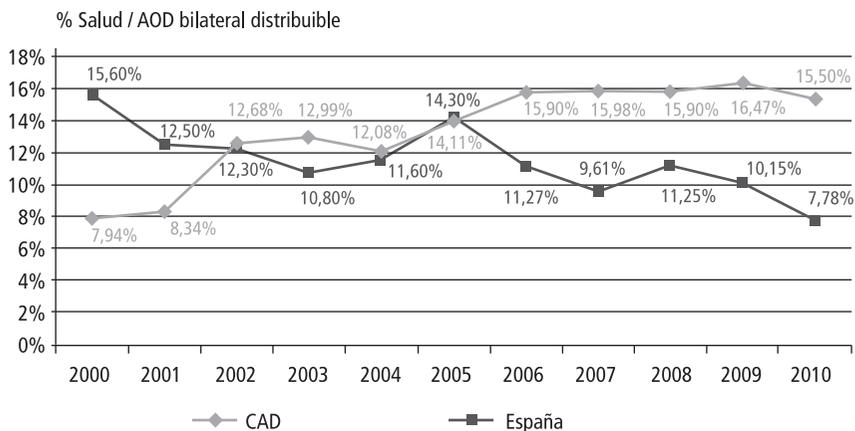
GRÁFICO 2.4. EVOLUCIÓN DE LA AOD BILATERAL DISTRIBUIBLE Y DEL PORCENTAJE DESTINADO A SALUD POR EL CONJUNTO DE PAÍSES DEL CAD (EN DÓLARES CORRIENTES)



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 distribuible 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 han 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 un 7,78% de la AOD bilateral distribuible (gráfico 2.5). Este descenso 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, Alemania y Canadá volvieron a ser en 2010 los mayores donantes en el sector salud, sumando entre los cuatro casi tres cuartas partes de toda la AOD bilateral en salud.

De los 23 países miembros del CAD, 9 han disminuido su contribución bilateral en salud respecto a 2009. El descenso más llamativo es el de Grecia, que redujo en 2010 un 71% su AOD bilateral en salud. En términos absolutos, el mayor descenso es el de España, que redujo en 86 millones de dólares su AOD bilateral en salud, descenso que se suma a los 59 millones del año anterior lo que consolida un descenso acumulado del 37% en estos dos años.

TABLA 2.3. DESEMBOLSOS BRUTOS DE AOD BILATERAL EN SALUD DE LOS PAÍSES DEL CAD 2006 – 2010 (EN MILLONES DE DÓLARES CORRIENTES)

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

Fuente: Creditor Reporting System

2.2. COMPOSICIÓN SUB - SECTORIAL DE LA AYUDA EN SALUD

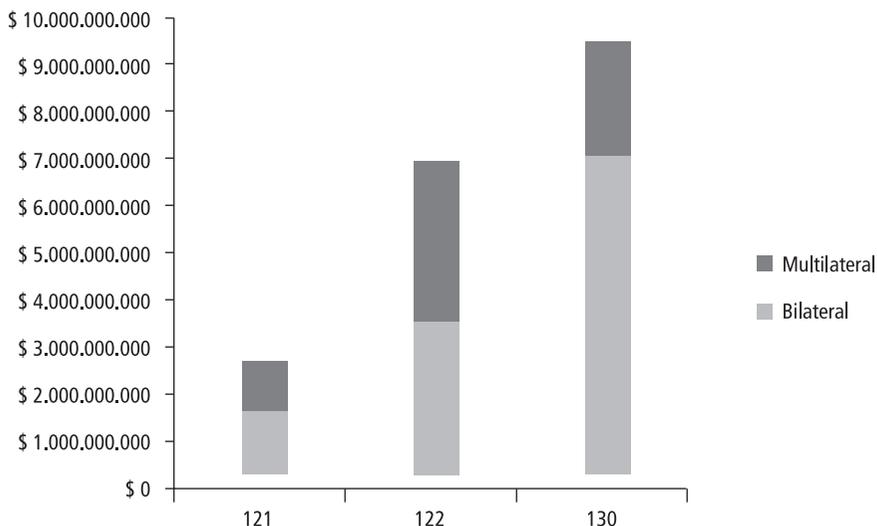
Para realizar el análisis en profundidad de la composición subsectorial de la ayuda oficial al desarrollo en salud, mantenemos, como en anteriores informes, la clasificación de los tres subsectores que propone el CAD: salud general (código CRS 121), salud básica (código CRS 122) y programas/políticas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

Como podemos observar en el gráfico relativo a la **ayuda global en salud por subsectores en 2010**, el ámbito de la salud reproductiva concentra la mayor parte

de las contribuciones, alcanzado la cantidad de 9.233 millones de dólares (casi un 10% más que el año anterior), seguido por el subsector salud básica con 6.700 millones de dólares (un 13% más que en 2009) y, finalmente, salud general con 2.235 millones dólares (un 6% menos).

En cuanto a canales de financiación, el subsector salud reproductiva canaliza el 74% 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 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 2010 POR CANALES (EN 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 2010 en salud básica y salud sexual y reproductiva, y un estancamiento en salud general.

Dentro del subsector de salud general destaca el componente de política sanitaria y gestión administrativa, que supone el 72% de todo el subsector, componente que más apoya el fortalecimiento de los sistemas locales de salud; sin embargo, es de señalar que, después de cuatro años de crecimiento, en 2010 este componente ha experimentado un retroceso significativo. En el subsector de salud básica la ayuda está más repartida en cuanto a componentes, destacando tres de ellos –atención sanitaria básica, control de enfermedades infecciosas y control de malaria- que en conjunto suponen casi el 75% del sector, dejando la educación sanitaria y la formación de personal prácticamente sin presupuesto (apenas un 2% del sector). En el subsector de salud sexual y reproductiva destaca el componente de lucha contra enfermedades de transmisión sexual, incluido sida, que acapara casi el 78% de la AOD de este subsector y casi 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, 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 salud (ver: La salud en la cooperación al desarrollo y la acción humanitaria. Informe 2009).

TABLA. 2.4. DESEMBOLSOS BRUTOS DE AOD TOTAL EN SALUD DE LOS PAÍSES DEL CAD POR SECTORES CRS (EN MILLONES DE DÓLARES CORRIENTES)

	2006	2007	2008	2009	2010
121	2.461,98	2.311,65	2.187,77	2.379,37	2.235,72
12110	1.818,05	1.776,16	1.713,64	1.830,01	1.609,88
12181	49,46	69,19	76,72	72,48	109,67
12182	399,95	245,58	192,77	170,85	194,09
12191	194,53	220,73	204,65	306,02	322,08
122	3.659,18	5.055,64	5.372,98	5.916,98	6.669,49
12220	1.332,28	1.846,56	2.169,16	1.770,61	2.316,25
12230	392,08	414,06	339,24	366,20	385,95
12240	192,88	246,23	279,63	409,21	365,14
12250	979,36	1.627,30	1.109,00	1.289,73	1.058,79
12261	40,74	39,13	54,13	54,09	64,71
12262	460,76	493,84	918,17	1.435,28	1.602,44
12263	234,93	329,62	423,46	504,72	787,07
12281	26,14	58,91	80,18	87,13	89,14
130	4.907,28	6.154,52	7.824,89	8.552,15	9.233,57
13010	296,43	276,23	320,09	277,45	274,43
13020	524,46	593,33	901,67	1.173,19	1.257,78
13030	205,48	251,90	385,09	520,03	491,79
13040	3.876,71	5.026,24	6.209,61	6.569,51	7.200,95
13081	4,19	6,82	8,43	11,97	8,63

Fuente: Creditor Reporting System.

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 experimenta un descenso continuado que se ha visto levemente atenuado en el último año.

En 2010 el conjunto de donantes siguió apostando, prioritariamente, por la salud reproductiva y esta tendencia se mantiene con un incremento del 4%, hasta alcanzar la cifra de 6.793 millones de dólares, casi el 60% de toda la AOD bilateral en salud. El subsector salud básica se mantiene con pocas variaciones, suponiendo el 28,6% de toda la AOD bilateral en salud; salud general, que llevaba cuatro años descendiendo, experimenta un incremento del 8%, y mantiene el peso relativo del 12% respecto del total de AOD bilateral en salud.

La concentración de fondos en el subsector de salud reproductiva está condicionada por la inclusión de la lucha contra el sida en este epígrafe, que acumula el 45,6% 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 2.5. DESEMBOLSOS BRUTOS DE AOD BILATERAL EN SALUD DE LOS PAÍSES DEL CAD POR SECTORES CRS (EN MILLONES DE DÓLARES CORRIENTES)

	2006	2007	2008	2009	2010
121	1.551,51	1.458,98	1.368,64	1.295,62	1.403,84
12110	923,67	944,50	914,78	852,35	888,28
12181	49,46	68,94	75,01	64,72	86,68
12182	399,95	242,92	192,68	162,51	187,81
12191	178,44	202,62	186,17	216,03	241,07
122	2.306,54	2.781,97	3.088,45	3.110,57	3.280,31
12220	920,80	1.071,52	1.216,94	992,36	983,90
12230	388,59	410,39	330,68	321,11	347,20
12240	64,03	191,40	182,36	214,90	240,28
12250	854,94	883,40	832,35	869,18	766,08
12261	36,16	35,72	47,66	38,24	49,47
12262	14,20	86,33	316,17	439,36	582,63
12263	3,07	47,94	95,16	173,63	245,24
12281	24,75	55,28	67,13	61,78	65,51
130	3.413,37	4.328,56	5.646,77	6.545,15	6.793,12
13010	152,34	134,41	95,12	50,24	63,19
13020	235,38	329,46	643,36	854,69	991,10
13030	202,51	251,90	380,73	507,02	490,31
13040	2.818,95	3.605,98	4.519,31	5.122,98	5.240,28
13081	4,19	6,82	8,24	10,23	8,23

Fuente: Creditor Reporting System

2.3. DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA

Si analizamos el destino de la AOD en salud del CAD por regiones, observamos que en 2010 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 2010 África recibió 8.957 millones de dólares, casi el 50% del total de la AOD en el sector salud. Asia concentró el 23% de la AOD sanitaria, 4.186 millones de dólares. Por su parte, América recibió poco más del 5%, aunque sea la región mundial donde mayores inequidades existen, y sus bolsas de pobreza deban también ser atendidas.

TABLA 2.6. DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA DE LA AOD TOTAL Y EN SALUD DEL CAD EN 2010 (EN MILLONES DE DÓLARES CORRIENTES)

	TOTAL AOD	%	AOD salud	%
África	53.444,14	36,70%	8.957,57	49,38%
	Norte de África	4.076,30	152,59	
	África subsahariana	47.747,94	8.638,00	
	África, regional	1.619,90	166,99	
América	13.675,19	9,39%	942,52	5,20%
	Norte y Centro América	8.160,27	506,49	
	América del Sur	4.742,34	316,94	
	América, regional	772,58	119,10	
Asia	43.220,45	29,68%	4.186,77	23,08%
	Lejano Oriente	12.907,58	1.285,49	
	Asia central y del sur	22.225,33	2.407,51	
	Oriente Medio	7.273,14	382,63	
	Asia, regional	814,40	111,13	
Europa	6.096,33	4,19%	255,33	1,41%
Oceanía	2.088,94	1,43%	205,65	1,13%
No especificado	27.095,13	18,61%	3.590,95	19,80%

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 64% 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 2011, la AOD del conjunto de la Unión Europea aumentó ligeramente en términos absolutos, considerada en dólares corrientes; pero si se hace un análisis expresando la AOD de 2011 en valores constantes de 2010 para poder hacer una comparación más precisa con el año anterior, la ayuda oficial al desarrollo neta del conjunto de la UE disminuyó un 3,3%.

Si hablamos exclusivamente de los desembolsos netos de AOD de la Comisión Europea, en 2011 alcanzaron 12.627 millones de dólares. En cuanto a la evolución de la AOD de la Comisión Europea a lo largo del período 2006-2010, observamos una tendencia al alza sostenida entre 2006 y 2009 que se quiebra en 2010. Y, en cuanto a la AOD destinada a salud, ha habido un importante retroceso en los dos últimos años, en los que la reducción ha sido del 35%. En este período de cinco años el sector salud ha ido perdiendo peso relativo en la AOD de la Comisión Europea, hasta situarse en 2010 en tan solo un 3,78% de toda la AOD. Esta disminución es incompatible con la importancia que tiene la salud en la lucha contra la pobreza y en las propias prioridades de la UE. 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 2.7. DESEMBOLSOS BRUTOS DE AOD DE LA COMISIÓN EUROPEA
(EN MILLONES DE DÓLARES CORRIENTES)**

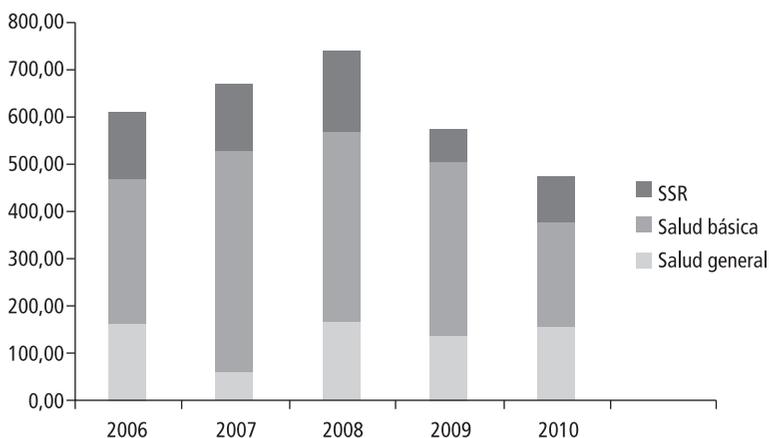
	2006	2007	2008	2009	2010
Total AOD	10.132,00	11.466,40	12.875,50	13.161,20	12.570,34
AOD 121	164,90	68,30	177,50	149,30	162,60
AOD 122	302,10	457,50	391,10	356,60	217,36
AOD 130	140,80	138,10	163,70	67,00	95,27
Total salud	607,80	663,90	732,30	572,90	475,23
% salud/total	6,00%	5,79%	5,69%	4,35%	3,78%

Fuente: Creditor Reporting System

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

La composición por subsectores de la AOD de la Comisión Europea destinada al sector salud en los últimos cinco 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, haciendo la AOD en salud de la CE poco predecible. En los últimos dos años ha disminuido especialmente el subsector de salud básica, que en 2010 fue menos de la mitad que en 2007. 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.

GRÁFICO 2.7. DESEMBOLSOS BRUTOS DE AOD EN SALUD DE LA COMISIÓN EUROPEA 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 dos 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 aportación a servicios médicos (de 7 millones de dólares a casi 40). También en el subsector de salud primaria ha disminuido de forma muy considerable la atención sanitaria básica, que se queda en 2010 en la mitad de lo que tuvo en 2009; la nutri-

ción básica, reducida a menos de la cuarta parte, y el control de enfermedades infecciosas, que en los dos últimos años ha pasado de 141 a 21 millones; en positivo destaca el incremento en el componente de formación de personal sanitario para salud básica. En salud reproductiva destacamos los altibajos del componente de apoyo a políticas sobre salud reproductiva y del de planificación familiar.

TABLA 2.8. DESEMBOLSOS BRUTOS DE AOD EN SALUD DE LA COMISIÓN EUROPEA POR SECTORES CRS (EN MILLONES DE DÓLARES CORRIENTES)

	2006	2007	2008	2009	2010
121	164,86	68,31	177,53	149,30	162,60
12110	159,53	58,39	168,40	106,20	115,87
12181	0,00	0,24	1,71	1,94	2,78
12182	0,00	2,66	0,09	6,04	4,04
12191	5,33	7,02	7,33	35,12	39,92
122	302,06	457,49	391,13	356,64	177,37
12220	233,15	231,35	208,26	229,68	115,70
12230	3,50	3,67	8,56	27,15	11,16
12240	3,17	1,64	3,61	56,00	12,11
12250	60,85	213,94	141,25	31,86	21,68
12261	0,00	2,17	5,32	5,44	4,99
12262	0,00	1,10	7,58	1,37	2,16
12263	0,00	0,00	3,49	0,00	1,44
12281	1,39	3,63	13,06	5,12	8,12
130	140,82	138,07	163,66	66,96	95,27
13010	29,94	29,07	81,04	21,46	42,17
13020	66,70	45,85	35,73	17,13	20,88
13030	0,00	0,00	4,36	0,25	1,47
13040	44,19	63,16	42,35	26,38	30,35
13081	0,00	0,00	0,18	1,74	0,39

Fuente: Creditor Reporting System

3.2. DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA DE LA AYUDA EN SALUD DE LA COMISIÓN EUROPEA

El análisis de la distribución regional de la AOD de la Comisión Europea en 2010 nos muestra una concentración de fondos en el continente africano, especialmente en el sector salud. Así, África fue el principal destino de ayuda al desarrollo en 2010, con un importe de 5.442 millones de dólares, lo que supuso el 43,3% del total de AOD, mientras que en el sector salud se destinaron a África 221,4 millones de dólares, el 46,59% del total de la ayuda sanitaria de la Comisión Europea en 2010. Consideramos adecuado que se destine un mayor presupuesto al continente africano, donde se encuentran los mayores problemas de salud.

La segunda prioridad geográfica de la Comisión Europea en 2010 fue el continente asiático, a esta región se destinaron 169,2 millones de dólares en el ámbito de la salud, que supusieron, en términos relativos, el 19,43% de la ayuda oficial al desarrollo en este sector. América, a diferencia de lo que ocurre con la cooperación española, apenas tiene presencia dentro de la Comisión Europea; en 2010 la AOD en salud que la CE destina a este continente bajó del 11% al 3,74%.

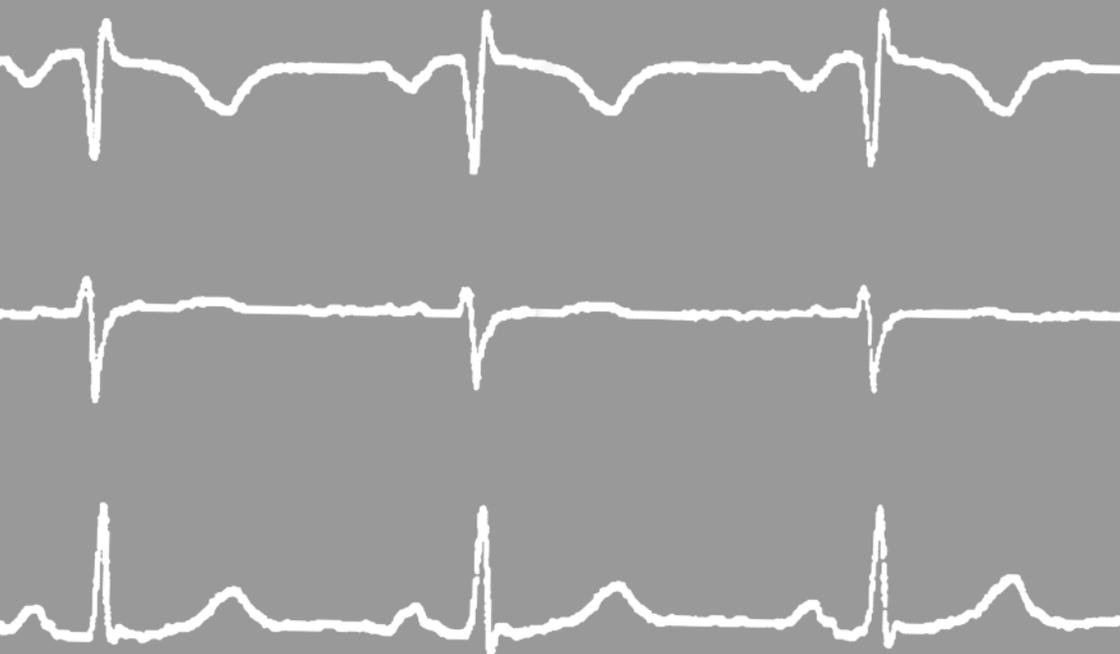
**TABLA 2.9. DESEMBOLSOS BRUTOS DE AOD DE LA CE EN 2010 POR REGIONES
(EN MILLONES DE DÓLARES CORRIENTES)**

		TOTAL AOD	%	Total salud	%
África		5.442,62	43,30%	221,40	46,59%
	Norte de África	643,43		54,92	
	África subsahariana	4.718,28		157,30	
	África, regional	80,91		9,18	
América		1.289,37	10,26%	17,75	3,74%
	Norte y Centro América	881,76		10,26	
	América del Sur	380,44		7,50	
	América, regional	27,17		0,00	
Asia		2.442,69	19,43%	169,20	35,60%
	Lejano Oriente	353,83		33,86	
	Asia central y del sur	1.238,64		111,96	
	Oriente Medio	788,01		20,17	
	Asia, regional	62,21		3,21	
Europa		1.990,27	15,83%	34,26	7,21%
Oceanía		120,97	0,96%	1,06	0,22%
No especificado		1.284,44	10,22%	31,56	6,64%

Fuente: Creditor Reporting System

La Comisión Europea debería:

- revisar la importancia que tiene la salud y plantear una estrategia a medio plazo en el sector que le permita visibilizar el compromiso con la salud mundial, intentando alcanzar el 15% de su AOD para el sector,
- clarificar sus prioridades (que deberían ser el apoyo a la Atención Primaria de Salud y al fortalecimiento de los sistemas públicos de salud),
- y mejorar la eficacia de su ayuda.



CAPÍTULO III. LA SALUD EN LA COOPERACIÓN ESPAÑOLA

1. CONSIDERACIONES GENERALES

1.1. CONSIDERACIONES METODOLÓGICAS SOBRE EL CÁMPUTO 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 canalización de 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 y a través de las OTC de la AECID y de la administración de las comunidades autónomas; en muchos casos, a partir de ONGD, universidades o centros de estudios públicos españoles. La AOD bilateral en sentido estricto comprende la financiación para los siguientes tipos de ayuda: programas, cooperación técnica, proyectos de inversión y otros recursos.

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

- La **AOD multilateral** se entiende como la financiación para el desarrollo canalizada a través de organismos multilaterales que, en principio, es difícilmente especificable en cuanto a su destino geográfico y/o sectorial, ya que se incorpora a un fondo común de todos los donantes que luego utiliza la institución multilateral para el desarrollo de su misión. Responden a ese tipo de financiación los “core funding” o contribuciones no marcadas y las aportaciones al presupuesto de la Comisión Europea y al FED (Fondo Europeo de Desarrollo). Desde 2007, la DGPOLDE 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.
- La **AOD multilateral** o bilateral canalizada vía OMUDES (Organismos Multilaterales de Desarrollo) es entendida como la financiación que, estando canalizada a través de OMUDES, permite que la unidad/agente financiador tenga mayor capacidad de especificación geográfica y/o distribución sectorial así como de seguimiento, al ser contribuciones mayoritariamente destinadas a programas y/o proyectos. En los volcados de datos estadísticos realizados por 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 OMUDES. Sin embargo, la Estrategia Sectorial de Cooperación en Salud (apartado 4.2.1.) señala que este tipo de AOD se computa como AOD multilateral. En este informe se intentará presentar los datos de forma desagregada en los tres canales para que el lector pueda tener una apreciación lo más ajustada posible a la realidad; el análisis de la ayuda 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.

1.2. DATOS GENERALES DE LA AOD EN 2011

El PACI 2011, tercero 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 2011 de 4.233 millones de euros, cantidad inferior a la planificada en 2010 y equivalente al 0,40% de nuestra renta nacional bruta.

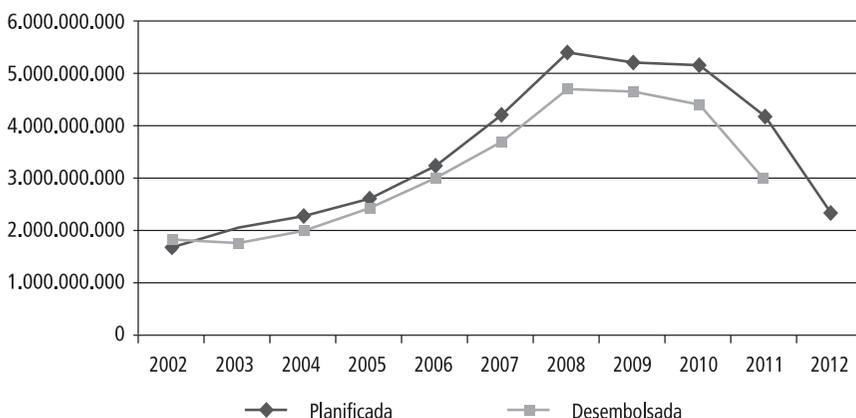
2. Esto explica que, a partir del informe de seguimiento PACI 2007, en las fichas-sector que se incluyen en los anexos del mismo, se computan mayores cantidades de AOD multilateral en salud (120 + 130).

Sin embargo, la cifra total de ayuda neta ejecutada de la AOD de 2011 ha sido de 2.987,87 millones de euros, lo que supone una ejecución inferior al 71% de lo planificado, la más baja de los últimos 10 años, provocada por los recortes de AOD sobrevenidos a lo largo del año a raíz de la crisis económica en España. Este enorme desajuste entre lo comprometido y lo realmente desembolsado provoca problemas de predictibilidad de la ayuda, e impide a los socios locales planificar sus propios recursos para adecuarlos a los apoyos externos y buscar sinergias que mejoren las acciones. Hemos de recordar que los países donantes se han comprometido a la mejora de la predictibilidad de la ayuda, como hemos visto en el capítulo 1, en el apartado dedicado al 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 2011 se ha producido un descenso muy fuerte de desembolso real de la AOD española, que retrocede un tercio respecto al año anterior. De acuerdo a los Presupuestos Generales del Estado para 2012, la previsión es que este año se produzca otro retroceso de la AOD, que, en el supuesto de que el desembolso de AOD se acerque a lo previsto y no se produzca una nueva desviación, la situaría en torno a los 2.335 millones de euros; es decir, un 0,22 % de la renta nacional bruta. De esta forma, en el plazo de tres años, la AOD se habrá reducido –en el mejor de los casos- a la mitad, retrocediendo a los niveles de 2005. Y, a la vista del proyecto de PGE para 2013, el próximo año se producirá un nuevo recorte de la AOD de otros 300 millones de euros.

GRÁFICO 3.1. EVOLUCIÓN DE LA AOD PLANIFICADA Y DESEMBOLSADA 2002-2011

Evolución de la AOD española

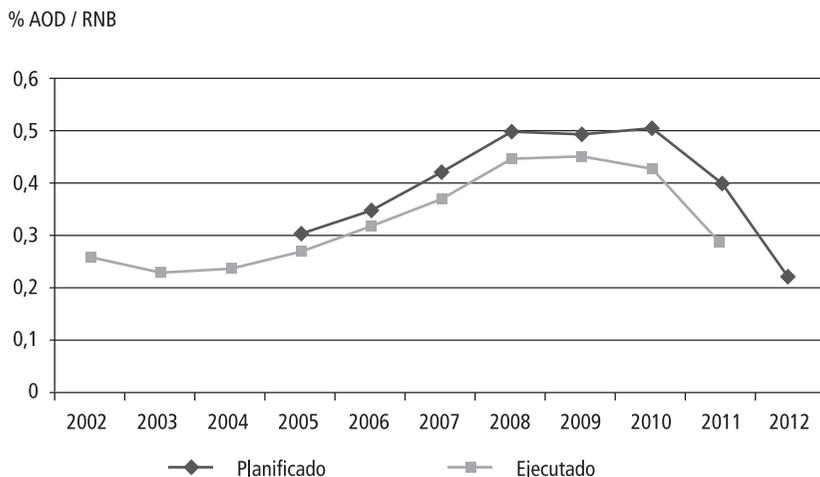


Fuente: elaboración propia a partir de los PACI y de los informes de seguimiento PACI.

En cuanto a la trayectoria en el compromiso hacia el 0,7% de la RNB para AOD que el gobierno había comprometido para 2012 (y el resto de partidos políticos con representación parlamentaria habían apoyado a través del Pacto de Estado contra la Pobreza), como podemos ver en el gráfico 3.2., no se ha alcanzado tan siquiera la previsión del 0,4%, sino que se produce un fuerte retroceso, alcanzando el 0,29%. La previsión del PACI 2012 dejaría el esfuerzo español, en el mejor de los casos, en el 0,23% sobre la renta nacional bruta, y las previsiones sobre AOD contenidas en el proyecto de PGE 2013 apuntan a que el año próximo descenderíamos hasta el 0,20%, un porcentaje que nos retrotrae a 1990 y que nos aleja mucho del pactado 0,7%.

Los datos apuntan al hecho de que la política de cooperación se tiene como secundaria e incluso prescindible; en consecuencia, en tiempos de crisis como los que estamos viviendo, está siendo la partida presupuestaria que mayor porcentaje de recortes está soportando. En el contexto de crisis económica global, se puede estar incrementando la vulneración de derechos básicos como la salud; éstos tienen que seguir siendo una prioridad dentro de las políticas de todos los países donantes, ya que la cooperación debería ser un elemento protector de los derechos básicos de las poblaciones más vulnerables y, por lo tanto, debería hacerse un esfuerzo por su mantenimiento, por minimizar los recortes.

GRÁFICO 3.2. EVOLUCIÓN DEL PORCENTAJE DE RNB PARA AOD, PLANIFICADO Y DESEMBOLOADO 2002-2011



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

HACIA EL IV PLAN DIRECTOR DE LA COOPERACIÓN ESPAÑOLA

Medicus Mundi, Médicos del Mundo y Prosalus

En el momento de cerrar este informe se han celebrado ya las jornadas de debate sobre el IV Plan Director que deberá regir la Cooperación Española en el período 2013-2016. Con carácter previo a estas jornadas, celebradas el 22 y 23 de octubre, la Secretaría General de Cooperación Internacional para el Desarrollo (SGCID) había circulado un borrador ya consensuado a nivel interno de la Administración General del Estado.

Un plan muy diferente...

Ya en la introducción de las jornadas, el Secretario General, Gonzalo Robles, explicaba que el plan es muy diferente al anterior, que se había optado por una estructura más sencilla, por un texto más ligero, ordenado en seis bloques de contenido que pretenden responder a grandes cuestiones:

- ¿De dónde partimos?
- ¿Qué vamos a hacer?
- ¿Cuál queremos que sea el perfil renovado de la Cooperación Española?
- ¿Cómo lo vamos a hacer?
- ¿Con qué capacidades contamos?
- ¿Cómo se va a hacer el seguimiento y la evaluación?

Uno de los grandes cambios del plan es el cambio de un enfoque por sectores de desarrollo a unas orientaciones generales sobre resultados de desarrollo. Precisamente, la gestión para resultados de desarrollo (GpRD) aparece como un elemento central del plan.

...en un contexto muy diferente.

El contexto en el que se está gestando este IV Plan Director es muy diferente al que enmarcó al anterior. Hay dos grandes desafíos externos a los que debería responder el plan, aunque el borrador de trabajo es poco explícito al respecto:

- Uno es el hecho de estar en la fase de finalización del período de cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. La mayor parte de la ejecución de este plan coincide con los años finales, y, aunque el plan dice que se deben intensificar los esfuerzos para su cumplimiento, el contenido de sus orientaciones y de sus propuestas de líneas de acción no son tan explícitas.
- Por otra parte está el debate de la agenda Post-2015 y el proceso surgido de Río+20 para la definición de unos Objetivos de Desarrollo Sostenible. El plan dice poco de cuál es el contenido de la posición española en el proceso de definición de esta agenda. Se menciona Busán pero no hay posición respecto a los compromisos planteados.

Pero por encima de los desafíos externos, la gran preocupación que ha planeado en los comentarios de la mayoría de los actores de la cooperación que han participado en estas jornadas es el desafío interno que constituye la dificultad de desarrollar esta política con los tremendos recortes realizados sobre los presupuestos de la ayuda oficial al desarrollo, que dejan a la Cooperación Española en una situación tal y con una incertidumbre tan grande, que genera serias dudas sobre la viabilidad de poder aplicar este plan. La inexistencia de un marco presupuestario en el plan agrava esta incertidumbre, especialmente cuando el proyecto de Presupuestos Generales para 2013 presenta unos datos de AOD que dejan al MAEC casi como ministerio secundario de la Cooperación Española y a la AECID, principal órgano ejecutor de nuestra política de cooperación, tiritando después de un recorte acumulado en tres años del 70%. Cualquier política pública, y la de cooperación al desarrollo lo es, necesita un mínimo de recursos económicos para que se consolide como tal. Lo presupuestado en 2013 es claramente insuficiente para este propósito.

Con unas orientaciones generales...

Partiendo de la idea de que los resultados de desarrollo son habitualmente multisectoriales, el plan toma la opción de eludir el tratamiento sectorial de la cooperación, habitual en los anteriores planes, remitiendo a las vigentes Estrategias sectoriales y Planes de Actuación Sectorial, y presenta la respuesta a lo que vamos a hacer a través de seis orientaciones generales de la Cooperación Española:

1. Consolidar los procesos democráticos y el Estado de derecho.
2. Reducir las desigualdades y la vulnerabilidad a la pobreza extrema y a las crisis.
3. Promover oportunidades económicas para los más pobres.
4. Fomentar sistemas de cohesión social, enfatizando los servicios sociales básicos.
5. Promover los derechos de las mujeres y la igualdad de género.
6. Mejorar la provisión de bienes públicos globales y regionales.

Los aspectos sectoriales aparecen entremezclados en estas orientaciones generales, de las cuales no se explica en base a qué criterios se han seleccionado, aunque la SGCID se ha comprometido a incluir estos criterios en la siguiente versión del borrador del plan.

Lo importante, desde el enfoque de este plan, serán los resultados de desarrollo a los que se pueda contribuir desde cada una de estas orientaciones. Sin embargo, el marco de resultados del plan director no estaba incluido en el borrador, por lo que no fue posible conocer su orientación y valorar el conjunto. Lo que sí se explicó en el curso de las jornadas es que hay diferentes tipos de resultados:

- Los resultados de desarrollo, que serán definidos en el diálogo de políticas con cada país socio (y explicitados en los Marcos de Asociación País) y a los cuales la Cooperación Española contribuirá con sus intervenciones.
- Los resultados instrumentales y de gestión, que están relacionados con la eficacia y calidad de los programas y estrategias y con la eficiencia de los actores del sistema.

El marco de resultados que acompañará al plan director en su versión final sólo recogerá resultados del segundo tipo.

...para trabajar en un ámbito geográfico más concentrado y diferenciado.

El plan director presenta un ámbito geográfico concentrado en tres regiones (América Latina, Norte de África y África Occidental) y, dentro de ellas, en 23 países. Aunque en este caso sí se recogen en el plan los criterios utilizados para hacer esta priorización de regiones y países, no en todos los casos los resultados son coherentes con dichos criterios.

El plan apunta a la necesidad de establecer estrategias diferenciadas por países, en función de la propia realidad, especialmente en el caso de los países de renta media. Pero esto queda en el ámbito de las negociaciones de los MAPs, no se adelanta cuál va a ser la posición española en la agenda de trabajo con los PRM, tema controvertido en la comunidad de donantes.

El Plan no resuelve como se gestionaran las estrategias diferenciadas por países, que tienen su origen en el “programa para el cambio” de la política de desarrollo de la UE. Preocupan tres cuestiones que consideramos importantes: (i) No están definidos los criterios que determinen la elegibilidad de países, (ii) no están definidos los criterios que se utilizaran para determinar los niveles de AOD y (iii) no está definido cómo casan las estrategias diferenciadas con los ODM.

Con un replanteamiento de los actores.

El plan plantea la necesidad de que, en este nuevo contexto, todos los actores de la cooperación replensen su rol en el sistema. Se percibe en el texto una apuesta importante por una emergencia potente de la empresa como actor destacado de la Cooperación Española. Sin embargo, en el caso de las ONGD, parece ignorar 30 años de relaciones, así como el papel relevante que han jugado en el proceso de maduración de nuestra cooperación, y da la impresión de que SGCID y AECID tuvieran que construir de cero una estrategia de relación con las ONGD.

En un contexto en que la crisis y sus recortes está expulsando a muchas personas del sistema español de cooperación, cabe pensar si éste va a contar las capacidades necesarias para poder desarrollar en la práctica este nuevo plan.

La salud en el IV Plan Director.

La salud aparece en dos de las seis orientaciones generales, la relativa a cohesión social a través de los servicios sociales básicos y la relativa a bienes públicos globales, aunque el tratamiento no es del todo consistente: en un lugar se habla de la salud como derecho humano y en el otro se apunta más bien al carácter instrumental de la salud como medio para la superación de la pobreza.

Es interesante el énfasis puesto en la equidad, en la reducción de las desigualdades en salud y en el acceso universal a servicios integrales de salud. Se echa de menos, en consecuencia, que se dé la debida importancia a la Atención Primaria de Salud y al fortalecimiento de sistemas públicos, así como al trabajo sobre determinantes sociales de salud con el enfoque de Salud en Todas las Políticas.

Aunque se habla de la salud global dentro del apartado de bienes públicos globales, no aparece en el documento un reflejo claro de un ámbito de trabajo relacionado que ha sido clave en el liderazgo que la Cooperación Española ha tenido en los últimos años en este ámbito, y que es la diplomacia en salud global, tanto en el ámbito de la UE como en la comunidad de donantes y en la propia OMS. Es un aspecto que debería tener continuidad y que no requiere necesariamente una gran cantidad de recursos.

Por lo tanto, este Plan Director, en cuanto a salud se refiere, presenta contradicciones y lagunas, que junto a la falta de unas previsiones presupuestarias, no nos permite valorar el compromiso real que la cooperación española va a tener en este sector. Es necesario que, una vez aprobado este Plan Director, se trabaje en la definición del modelo de cooperación sanitaria que se pretende trabajar y, si realmente se quiere trabajar con esta visión de gestión orientada a resultados, es necesario que la cooperación española defina claramente sus objetivos. Una apuesta decidida por la APS, el fortalecimiento de los sistemas de salud y el trabajo en los determinantes sociales de la salud son los tres elementos que deberían incluirse en cualquier estrategia de salud, ya que son los que mejores resultados dan, los que más impacto tienen, los que refuerzan un enfoque de equidad en salud y los que aseguran una sostenibilidad de los resultados. Sería importante también que se mejoraran los mecanismos de coordinación de los actores que trabajan en salud y se plantearan qué instrumentos son los más eficaces para llevar a cabo esos objetivos.

2. AOD EN SALUD EN 2011

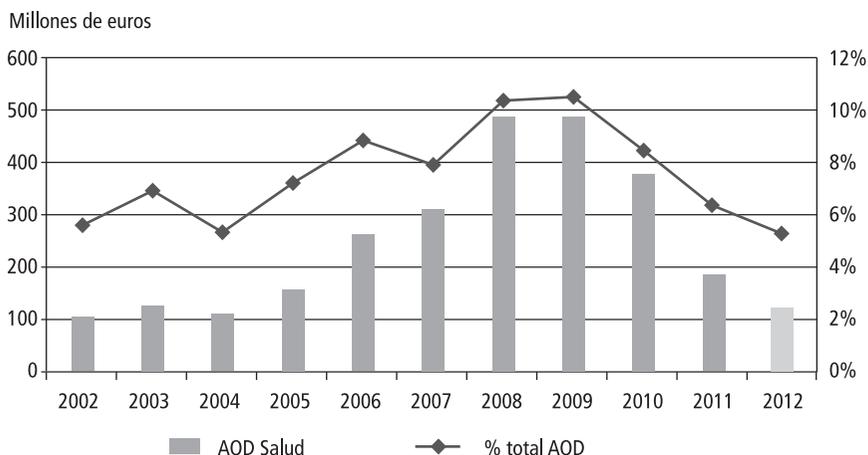
2.1. PRINCIPALES DATOS DE LA AOD EN SALUD EN 2011

Las previsiones del PACI 2011 señalaban que se dedicarían a salud un total de 225 millones de euros, es decir, el 5,3% del total de la AOD, lo cual suponía una fuerte reducción de este sector tanto en términos absolutos como relativos; y que el 52% de la ayuda en salud se canalizaría a través de ayuda multilateral y el 48% a través de ayuda bilateral (incluyendo multilateral).

Sin embargo, por lo que respecta a la ejecución real, **en 2011 se han destinado al sector salud 191 millones de euros, es decir, un 15% menos de lo que se había planificado, lo que supone que la salud ha representado el 6,4% del total de la AOD neta en 2011.** Después de haber tenido incrementos progresivos en el monto de AOD para el sector salud en el período 2005-2009, en 2010 y 2011 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 2011 en valores absolutos que se acercan a los de 2005 y en el porcentaje sobre la AOD total más bajo de los últimos seis años.** En consecuencia, este sector ha sido uno de los que se han visto más afectados por los recortes.

Según las previsiones del PACI 2012, después de las fortísimas reducciones operadas en este sector en 2010 y 2011, la AOD en salud volverá a disminuir tanto en términos absolutos como en su peso relativo en el conjunto de la AOD. Dada la importancia que tiene este sector básico en la lucha contra la pobreza y como derecho humano básico, así como la relevancia que la cooperación española ha querido darle, tal y como se ha evidenciado a lo largo de los años 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 salud, con el fin de poder de ayudar a cumplir los compromisos internacionales sobre este sector.

GRÁFICO 3.3. EVOLUCIÓN DE LA AOD EN SALUD Y DEL PORCENTAJE SOBRE EL TOTAL DE AOD, 2002-2011



Fuente: elaboración propia a partir de los informes de seguimiento PACI. El dato de 2012 es una previsión en base al PACI 2012

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 2011, la ayuda bilateral ha supuesto el 43,18%, la multilateral el 13,38% y la multilateral el 43,44%, casi un 12% menos que en 2010, ya que buena parte de los recortes en salud se han producido en aportaciones a OМУDES.

El Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación, con el 67% de toda la AOD en salud, vuelve a ser este año el principal agente 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 de 153.351 euros, 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 que este año los instrumentos reembolsables dejan “beneficios” de más de trece millones de euros, algo que consideramos incompatible con el espíritu que tiene que tener el sector de la salud. La multiplicidad de actores con intereses diferentes nos debe hacer reflexionar sobre cómo se definen las prioridades y la toma de decisiones y como éstas pueden ser incoherentes entre sí.

TABLA 3.1. RESUMEN DE LA AOD ESPAÑOLA NETA EN SALUD. 2011

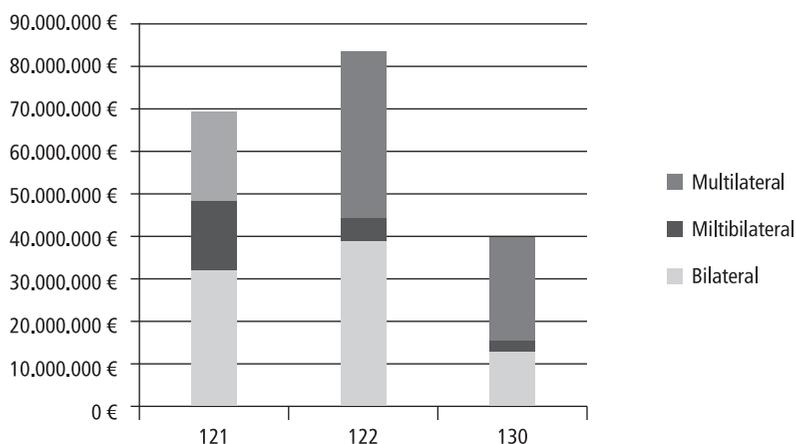
Total AOD	Tipo AOD	Instrumentos	Actor financiador	Monto €
Total AOD salud 191.235.652 € 100 %	AOD bilateral 82.578.318 € 43,18 %	No reembolsable 95.617.704 €	MAEC AECID	62.353.107
			MAEC SECI	6.500.000
			M. Presidencia	15.000
			MSPSI	153.351
			M. Defensa	990.706
			CCAA	17.503.391
			EELL	7.707.944
			Universidades	394.204
	Reembolsable - 13.039.386 €	MITC desembolsos	3.533.417	
		MITC reembolsos	- 16.572.803	
	AOD multilateral 25.583.079 € 13,38 %		Ministerio Asuntos Exteriores y de Cooperación	23.940.579
			Min. Ciencia e Innovación	696.000
			Comunidades autónomas	912.500
			Entes locales	34.000
	AOD multilateral 83.074.255 € 43,44 % Contribuciones obligatorias: 47.895.024 € Contribuciones voluntarias: 35.179.231 €		Ministerio Asuntos Exteriores y de Cooperación	35.948.702
Ministerio de Economía y Hacienda			47.125.553	

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

La canalización de AOD a través de organismos multilaterales de cooperación ha sufrido una variación significativa respecto a años anteriores, probablemente porque los principales recortes se han dado en este tipo de ayuda. En 2011 la canalización de AOD vía OMUDES (multilateral + multilateral) es más intensa en el subsector de salud sexual y reproductiva (130), donde representa casi el 69%. En los subsectores de salud básica (122) y salud general (121) este peso relativo es casi del 54% en ambos casos.

3. Esta cantidad corresponde a desembolsos de FONPRODE a cargo de la SECI, realizadas a favor de IPPF, IAVI, UNITAID Y AIM, que en otros años se habían clasificado como ayuda multilateral o multilateral.

GRÁFICO 3.4. AOD EN SALUD POR SUBSECTORES Y CANALES, 2011

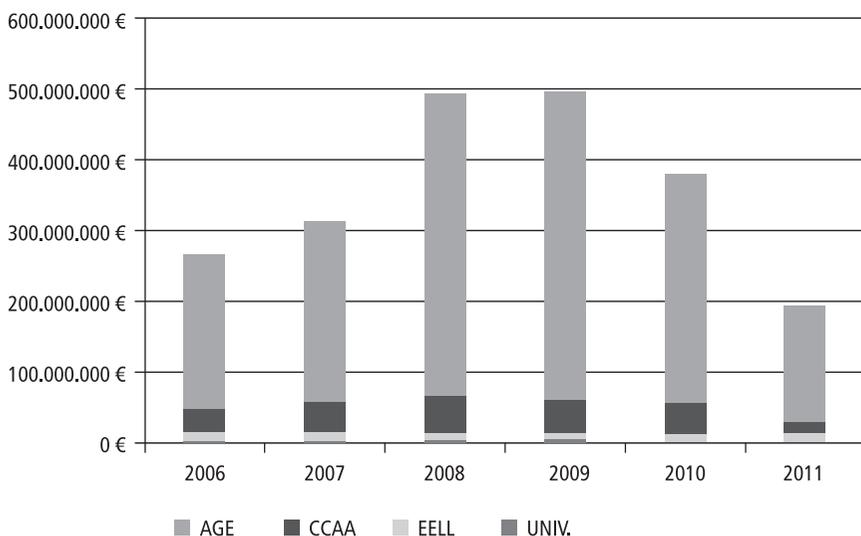


Fuente: elaboración propia a partir de los datos de seguimiento del PACI 2011.

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. En 2010 y 2011, observamos una reducción muy significativa en la aportación de AGE al sector salud. Los entes locales han mantenido un nivel de financiación para el sector salud muy constante entre 2006 y 2009, pero en 2010 tuvieron un descenso del 27%, y en 2011 se han mantenido en un nivel similar a 2010; las comunidades autónomas, que tuvieron una tendencia creciente en los tres primeros años de este período y que en 2009 disminuyeron su aporte al sector salud en un 10%, se mantuvieron en 2010 con un nivel muy similar al de 2009, pero han tenido un descenso del 60 % en 2011. Las universidades también han reducido su ayuda en salud respecto al año anterior.

Considerado en términos totales, casi el 88% de la reducción que se ha producido en 2011 en la AOD en salud es debida al retroceso de la 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. 2006-2011



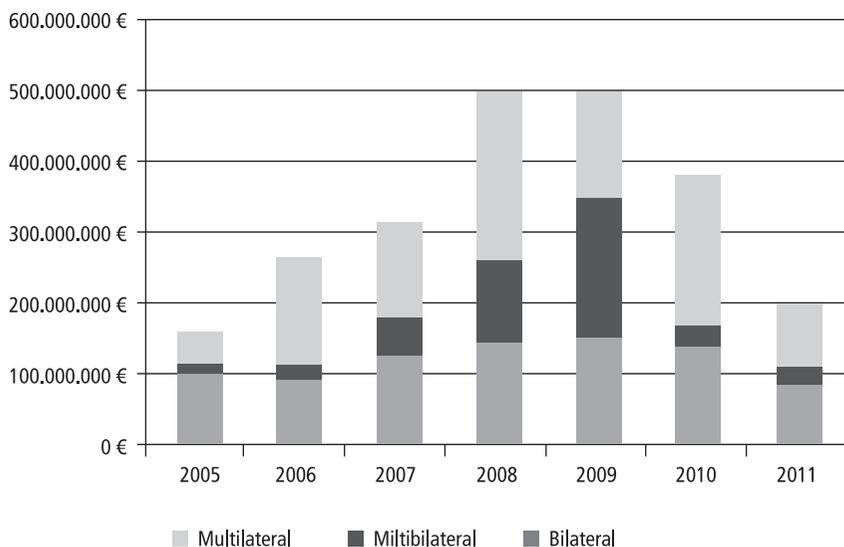
Fuente: elaboración propia a partir de los informes de seguimiento PACI.

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.). En 2010 y 2011, 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 2011, a pesar de haber disminuido en términos absolutos, ha tenido un peso relativo de más del 43% debido a la gran disminución de la ayuda multilateral.

GRÁFICO 3.6. EVOLUCIÓN DE LA AOD EN SALUD POR CANALES. 2005-2011



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

2.2.2. AOD multilateral en salud en 2011

En 2011 la AOD multilateral ha supuesto el 43,4% de toda la AOD en salud.

La **ayuda multilateral** en salud fue de 83 millones de euros, con una disminución del 60% respecto al año anterior. De su distribución por agentes y por organismos receptores (tabla 3.3.) destacamos algunos aspectos:

- El Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación pasa a ser por primera vez el único agente financiador de ayuda multilateral en salud en 2011.
- Las principales aportaciones del MAEC se concentran en 3 OМУDES: FNUAP, IFFIm y OMS, con casi el 70 % de los fondos multilaterales del MAEC.
- Varios de los aportes que en 2009 se contabilizaron como ayuda multilateral (con cargo al FAD Cooperación gestionado por SECI) han sido contabilizados en 2010 y 2011 como ayuda bilateral siguiendo indicaciones del CAD (IPPF, IAVI, AIM, UNITAID).

TABLA 3.2. DISTRIBUCIÓN DE LA AOD MULTILATERAL EN SALUD SEGÚN AGENTE Y RECEPTOR. 2009 - 2011

AGENTE	ORGANISMOS RECEPTORES	2009	2010	2011
MAEC - SECI	NACIONES UNIDAS	45.232.433 €	44.468.602 €	27.353.331 €
	FIDA - Fondo Internacional para el Desarrollo Agrícola	370.211 €		
	FNUAP - Fondo de Población de NNUU	14.000.000 €	16.000.000 €	9.500.000 €
	OMS - Organización Mundial de la Salud	23.255.020 €	19.098.237 €	6.821.223 €
	ONUSIDA - Programa conjunto de NNUU sobre el SIDA	3.388.543 €	1.637.071 €	2.669.515 €
	PNUD - Programa de NNUU para el Desarrollo	1.378.689 €	1.398.007 €	650.952 €
	UNICEF - Fondo de NNUU para la Infancia	2.839.970 €	3.878.648 €	3.850.681 €
	WFP - Programa Mundial de Alimentos		2.456.639 €	2.415.508 €
	UNRWA			1.445.452 €
	OTROS ORGANISMOS	32.280.729 €	113.249.580 €	8.595.371 €
	AIM - Alianza Internacional de Microbicidas	1.500.000 €		
	GFATM - Fondo Global contra el sida, malaria y tuberculosis	1.500.000 €	103.000.000 €	
	IAVI - Iniciativa Internacional para la vacuna del Sida	3.000.000 €		
	IFFIm - Facilidad Financiera Internacional para la Inmunización	9.475.000 €	8.463.161 €	8.595.371 €
	IPPF - Federación Internacional de Planificación Familiar	1.000.000 €		
	OIM - Organización Internacional de las Migraciones	805.729 €		
	UNITAID - Facilidad Internacional de Compra de Medicamentos	15.000.000 €		
	GAVI - Alianza Mundial para Vacunas e Inmunización		1.786.419 €	
		SUBTOTAL MAEC	77.513.162 €	157.718.182 €
MEH	INSTITUCIONES FINANCIERAS	24.147.726 €	19.823.555 €	15.693.476 €
	BM AIF - Asociación Internacional de Fomento Banco Mundial	20.531.788 €	18.327.385 €	15.168.702 €
	BAfD - Banco Africano de Desarrollo	2.775.230 €	1.496.170 €	524.774 €
	BAsD - Banco Asiático de Desarrollo	840.708 €		
	UNION EUROPEA	43.856.394 €	33.226.369 €	31.432.078 €
	Comisión Europea - Cooperación internacional al desarrollo	34.290.605 €	24.415.637 €	22.472.025 €
	FED - Fondo Europeo de Desarrollo	9.565.789 €	8.810.732 €	8.960.052 €
	SUBTOTAL MEH	68.004.120 €	53.049.924 €	47.125.553 €
MSPSI	OMS - Organización Mundial de la Salud	4.560 €	270.000 €	
	SUBTOTAL MSPSI	4.560 €	270.000 €	
TOTAL AOD MULTILATERAL EN SALUD		145.521.842 €	211.038.106 €	83.074.255 €

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

2.2.3. AOD multilateral en salud en 2011

La **ayuda multilateral** en salud ya sufrió una drástica reducción en 2010 con respecto a 2009, llegando apenas a 32 millones de euros, frente a los 200 millones del año anterior, por tanto, el 84% menos. En 2011 ha sufrido otra reducción del 20%, y se ha quedado en 25,58 millones de euros, el 93,5% de los cuales fue aportado por el Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación.

TABLA 3.3. DISTRIBUCIÓN DE AOD MULTILATERAL EN SALUD SEGÚN AGENTES. 2009 - 2011

AGENTES	2009	%	2010	%	2011	%
MAEC SECI	177.078.594 €	89,88%	29.100.000 €	90,84%	20.322.853 €	79,44%
MAEC AECID	16.060.219 €	8,15%	2.476.408 €	7,73%	3.617.726 €	14,14%
MEH	285.918 €	0,15%				
MSPS	197.784 €	0,10%	240.000 €	0,75%		
M. Ciencia e Innovación					696.000 €	2,72%
Comunidades Autónomas	3.286.648 €	1,67%	216.442 €	0,68%	912.500 €	3,57%
Entidades Locales	100.000 €	0,05%			34.000 €	0,13%
Universidades	4.200 €	0,00%	400 €	0,00%		
TOTAL	197.013.363 €	100%	32.033.250 €	100%	25.583.079 €	100%

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

En cuanto a los organismos receptores de estos fondos, se han producido cambios sustanciales; tres OМУDES han perdido mucho peso relativo en la AOD multilateral en salud (FNUAP, OPS y UNICEF), mientras que se han producido aportaciones con mayor peso relativo a otros organismos, como el BID, que recibió el 22,7 % de estos fondos, o la Unión Europea que recibió el 28,27%, como podemos ver en la tabla 3.5. Sería necesario conocer qué prioridades en cuanto a apoyo a organismos multilaterales se marca la cooperación española, y los motivos que la impulsan a estas priorizaciones. Estos motivos deberían estar centrados sobre todo en criterios de impacto en la salud, eficacia, eficiencia y sostenibilidad.

TABLA 3.4. DISTRIBUCIÓN DE AOD MULTIBILATERAL EN SALUD SEGÚN ORGANISMO RECEPTOR. 2009 - 2011

ORGANISMOS RECEPTORES	2009	%	2010	%	2011	%
GFATM	142.747.594 €	72,46%				
FNUAP	19.156.531 €	9,72%	14.331.388 €	44,74%	2.575.000 €	10,92%
OPS	12.540.000 €	6,37%	8.060.000 €	25,16%	4.000.000 €	16,96%
UNICEF	6.875.427 €	3,49%	8.225.020 €	25,68%	426.500 €	1,81%
DNDi	5.000.000 €	2,54%				
MMV - Medicines for Malaria Venture	3.000.000 €	1,52%				
UNRWA	2.370.000 €	1,20%	57.172 €	0,18%	320.000 €	1,36%
OMS	2.313.784 €	1,17%	770.000 €	2,40%	3.542.726 €	15,02%
OIEA	820.000 €	0,42%				
PNUD	600.000 €	0,30%	200.000 €	0,62%		
CEDEAO	500.000 €	0,25%				
ONUSIDA	400.000 €	0,20%	200.000 €	0,62%		
Banco Mundial	285.918 €	0,15%				
OEA - Organización de Estados Americanos	161.709 €	0,08%				
ACNUR	112.000 €	0,06%				
ONDUC - Oficina de NNUU contra la Droga y el Delito	89.000 €	0,05%	180.000 €	0,56%		
OEI - Organización de Estados Iberoamericanos	37.200 €	0,02%				
UE	4.200 €	0,00%			6.666.667 €	28,27%
Programa de Voluntarios de Naciones Unidas			9.670 €	0,03%		
BID					5.356.186 €	22,71%
SEGIB					696.000 €	2,95%
TOTAL	197.013.363 €	100%	32.033.250 €	100%	23.583.079 €	100%

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

2.3. AYUDA BILATERAL

La AOD bilateral neta destinada a salud (sin incluir la ayuda multilateral o bilateral canalizada vía OMUDES) fue en 2011 de 82,5 millones de euros, que representa el 42% de la AOD en salud, y supone, por un lado, una disminución del 40% 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 casi 8 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 países socios. Como podemos ver en la tabla 3.6., las ONGD españolas canalizan el 63% 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.

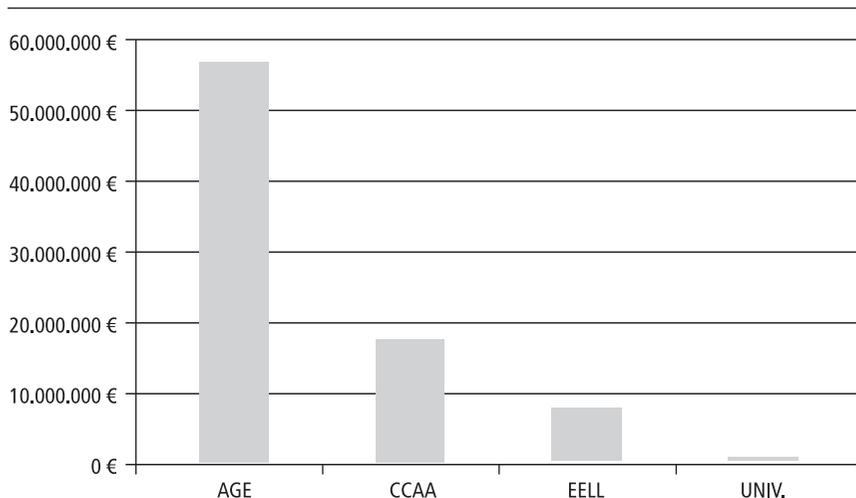
TABLA 3.5. VÍAS DE CANALIZACIÓN DE LA AOD BILATERAL NETA EN SALUD, 2010-2011.

VÍAS DE CANALIZACION	2010	%	2011	%
Entidades públicas del país donante	21.997.484 €	15,72%	7.998.966 €	9,69%
Entidades públicas del país socio	19.951.318 €	14,25%	17.169.404 €	20,79%
Entidades públicas de otro país socio (coop. triangular)	1.779.334 €	1,27%		
ONGD internacionales	2.340.391 €	1,67%	2.309.158 €	2,80%
ONGD nacionales (del país donante)	79.596.863 €	56,87%	52.349.432 €	63,39%
ONGD del país socio	231.344 €	0,17%	493.942 €	0,60%
Otras entidades sin ánimo de lucro del país donante	485.659 €	0,35%	675.309 €	0,82%
Otras entidades sin ánimo de lucro del país socio	1.005.560 €	0,72%	481.903 €	0,58%
Entidades con ánimo de lucro del país donante (empresas/consultorías/ universidades privadas etc.)	-1.631.616 €	-1,17%		
Entidades con ánimo de lucro en el país socio (empresas/consultorías etc.)	150.000 €	0,11%		
Partenariados Público-Privados (PPP)	11.200.000 €	8,00%	6.000.000 €	7,27%
Redes	38.190 €	0,03%		
Universidades Públicas del país donante	1.685.134 €	1,20%	70.000 €	0,08%
Universidades Públicas del país socio	8.385 €	0,01%	2.520.996 €	3,05%
Universidad privada, centro de investigación privado	41.047 €	0,03%	88.820 €	0,11%
			456.775 €	0,55%
Otras entidades	1.094.837 €	0,78%	-8.036.386 €	-9,73%
Sin clasificar				
TOTAL	139.973.930 €	100%	82.578.318 €	100%

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

En cuanto a los **agentes financiadores** de la AOD bilateral en salud, la Administración General del Estado aporta casi el 70%; las comunidades autónomas (CC AA), el 21%; las entidades locales (EE LL), el 9%; y las universidades, el 0,5%.

GRÁFICO 3.7. DISTRIBUCIÓN DE LA AOD BILATERAL EN SALUD POR AGENTES FINANCIADORES, 2011



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

Dentro de la Administración General del Estado, la casi totalidad corresponde al Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación.

En cuanto a los subsectores, la AOD bilateral en salud se distribuyó en 2011 del siguiente modo: 38,5% para salud general (121), 46,6% para salud básica (122) y 14,9% 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 (más de un tercio del total) se destina al componente de política sanitaria y gestión administrativa, a pesar de que ha experimentado una disminución importante en términos absolutos en 2010 y 2011 respecto a 2009. Es un subsector muy importante ya que apoya de forma clara el fortalecimiento de los sistemas de salud. Destaca también la desaparición de la partida de infraestructura sanitaria básica, que a lo largo de los años fue siempre un componente fuerte de nuestra AOD sanitaria (normalmente vinculado a operaciones de FAD). También se produce un aumento considerable en el componente de control de enfermedades

infecciosas, y sería interesante saber si este incremento supone una apuesta a favor de las iniciativas verticales de lucha contra enfermedades individuales, y hacia cuáles, ya que los donantes se han comprometido en Busan a disminuir este tipo de iniciativas. Hay descensos significativos en atención en salud reproductiva, planificación familiar y lucha contra ETS.

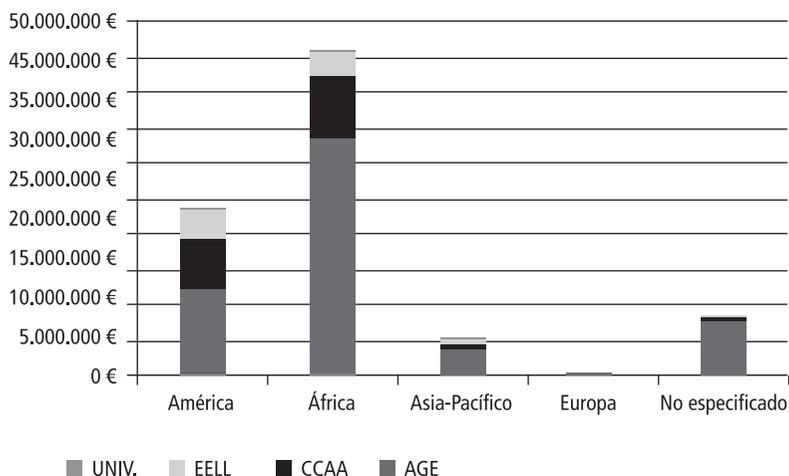
TABLA 3.6. AOD BILATERAL EN SALUD POR COMPONENTES CAD-CRS, 2009, 2010 Y 2011

CAD/ CRS	DESCRIPCIÓN	2009	%	2010	%	2011	%	Variación 09/10
121	Salud general	67.021.081 €	43,01%	46.753.184 €	33,40%	31.752.290 €	38,45%	-35.268.791 €
12110	Política sanitaria y gestión administrativa	48.426.211 €	31,08%	32.797.089 €	23,43%	29.109.498 €	35,25%	-19.316.713 €
12181	Enseñanza y formación médicas	543.771 €	0,35%	-1.785.281 €	-1,28%	-416.878 €	-0,50%	-960.649 €
12182	Investigación médica	5.379.484 €	3,45%	7.347.758 €	5,25%	3.703.966 €	4,49%	-1.675.518 €
12191	Servicios médicos	12.671.615 €	8,13%	8.393.618 €	6,00%	-644.296 €	-0,78%	-13.315.911 €
122	Salud básica	54.610.846 €	35,04%	65.647.008 €	46,90%	38.500.874 €	46,62%	-16.109.972 €
12220	Atención sanitaria básica	14.950.414 €	9,59%	25.988.161 €	18,57%	15.366.069 €	18,61%	415.655 €
12230	Infraestructura sanitaria básica	18.208.714 €	11,68%	13.283.387 €	9,49%	-409.132 €	-0,50%	-18.617.846 €
12240	Nutrición básica	8.449.254 €	5,42%	8.979.406 €	6,42%	9.211.670 €	11,16%	762.416 €
12250	Control enfermedades infecciosas	5.262.253 €	3,38%	6.792.467 €	4,85%	7.603.144 €	9,21%	2.340.891 €
12261	Educación sanitaria	1.450.767 €	0,93%	2.696.375 €	1,93%	1.190.240 €	1,44%	-260.527 €
12262	Control de la malaria	652.000 €	0,42%	2.579.698 €	1,84%	284.750 €	0,34%	-367.250 €
12263	Control de la tuberculosis	629.213 €	0,40%	217.622 €	0,16%	52.500 €	0,06%	-576.713 €
12281	Formación personal sanitario	5.008.231 €	3,21%	5.109.891 €	3,65%	5.201.634 €	6,30%	193.403 €
130	Salud sexual y reproductiva	34.203.276 €	21,95%	27.573.738 €	19,70%	12.325.154 €	14,93%	-21.878.122 €
13010	Pol. Población y gestión admva	407.928 €	0,26%	523.031 €	0,37%	-711.951 €	-0,86%	-1.119.879 €
13020	Atención en S.R.	22.185.672 €	14,24%	18.457.300 €	13,19%	8.012.838 €	9,70%	-14.172.834 €
13030	Planificación familiar	408.949 €	0,26%	1.823.818 €	1,30%	567.045 €	0,69%	158.096 €
13040	Lucha ETS, incluido VIH	8.897.709 €	5,71%	5.249.568 €	3,75%	3.252.108 €	3,94%	-5.645.601 €
13081	Formación RR HH en población y SR	2.303.018 €	1,48%	1.520.020 €	1,09%	1.205.113 €	1,46%	-1.097.905 €
	TOTAL	155.835.203 €	100,00%	139.973.930 €	100,00%	82.578.318 €	100,00%	-73.256.885 €

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, en 2011 se produce un cambio sustancial respecto al año anterior en que hubo un equilibrio entre África y América, con el 42% para cada una de estas regiones de la AOD bilateral en salud. En 2011 África recibió casi el 54% de la AOD bilateral en salud, mientras que América se quedó en el 23%, volviendo a porcentajes similares a los de 2009. Como podemos ver en el gráfico 3.8., la AGE, que en 2010 destinó a África apenas un 15% más que a América, en 2011 destina un 36% más al continente africano que al americano. Sin embargo, en el caso de la cooperación descentralizada, la ayuda está más equilibrada entre ambos continentes. Sigue habiendo un 12% de la ayuda bilateral en salud que no está especificada geográficamente; esto, que puede ser más lógico en la ayuda multilateral, no lo es tanto cuando hablamos de ayuda bilateral, salvo que se trate de iniciativas regionales o de acciones de sensibilización y educación para el desarrollo.

GRÁFICO 3.8. DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA DE LA AOD BILATERAL EN SALUD POR AGENTES, 2011



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

Desde el punto de vista de las prioridades geográficas establecidas por el III Plan Director, en 2011 se ha concentrado casi el 93% de la AOD bilateral en salud especificable geográficamente en los tres grupos de países prioritarios. Podemos destacar que en 2011 ya se cumple el compromiso adquirido para 2012 de destinar al menos el 85% de su ayuda a los grupos A y B, alcanzando este porcentaje el 88%.

TABLA 3.7. AOD BILATERAL EN SALUD SEGÚN PRIORIDADES GEOGRÁFICAS DEL III PLAN DIRECTOR, 2009, 2010 Y 2011

PRIORIDADES III PD	AOD bilateral SALUD 2009		AOD bilateral SALUD 2010		AOD bilateral SALUD 2011	
	Monto	%	Monto	%	Monto	%
Grupo A	102.390.610 €	67,07%	90.329.813 €	72,51%	54.466.533 €	74,06%
Grupo B	17.884.291 €	11,71%	12.477.746 €	10,02%	10.326.713 €	14,04%
Grupo C	26.148.264 €	17,13%	20.486.516 €	16,45%	3.338.179 €	4,54%
No prioritario	6.246.215 €	4,09%	1.279.145 €	1,03%	5.410.565 €	7,36%
TOTAL especificada	152.669.381 €	100%	124.573.220 €	100%	73.541.990 €	100%
No especificado	3.165.822 €		15.400.710 €		9.036.328 €	

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

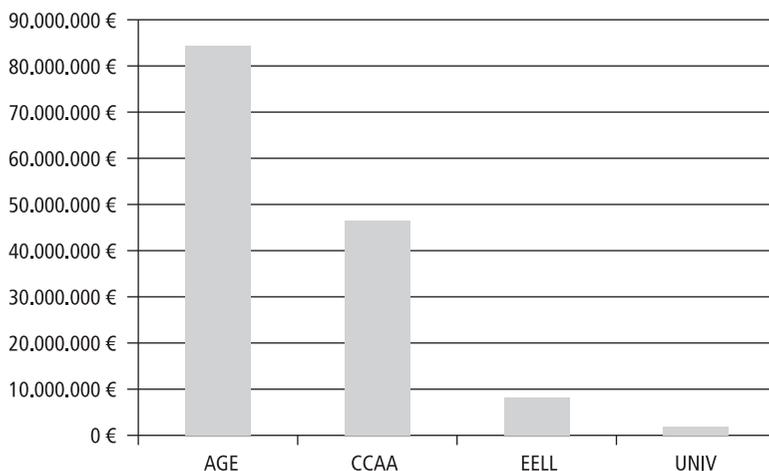
Dentro de la AOD bilateral en salud, merece una mención propia el apartado de ayuda reembolsable, que hasta el momento se ha venido realizando mayoritariamente a través de instrumentos gestionados por el Ministerio de Industria, Turismo y Comercio. En anteriores ediciones del informe hemos señalado el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

Dentro de las operaciones realizadas en 2011, se han producido desembolsos por un importe de 3.533.417 euros a través de tres operaciones en Argentina, y reembolsos por un importe de 16.572.803 euros. Es difícil entender cómo la cooperación sanitaria española puede contribuir a aliviar la pobreza de los países socios teniendo unos beneficios para España, en 2011, de 13 millones de euros.

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. Como hemos venido señalando a lo largo de estos años, consideramos que no es un instrumento idóneo para el sector salud y sería conveniente reducirlo progresivamente hasta su desaparición.

GRÁFICO 3.9. EVOLUCIÓN DE LOS DESEMBOLSOS DE AOD REEMBOLSABLE PARA SALUD Y % SOBRE AOD BILATERAL. 2005-2011



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

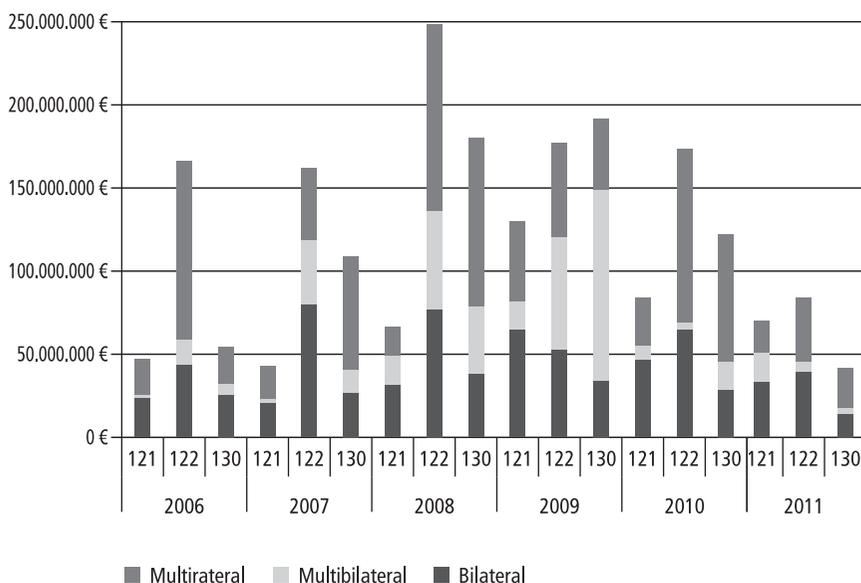
2.4. DISTRIBUCIÓN SECTORIAL DE LA AOD EN SALUD

Si consideramos la composición sectorial de la AOD en salud en 2011, podemos ver que, a diferencia de en 2009, cuando el mayor porcentaje se concentró en el subsector de programas y políticas de población y salud reproductiva con el 38,3% del total de la AOD en salud, y de 2010 en que el subsector de salud básica fue el que más recibió (45,7%), en 2011 ha sido el subsector de salud general, con el 40,54 %, el que más AOD sanitaria concentró.

El patrón de distribución de la AOD de cada subsector por canales es bastante diferente (ver gráfico 3.4.): en los subsectores de salud general y salud sexual y reproductiva hay un mayor equilibrio entre la ayuda bilateral y la canalizada vía OМУDES (multilateral + multilateral), aunque en uno predomina más la ayuda multilateral y en otro la multilateral; sin embargo, en el subsector de salud básica la financiación es principalmente bilateral.

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

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 3.10 aparece con más detalle la desagregación por componentes CRS y canales. En 2011 el mayor peso relativo lo tiene con mucha diferencia el componente de política sanitaria y gestión administrativa (12110), con el 32,04% (casi el doble que el año anterior), componente muy coherente con el fortalecimiento de sistemas

públicos de salud. A continuación, con casi el 21,5% de la AOD en salud, está el componente de atención sanitaria básica (12220).

El componente de lucha contra ETS, incluido el sida (13040), que en 2009 recibió casi el 23% de toda la AOD en salud y que bajó en 2010 al 15,7%, se queda en 2011 en poco más de un 6 %. Y el componente de control de la malaria (12262), que en 2010 recibió casi el 12% de la AOD sanitaria, se queda este año en poco más de un 1%. Estos datos de disminución de la ayuda ante dos de las enfermedades infecciosas más importantes como el vih/sida y la malaria, nos deben hacer reflexionar sobre el destino de los desembolsos para el control de enfermedades infecciosas, y si no hay un solapamiento entre los distintos sectores CRS que nos impida realmente identificar qué prioridades tiene la cooperación sanitaria española.

Los componentes de servicios médicos (12191) y de infraestructura sanitaria básica (12230) que han tenido en los últimos años una financiación principalmente bilateral, muy apoyada en los créditos FAD, se encuentran en 2011 en datos muy bajos, fruto de los reembolsos de los créditos FAD de años anteriores.

Siguiendo las orientaciones de años anteriores, creemos que la cooperación española en el sector salud, con sus opciones estratégicas orientadas a la atención primaria de salud y al fortalecimiento de sistemas públicos de salud, debería prestar más atención a algunos de los componentes que están bastante huérfanos de ayuda, como son la educación sanitaria (12261), la planificación familiar (13030) y la formación de personal en los diferentes ámbitos (12181, 12281 y 13081). Todos ellos juntos apenas llegan al 5,16% de la AOD en salud (es decir, bajan 3 puntos porcentuales respecto al año pasado), y son fundamentales para el fortalecimiento de los sistemas públicos de salud y la extensión de la Atención Primaria de Salud.

TABLA 3.8. DESAGREGACIÓN DE LA AOD EN SALUD POR CANALES Y COMPONENTES CRS, 2011

CAD/CRS	Bilateral	Multilateral	Multilateral	TOTAL	%
121	31.752.290 €	16.805.929 €	20.347.686 €	68.905.906 €	36,03%
12110	29.109.498 €	16.109.929 €	16.047.616 €	61.267.044 €	32,04%
12181	-416.878 €	0 €	604.154 €	187.276 €	0,10%
12182	3.703.966 €	696.000 €	864.639 €	5.264.605 €	2,75%
12191	-644.296 €		2.831.277 €	2.186.981 €	1,14%
122	38.500.874 €	5.564.508 €	38.884.322 €	82.949.704 €	43,38%
12220	15.366.069 €	1.025.141 €	24.642.328 €	41.033.538 €	21,46%
12230	-409.132 €		1.045.995 €	636.863 €	0,33%
12240	9.211.670 €	359.000 €	4.092.508 €	13.663.178 €	7,14%
12250	7.603.144 €	3.542.726 €	5.698.680 €	16.844.550 €	8,81%
12261	1.190.240 €		530.664 €	1.720.903 €	0,90%
12262	284.750 €	637.641 €	1.480.589 €	2.402.980 €	1,26%
12263	52.500 €		531.032 €	583.532 €	0,31%
12281	5.201.634 €	0 €	862.527 €	6.064.161 €	3,17%
130	12.325.154 €	3.212.641 €	23.842.248 €	39.380.042 €	20,59%
13010	-711.951 €	375.000 €	7.662.437 €	7.325.486 €	3,83%
13020	8.012.838 €	2.837.641 €	7.588.868 €	18.439.347 €	9,64%
13030	567.045 €		97.397 €	664.442 €	0,35%
13040	3.252.108 €		8.467.462 €	11.719.570 €	6,13%
13081	1.205.113 €	0 €	26.083 €	1.231.196 €	0,64%
TOTAL	82.578.318 €	25.583.079 €	83.074.255 €	191.235.652 €	100%

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

La evolución de los diferentes componentes CRS a lo largo de los últimos años (tabla 3.9.) nos permite ver cómo se han ido reforzando unos subsectores y debilitando otros.

Dentro del subsector de salud general (121) es especialmente notorio y positivo el incremento del componente de política sanitaria y gestión administrativa (12110) que, entendemos, implica un refuerzo de los sistemas de salud; casi se cuadruplicó entre 2006 y 2009, pero en 2010 y 2011 ha tenido una disminución muy fuerte 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 se ha reducido un 35% aunque también ha crecido en peso relativo.

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), la nutrición básica (12240) y el control de enfermedades infecciosas (12250) han ido subiendo y bajando a lo largo del período. La infraestructura sanitaria básica (12230) ha ido bajando desde 2007 hasta casi desaparecer este año. 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 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, 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. En general, esta misma tendencia de crecimiento hasta 2009 y retroceso en los dos 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 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 3.9. EVOLUCIÓN DE LA AOD EN SALUD POR COMPONENTES CRS, 2006-2010

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
121	47.604.996 €	43.772.828 €	67.137.498 €	129.644.866 €	85.455.916 €	68.905.906 €
12110	29.193.462 €	29.295.917 €	46.493.106 €	109.488.193 €	66.585.093 €	61.267.044 €
12181	2.325.145 €	2.318.905 €	1.847.458 €	646.066 €	-1.407.202 €	187.276 €
12182	646.540 €	4.008.906 €	4.109.146 €	5.452.783 €	8.053.207 €	5.264.605 €
12191	15.439.849 €	8.149.100 €	14.687.788 €	14.057.824 €	12.224.818 €	2.186.981 €
122	167.176.461 €	163.356.847 €	249.408.046 €	177.828.448 €	175.064.366 €	82.949.704 €
12220	55.438.268 €	35.062.685 €	51.636.537 €	46.628.746 €	53.170.621 €	41.033.538 €
12230	28.874.019 €	42.390.716 €	36.098.264 €	19.300.691 €	14.864.173 €	636.863 €
12240	4.335.982 €	32.836.565 €	42.739.382 €	10.674.241 €	19.961.503 €	13.663.178 €
12250	72.017.726 €	18.470.601 €	67.182.752 €	32.391.773 €	18.888.956 €	16.844.550 €
12261	3.227.531 €	1.897.806 €	2.901.888 €	1.793.755 €	3.496.418 €	1.720.903 €
12262	0 €	16.782.526 €	25.675.314 €	40.452.018 €	44.839.922 €	2.402.980 €
12263	0 €	10.801.748 €	15.685.681 €	20.796.917 €	13.492.351 €	583.532 €
12281	3.282.935 €	5.114.200 €	7.488.228 €	5.790.307 €	6.350.422 €	6.064.161 €
130	54.932.405 €	108.721.881 €	180.255.617 €	190.897.094 €	122.525.004 €	39.380.042 €
13010	8.252.735 €	11.856.872 €	26.919.604 €	19.235.240 €	10.678.608 €	7.325.486 €
13020	16.227.843 €	29.362.512 €	53.790.310 €	50.563.955 €	42.002.748 €	18.439.347 €
13030	121.210 €	762.344 €	805.408 €	5.342.760 €	8.027.595 €	664.442 €
13040	29.950.781 €	66.328.206 €	96.909.602 €	113.441.210 €	60.174.881 €	11.719.570 €
13081	379.836 €	411.947 €	1.830.693 €	2.313.929 €	1.641.172 €	1.231.196 €
TOTAL	269.713.862 €	315.851.556 €	496.801.161 €	498.370.408 €	383.045.286 €	191.235.652 €

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

2.5. DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA DE LA AOD EN SALUD

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

Si atendemos, en primer lugar, al total de la AOD en salud, casi un 44 % se destinó en 2011 a África, especialmente a África subsahariana. América Latina recibió casi el 21% y Asia, el 14%. Sin embargo, Oriente Medio ha subido de un 2% a un 7,4%. El porcentaje de la AOD en salud que fue no especificada geográficamente fue del 11,5% en 2011.

TABLA 3.10. ORIENTACIÓN GEOGRÁFICA DE LA AOD EN SALUD, 2011.

ÁREAS GEOGRÁFICAS	AOD SALUD 2011	%
ÁFRICA	84.070.486 €	43,96%
Norte de África	10.042.528 €	
África subsahariana	71.075.099 €	
No especificado	2.952.859 €	
AMÉRICA	39.813.974 €	20,82%
América Central y Caribe	17.569.456 €	
América del Sur	14.434.298 €	
No especificado	7.810.220 €	
ASIA	27.182.713 €	14,21%
Asia oriental	5.761.412 €	
Asia central	5.312.184 €	
Sur de Asia	15.623.459 €	
No especificado	485.658 €	
OCEANÍA	667.226 €	0,35%
ORIENTE MEDIO	14.158.056 €	7,40%
EUROPA	3.350.594 €	1,75%
PVD no especificados	21.992.604 €	11,50%
TOTAL	191.235.652 €	

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

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

- Grupo A. Países de asociación amplia, en los cuales se debería concentrar a final del período al menos el 65% de la AOD especificable geográficamente.
- Grupo B. Países de asociación focalizada, que podrían concentrar el 20% de la AOD especificable geográficamente, ya que el Plan Director establece que, entre el grupo A y B deberían acumular el 85% de la ayuda.
- Grupo C. Países generalmente de renta media con una asociación orientada a consolidar logros de desarrollo, que no deberían recibir más del 15% de la AOD.

Si analizamos la AOD en salud de 2011 desde este punto de vista, podemos observar que los porcentajes, que en 2010 estuvieron bastante alejados del ideal establecido por el Plan Director, se han acercado un poco más a dichas metas. 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 30 % en 2011.

TABLA 3.11. ORIENTACIÓN GEOGRÁFICA DE LA AOD EN SALUD SEGÚN CATEGORÍAS DEL PLAN DIRECTOR, 2010 Y 2011

PRIORIDADES III PD	AOD SALUD 2010	%	AOD SALUD 2011	%
Grupo A	123.976.762 €	40,91%	73.826.681 €	49,95%
Grupo B	36.002.983 €	11,88%	23.756.008 €	16,07%
Grupo C	25.176.572 €	8,31%	6.311.046 €	4,27%
No prioritario	117.885.071 €	38,90%	43.912.941 €	29,71%
TOTAL especificada	303.041.389 €	100%	147.806.676 €	100%
No especificada	80.003.897 €		43.428.976 €	

Fuente: elaboración propia a partir de datos seguimiento PACI 2010 y 2011.

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 los porcentajes son muy similares a los del año anterior, con un ligero aumento del peso relativo de los países de renta media baja. No obstante, el porcentaje destinado a los PMA se mantiene por encima del 20%, un porcentaje que la cooperación en general debe destinar a este tipo de países, por ser quienes mayores problemas tienen.

TABLA 3.12. ORIENTACIÓN GEOGRÁFICA DE LA AOD EN SALUD SEGÚN NIVEL DE RENTA DE LOS RECEPTORES, 2010 Y 2011

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

Fuente: elaboración propia a partir de datos seguimiento PACI 2010 y 2011.

Si nos fijamos en los 10 países que recibieron mayor cantidad de AOD en salud en 2011, podemos ver que 5 de ellos no estaban en esta lista ni en 2009 ni en 2010, lo que supone una gran variabilidad en el destino geográfico de los fondos:

TABLA 3.13. LOS 10 PAÍSES QUE RECIBIERON MAYOR CANTIDAD DE AOD EN SALUD, 2011

PAÍSES DESTACADOS	CATEGORÍA III PD	AOD SALUD 2011	AOD SALUD 2010	AOD SALUD 2009
Territorios Palestinos	Grupo A	11.370.775 €		
Níger	Grupo A	8.715.000 €		
Etiopía	Grupo A	7.309.820 €	15.626.347 €	22.264.050 €
Mozambique	Grupo A	6.679.188 €	11.494.708 €	18.674.859 €
India	No prioritario	6.461.705 €	15.285.496 €	12.611.270 €
Filipinas	Grupo A	5.801.096 €		
Mali	Grupo A	5.423.980 €	9.223.614 €	
Bolivia	Grupo A	5.347.332 €		
Perú	Grupo A	4.961.313 €	10.943.161 €	11.027.650 €
Guatemala	Grupo A	3.945.100 €		

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

Como podemos ver, a diferencia de los dos años anteriores en que había dos o tres países no prioritarios entre los 10 principales receptores de AOD en salud, en 2011 sólo hay uno, y los otros 9 corresponden al grupo A. Supone una clara mejora para el cumplimiento de los compromisos que mantiene la cooperación española en este asunto, definidos en sus documentos de planificación.

Si hacemos el mismo análisis geográfico respecto a la ayuda bilateral, podremos observar que África, que el año pasado recibió un porcentaje similar a América Latina (el 42%), en 2011 recibe más del 55% de la AOD bilateral en salud, similar a lo que ocurrió en 2009; sin embargo, América Latina baja del 42% al 28,6%. Por lo que respecta al esfuerzo de los diferentes agentes, la AGE está más orientada a África (58,4% de su AOD bilateral y el 40% de toda la ayuda bilateral); las Comunidades Autónomas, que el año pasado priorizaron América Latina, se orientan en 2011 más a África (con casi el 52% de su ayuda bilateral) y los Entes Locales mantienen su orientación a América Latina con un porcentaje similar al del año anterior (52%). La priorización de África nos parece positiva, ya que es donde mayores problemas de salud existen

TABLA 3.14. ORIENTACIÓN GEOGRÁFICA DE LA AOD BILATERAL EN SALUD, 2011

	AGE	CC AA	EE LL	UNIV.	TOTAL	%
América	12.156.766 €	7.214.457 €	4.004.174 €	236.049 €	23.611.446 €	28,59%
África	33.264.329 €	9.065.779 €	3.137.185 €	157.936 €	45.625.229 €	55,25%
Asia-Pacífico	3.796.283 €	718.264 €	549.585 €	220 €	5.064.352 €	6,13%
Europa	51.750 €	52.067 €	10.000 €	0 €	113.817 €	0,14%
No especificado	7.703.650 €	452.824 €	7.000 €	0 €	8.163.474 €	9,89%
	56.972.778 €	17.503.392 €	7.707.944 €	394.204 €	82.578.318 €	100,00%

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

En cuanto a la orientación según los criterios del Plan Director, a diferencia de los años anteriores en que los porcentajes eran bastante diferentes, en 2011 se acercan varios puntos porcentuales, debido principalmente a la gran reducción de la AOD multilateral y multilateral, que es la que suele incorporar ayuda para países no prioritarios de la cooperación española.

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 2011 una mayor asignación a PMA y países de renta baja que en los dos años anteriores. Además, también hay diferencia respecto al cómputo global; el mayor porcentaje de bilateral corresponde a los PMA, con bastante diferencia respecto a la AOD total (en que los PMA reciben un 22,82% de la AOD en salud).

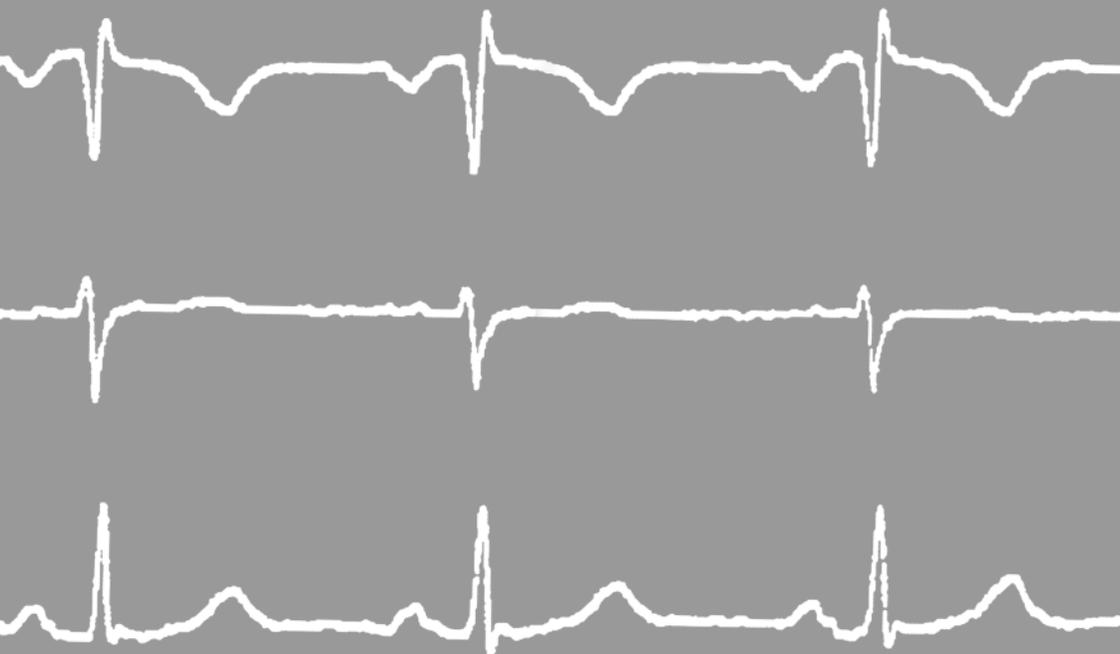
TABLA 3.15. DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA DE LA AOD BILATERAL EN SALUD SEGÚN NIVEL DE RENTA DE LOS RECEPTORES. 2009, 2010 Y 2011

Grupos de países por niveles de renta	OD bilateral SALUD 2009	%	AOD bilateral SALUD 2010	%	AOD bilateral SALUD 2011	%
PMA	60.671.633 €	38,93%	50.377.268 €	35,99%	31.699.280 €	38,39%
Otros de renta baja	7.251.159 €	4,65%	-1.659.958 €	-1,19%	7.557.603 €	9,15%
Renta media baja	64.542.084 €	41,42%	55.206.708 €	39,44%	24.503.777 €	29,67%
Renta media alta	17.413.443 €	11,17%	20.649.204 €	14,75%	9.781.331 €	11,84%
No especificado	5.956.883 €	3,82%	15.400.710 €	11,00%	9.036.328 €	10,94%
TOTAL	155.835.203 €		139.973.930 €		82.578.318 €	

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

En conclusión, la cooperación española en salud se encuentra en una situación crítica, con el nivel de financiación más bajo de los últimos 7 años y con el peso relativo más bajo de los últimos 10 años. La crisis económica que afecta al Estado español se está traduciendo en una disminución desproporcionada de las partidas de cooperación: mientras los recortes del presupuesto de gastos del conjunto de los ministerios entre 2009 y 2012 ha sido en promedio del 30%, el recorte del presupuesto de cooperación de la Administración General del Estado ha sido del 50%. Pero además, dentro de los recortes de cooperación, el sector salud ha sufrido una reducción desproporcionada: si en el trienio 2009-2011 el conjunto de la AOD se redujo un 35%, la ayuda en salud lo hizo en un 62%. Estas cifras demuestran la pérdida de interés por el sector de la salud de la cooperación española, hecho preocupante ya que se trata de un sector cuyos recortes tiene consecuencias en pérdida de vidas humanas y de aumento de sufrimiento.

Frente a ello, como ya señalábamos el año pasado, 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.



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 90. 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.

El papel que desempeña este tipo de cooperación, especialmente la autonómica, ha sido destacado por la Comisión Europea¹ por su capacidad para sensibilizar a la

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.

opinión pública y contribuir a la construcción de capacidades de la sociedad civil. También ha sido valorado positivamente por la cooperación estatal, y ya desde el primer Plan Director de la cooperación española se la nombra como actor relevante a la cooperación descentralizada².

La Administración General del Estado ha considerado a 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 local. 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.

La mayor debilidad de esta cooperación es su falta de previsibilidad, que, unido a la gran dispersión que presenta, debilita el impacto de su ayuda. Es, además, un tipo de ayuda independiente, que a veces está fuera de las estrategias internacionales, como puede ser la agenda de eficacia de la ayuda. Pero sus defectos no son insuperables, y no pueden servir de excusa para reducir, e incluso eliminar, este tipo de ayuda.

En estos momentos de crisis es reprobable que se ponga en duda el valor añadido de la cooperación descentralizada. Por una parte, la cooperación autonómica está sufriendo unos durísimos recortes, sin otros elementos de decisión que el considerarlo una de las partidas prescindibles, y por lo tanto sin seguir ninguna estrategia que permita decir que, al menos, en esta situación se están priorizando los servicios básicos, o los países más empobrecidos. Por otro lado, se ha cuestionado por parte del gobierno central la gestión de la AOD por las entidades locales, y en su propuesta de reforma de la ley de bases de Régimen local pretende eliminar la prestación de servicios sociales, y entre ellos está la cooperación; por tanto, asume que la cooperación, como elemento de política exterior, depende en exclusiva del Estado, y es una actividad impropia de estas entidades.

Históricamente hemos comprobado en informes anteriores como este tipo de ayuda está mejor orientada, tanto geográfica como sectorialmente, en relación a las propias políticas estatales que lo que suele estar la propia cooperación estatal, por lo que la eliminación de este tipo de ayuda no tiene ningún sentido desde el punto de vista estratégico. Y tampoco lo tiene en cuanto a su contribución a los grandes objetivos internacionales –como la reducción de la pobreza–, ya que es la población más vulnerable quien suele recibir este tipo de ayuda. Pese a lo anterior, la tendencia de la cooperación descentralizada parece ser el reducir de forma importante su relevancia

2. http://www.iepala.es/IMG/pdf/La_Cooperacion_Autonómica_y_Local_desde_las_ONGD_JULIO_2012_.pdf

en la cooperación española, aspecto en el que estamos en completo desacuerdo, y más cuando hablamos de un derecho básico como es el acceso a la salud. Y ello siendo conscientes de que la cooperación descentralizada es mejorable, y por eso, en informes anteriores, presentamos un decálogo de buenas prácticas para la cooperación sanitaria³ que incrementaría la calidad de la AOD autonómica, manteniendo su relevancia.

Si nos ceñimos a los datos, en 2011 la cooperación descentralizada ha financiado en su conjunto 6.454 acciones de cooperación en el mundo. Pero hemos de recordar que en 2010 se financiaron más de 8.500 acciones, lo que significa que en 2011 se han realizado un 24% menos. Las cifras de 2011 también se reducen de forma considerable en 222.941.538 euros, un 44% menos que en 2010. Este es un descenso jamás visto en la cooperación descentralizada en los últimos 20 años, y supone 12 puntos porcentuales más que la media del descenso del conjunto de la AOD española (que ha sido de un 32%). Estos datos no solo afianzan la tendencia comenzada en 2009 de recortes en la cooperación descentralizada, sino que abre una brecha que parece abocar a esta cooperación hacia una existencia más testimonial que real, abandonando el importante rol que ha tenido en la AOD española desde las manifestaciones a favor del 0'7%.

TABLA 4.1. EVOLUCIÓN DE LA COOPERACIÓN DESCENTRALIZADA

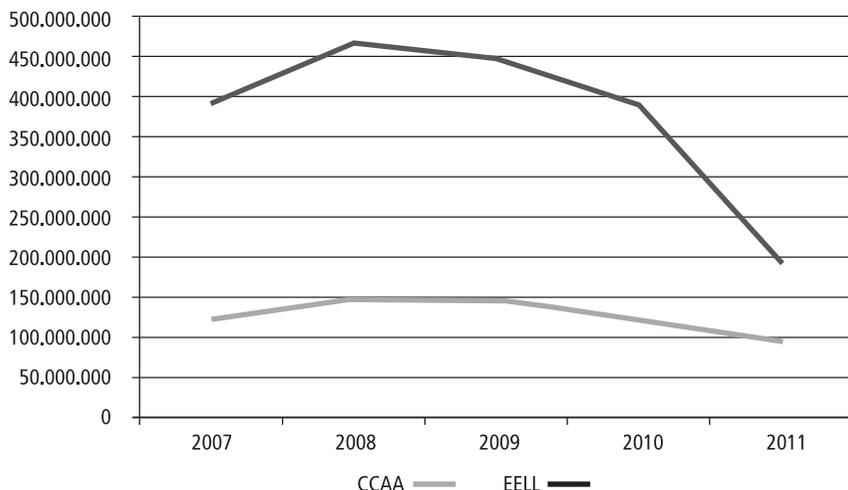
	2008	2009	2010	2011	Dif. 09-10
CC AA	464.709.158	446.037.922	389.023.636	192.182.089	-50,60 %
EE LL	148.775.501	147.182.837	121.391.523	95.291.534	-21,50 %
TOTAL	613.484.659	593.220.759	510.415.159	287.473.623	-43,67 %

Fuente: elaboración propia a partir de datos del seguimiento de los PACI 2008-2011

El descenso se da en los dos actores de la cooperación descentralizada, la autonómica y la local, pero es mucho más destacable el descenso en la cooperación autonómica, que ha desembolsado un 50% menos que en 2010, mientras que las entidades locales descienden un 21,5%, proporcionalmente menos que la cooperación estatal. En concreto, la cooperación autonómica desciende 196.841.546 euros, mientras que la cooperación de las entidades locales lo hace en 26.099.989 euros. En el siguiente gráfico podemos observar la radical reducción de los desembolsos autonómicos, que se equiparan a las cifras del año 2000.

3. Ver el informe " La salud en la cooperación al desarrollo y la acción humanitaria 2010 "

GRÁFICO 4.1. EVOLUCIÓN DE LA COOPERACIÓN AUTONÓMICA Y LOCAL 2007-2011



Fuente: elaboración propia a partir de datos del seguimiento de los PACI 2008-2011

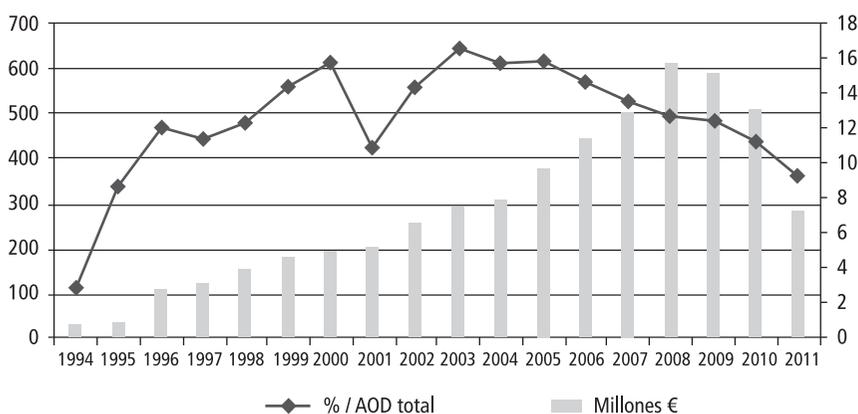
Si tomamos como referencia lo presupuestado, observamos en 2011 una disminución del 21 % en las partidas de cooperación con respecto a 2010. Si atendemos a lo ejecutado, los recortes en las partidas de cooperación autonómica ascienden a más del 50%. La explicación la encontramos en la diferencia entre lo comprometido y lo desembolsado: el compromiso real para la AOD autonómica fue de 304.094.772 euros, y se desembolsaron solamente 192.182.089 euros, apenas un 63% del presupuesto comprometido.

Destacar también que la crisis está generando tensiones en las tesorerías locales y autonómicas, lo que provoca retrasos en los desembolsos comprometidos por estas administraciones con las ONGs. La consecuencia inmediata de este hecho es el traslado de las tensiones de tesorería a las ONGs, que como resultado nos vemos en la necesidad de cerrar misiones cuando no las propias organizaciones.

Si analizamos la tendencia histórica de las cifras absolutas de la cooperación descentralizada, la brusca caída de la financiación de la cooperación en 2011 supone disminuir el presupuesto para AOD hasta cifras similares a las de 1995. El desembolso de la cooperación descentralizada ha supuesto que su peso en la AOD total haya descendido en 2011 hasta un 9,62% del conjunto de la cooperación española (en 2010 alcanzaba el 11,36%). Dicha caída se ve porcentualmente amortiguado por el fuerte descenso sufrido también por la cooperación estatal. Aún así, este dato permite visualizar el hecho de que el recorte en la cooperación descentralizada ha sido porcentualmente mayor que el de la cooperación estatal.

Las comunidades autónomas han aportado en 2011 el 6,43% (el 8,66% en 2010) del conjunto de la AOD española y las entidades locales el 3,18% (alcanzando el porcentaje de 2009). En años anteriores, el descenso del porcentaje de la cooperación descentralizada se debía a que el volumen de la ayuda de la Administración General del Estado (AGE) aumentaba de manera significativa. Sin embargo, llevamos unos años con recortes generalizados en todos los actores de la cooperación, lo que nos muestra que la disminución del peso de la cooperación descentralizada obedece a un menor gasto y compromiso de esta cooperación y no al incremento de otros actores.

GRÁFICO 4.2. EVOLUCIÓN DE LA AOD DESCENTRALIZADA EN ESPAÑA. 1994-2010



Fuente: elaboración propia a partir de los datos del seguimiento de los PACI 1994 – 2011

Si nos centramos en la cooperación autonómica, este año podemos decir que hay grandes variaciones en cuanto a la evolución del porcentaje de cada comunidad autónoma en relación al conjunto de la cooperación autonómica. Observamos que existen varias CC.AA. que aumentan su peso de forma significativa, mientras que otras lo reducen de forma considerable. La cooperación vasca es la que más crece, 12 puntos porcentuales, mientras que el descenso más radical lo sufre la cooperación andaluza, cuyos desembolsos la colocan en un 7,54% del total de la AOD autonómica, cuando el año anterior era el 20,73%. Mención especial en negativo merece Castilla la Mancha, que ha eliminado prácticamente la partida de cooperación, representando apenas el 0.19% del presupuesto de cooperación agregado de las CC.AA.

Las CC.AA. con mayor peso en el presupuesto agregado de cooperación son el País Vasco (23,37%), Cataluña (17,23%) y Navarra (9,5%). Las que reducen sustan-

cialmente su peso, además de Andalucía y Castilla la Mancha, son Baleares, Canarias, Madrid y Murcia.

TABLA 4.2. EVOLUCIÓN DEL PORCENTAJE DE CADA COMUNIDAD AUTÓNOMA EN EL TOTAL DE AOD AUTONÓMICA 2007-2011

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

Fuente: elaboración propia a partir de los datos del seguimiento de los PACI 2007-2011.

La AOD autonómica se concentraba históricamente en seis comunidades: Andalucía, Cataluña, País Vasco, Madrid, Castilla-La Mancha y Comunidad Valenciana. Pero en 2011 la situación ha cambiado. Castilla la Mancha prácticamente desaparece, Andalucía y Comunidad Valenciana retroceden de forma considerable. Solo con 3 CC.AA. –País Vasco, Cataluña y Navarra– se alcanza el 50% de la cooperación autonómica, lo que indica el diferente nivel de compromiso con la cooperación por parte de las comunidades autónomas.

Por último, queremos destacar el papel de otro actor como son las universidades en la cooperación. Han realizado 1.078 acciones de cooperación por un valor de 13.287.665 euros, un 15% más que el año anterior. Aunque sus cifras son pequeñas

en comparación con otros actores, en este entorno de crisis generalizada es de destacar la apuesta que hacen las universidades hacia este sector. Como ya apuntamos en el informe anterior, consideramos que el papel de las universidades supera la posibilidad de realizar proyectos de cooperación, y sobre todo debe priorizar el intercambio de conocimiento y la investigación como ejes que permitan mejorar la calidad de las acciones de cooperación.

2. LAS CIFRAS DE LA COOPERACIÓN DE LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS

Las comunidades autónomas en su conjunto han destinado a AOD 192.182.089 euros, una cifra muy inferior al año anterior. La contribución por parte de las diferentes comunidades autónomas a la AOD nunca ha sido homogénea por dos motivos; por un lado, no gestionan los mismos recursos, y, por otro, el interés que cada comunidad autónoma dedica al sector de la cooperación es diferente. Pero este año, la gestión de la crisis económica con grandes recortes de los sectores sociales, es el factor más determinante que explica los grandes descensos en las cantidades destinadas a la AOD autonómica.

De hecho, en 2011 solamente 2 autonomías incrementan su AOD, Cantabria con 1.893.994 euros y un aumento de casi el 100% (aunque sus cifras absolutas eran muy bajas y en 2010 descendió de forma considerable, por lo que incluso con este aumento no llega a las cifras de 2008 o 2009), y el País Vasco, con un aumento de 564.296, lo que supone un incremento del 1,47%.

Las demás CC.AA. disminuyen su presupuesto en cooperación, destacando que 5 de ellas lo reducen en más del 80%: Andalucía (82%), Baleares (83,18%), Canarias (80,06%), Castilla la Mancha (99,07%), Murcia (88,74%), y el conjunto de las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla. Otras, con gran importancia en el pasado, como Madrid disminuye el 70,28%, y solamente una CC.AA. desciende menos del 10%, Asturias, seguida de cerca de Navarra (10,95%). Hemos de recordar que hablamos de desembolsos, y la magnitud del descenso de algunas CC.AA. se debe a unir dos factores, los recortes y los problemas de tesorería, esto es, de aplazamiento de pagos. Pero incluso así, el descenso no tiene parangón desde que la cooperación descentralizada se sumó a la política de cooperación. Lo preocupante de este hecho es que no parece que estos recortes tengan una estrategia detrás que permita asegurar que este proceso es coyuntural, o que en estos momentos de recortes se prioricen en la cooperación autonómica derechos básicos como salud y educación. Más bien parece que los presupuestos para cooperación se consideran una partida que, al no haber una gran contestación por parte de la población, es de bajo coste político.

TABLA 4.3. AOD NETA POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS

CC AA	2007	%	2008	%	2009	%	2010	%	2011	%	Variación 2011/2010	% Variación 11/10
Andalucía	81.798.541	20,99	96.775.351	20,82	99.333.442	22,27	80.656.809	20,73	14.498.908	7,54	- 66.157.901	-82,02
Aragón	8.008.170	2,05	9.610.565	2,07	10.603.015	2,38	11.260.180	2,89	6.902.553	3,59	-4.357.627	-38,70
Asturias	12.938.623	3,32	11.776.201	2,53	11.325.801	2,54	12.149.189	3,12	11.374.076	5,92	- 775.113	-6,38
Baleares	16.414.377	4,21	15.594.107	3,36	14.924.160	3,35	9.867.813	2,54	1.659.926	0,86	- 8.207.887	-83,18
Canarias	17.778.637	4,56	18.746.030	4,03	16.225.134	3,64	12.050.300	3,10	2.403.002	1,25	-9.647.298	-80,06
Cantabria	5.469.245	1,4	5.116.708	1,1	5.850.388	1,31	2.039.289	0,52	3.933.283	2,05	1.893.994	92,88
Cataluña	57.768.931	14,82	62.827.889	13,52	57.301.759	12,85	56.734.335	14,58	33.120.358	17,23	-23.613.977	-41,62
C-LM	36.218.580	9,29	40.341.400	8,68	46.390.370	10,40	38.125.839	9,80	356.043	0,19	-37.769.796	-99,07
CyL	13.114.683	3,36	10.333.747	2,22	11.886.118	2,66	10.514.280	2,70	9.154.381	4,76	- 1.359.899	-12,93
Extremadura	9.897.984	2,54	9.087.860	1,96	13.774.550	3,09	14.396.489	3,70	9.166.574	4,77	- 5.229.915	-36,33
Galicia	10.703.097	2,75	9.873.774	2,12	12.289.957	2,76	10.748.153	2,76	7.008.233	3,65	-3.739.920	-34,80
La Rioja	4.436.818	1,14	4.078.224	0,88	3.866.889	0,87	4.224.228	1,09	3.180.134	1,65	- 1.044.094	-24,72
Madrid	30.973.098	7,95	38.979.100	8,39	38.078.638	8,54	35.836.242	9,21	10.650.489	5,54	-25.185.753	-70,28
Murcia	5.121.307	1,31	5.130.756	1,1	4.744.959	1,06	2.188.329	0,56	246.305	0,13	-1.942.024	-88,74
Navarra	19.017.170	4,88	20.699.796	4,45	20.649.818	4,63	20.508.760	5,27	18.263.294	9,50	- 2.245.466	-10,95
País Vasco	29.379.900	7,54	40.837.201	8,79	39.649.544	8,89	44.352.387	11,40	44.916.683	23,37	564.296	1,27
C. Valenciana	30.629.358	7,86	64.815.651	13,95	39.143.379	8,78	23.241.013	5,97	15.339.847	7,98	- 7.901.166	-34,00
Melilla	84.800	0,02	84.800	0,02	0	0,00	130.000	0,03	8.000	0,00	- 122.000	-93,85
TOTAL	323.908.212	100	389.753.319	100	446.037.922	100	389.023.635	100	192.182.089	100	-196.841.546	-50,60

Fuente: elaboración propia a partir de los datos del seguimiento de los PACI 2008-2011

Por ese motivo no es fácil realizar un análisis de las tendencias de los últimos años, ya que parece que estamos ante un cambio de ciclo por parte de las CC.AA. que parecen considerar la cooperación al desarrollo como algo prescindible y no prioritario, sin valorar ni los resultados obtenidos en el pasado ni el compromiso que todas las instituciones deben tener ante la vulneración de derechos básicos en el mundo. Pero tampoco hay una respuesta uniforme. Incluso en la situación de crisis actual generalizada, hay algunas comunidades autónomas que siguen apostando por la cooperación, mientras que otras la eliminan prácticamente de sus presupuestos, como Castilla la Mancha o Murcia.

Estas diferencias permiten asegurar que la situación actual no tiene que abocar obligatoriamente a una desaparición de la cooperación descentralizada, sino que existen alternativas y que la voluntad política es un elemento fundamental en la decisión de continuar con la cooperación descentralizada. En este cambio de tendencia debemos destacar los casos de Andalucía y Castilla la Mancha, dos CC.AA. que eran un referente en la cooperación y que han aplicado una drástica reducción, aunque Anda-

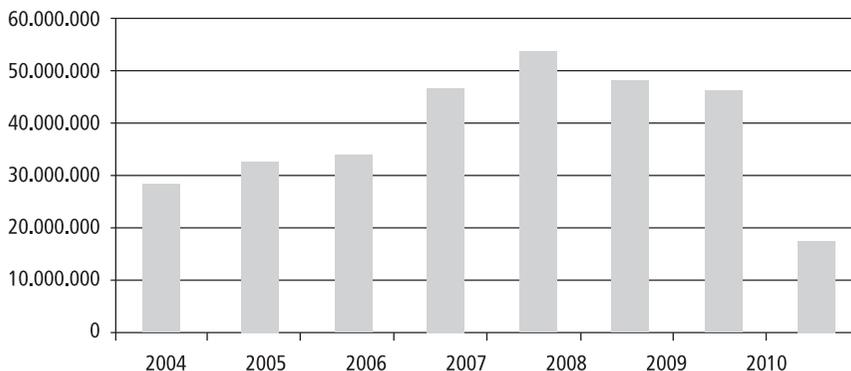
lucía asegure que mantiene su compromiso, y que son los problemas de tesorería los que la han obligado a retrasar los pagos. En cualquier caso, con las cifras actuales podemos asegurar que en 2011 la predictibilidad de la cooperación autonómica se ha visto claramente afectada, y muchos procesos que estaban en marcha no van a tener el recorrido que deberían tener para poder apoyar la lucha global contra la pobreza.

Desgraciadamente este año tampoco hemos podido analizar el esfuerzo real que realizan las autonomías a través de los desembolsos de AOD en relación a variables como el presupuesto que gestionan, la AOD per cápita o el porcentaje destinado a servicios sociales básicos, ya que los datos del seguimiento PACI no estaban disponibles en las fechas en que cerramos este informe. Aún así, la reducción de las partidas presupuestarias para cooperación nos indica que, en su conjunto, el porcentaje del presupuesto que se destina a la AOD y la AOD per cápita serán peores que en 2010. Los recortes están afectando a todas las áreas sociales (educación, sanidad, servicios sociales,...), pero ninguna otra área social parece que haya sufrido los recortes tan drásticos como la cooperación, lo que traslada la idea instalada de que este sector es considerado como prescindible.

3. LA SALUD EN LA COOPERACIÓN AUTONÓMICA

La salud en la cooperación autonómica sigue siendo un sector principal, y un elemento fundamental en la lucha contra la pobreza. Sin embargo, y como vemos en la gráfica 4.2, el descenso de la ayuda sanitaria autonómica en 2011 es muy pronunciado, con sólo 18.415.891€, cantidad que supone un 60% menos que en 2010, y un monto inferior en 10 millones de euros a lo que se destinó en 2004, primer año en que podemos desagregar la AOD sanitaria descentralizada. Pero no solamente bajan las cifras absolutas. El peso de la salud en el conjunto de la AOD autonómica disminuye hasta el 9,58%, frente a 2010 en que era del 11,3%. Además de que este porcentaje aún queda lejos del objetivo de destinar el 15% de la AOD a salud, la disminución del porcentaje supone un menor interés hacia la salud que hacia otros sectores, aspecto que en un contexto de crisis como el actual no tiene ningún sentido, ya que los servicios sociales básicos deberían ser los destinos prioritarios dentro de la AOD de cualquier institución, y vuelve a alimentar las dudas de que estos recortes (aparte de la idoneidad o no de hacerlos) se hayan hecho siguiendo algún plan que minimice los efectos de la reducción.

GRÁFICO 4.3. EVOLUCIÓN DE AOD EN SALUD PROCEDENTE DE CCAA



Fuente: elaboración propia a partir de los datos del seguimiento de los PACI 2004-2011

Igualmente, esta disminución de las cifras absolutas no ha tenido su repercusión en cuanto al peso porcentual de la cooperación sanitaria autonómica con respecto a la AOD de salud española, situándose en el 9,62% del total de la AOD sanitaria del conjunto del Estado, muy por debajo del 12,21% de 2010.

Como en años anteriores, existe una gran diferencia entre autonomías en cuanto al presupuesto que destinan a la salud en cooperación. En 2011 son Navarra y País Vasco quienes dedican una mayor cantidad de rublos a salud (4 y 3 millones respectivamente), mientras que Andalucía, que lideraba el año anterior los presupuestos sanitarios, lo reduce en casi su totalidad, pasando de más de 11,5 millones a poco más de 78.000 euros. Por el contrario, hay cuatro CC.AA. que aumentan sus presupuestos en salud, lo que nos indica que también la apuesta por salud en estos tiempos es una opción estratégica que las comunidades autónomas pueden hacer.

Dentro del descenso casi generalizado, y aunque se podía suponer dado el análisis de la AOD autonómica, la desaparición de la partida sanitaria en Castilla la Mancha, que siempre había sido una de las comunidades que más apostaba por la salud, junto a Baleares y Murcia, así como el descenso en la comunidad de Madrid de un 87%, supone un punto de inflexión negativo en cuanto al rol que algunas CC.AA. quieren asignar a la cooperación en salud. La suma de 4 comunidades -Navarra, País Vasco, Cataluña y Comunidad Valenciana- supone más del 60% de toda la ayuda autonómica destinada a salud, e indica la gran heterogeneidad que existe entre las CC.AA. a la hora de abordar la cooperación en salud.

TABLA 4.4. DISTRIBUCIÓN DE LA AOD EN SALUD DE LAS CCAA 2011

Comunidad autónoma	2009		2010		2011		% AOD 2011
	Monto (€)	%	Monto (€)	%	Monto (€)	%	
Andalucía	11.834.120	24,34	11.527.364	24,65	78.127	0,42	0,54
Aragón	995.441	2,05	1.046.870	2,24	764.782	4,15	11,08
Asturias	1.376.376	2,83	1.146.211	2,45	1.431.841	7,78	12,59
Baleares	689.650	1,42	644.717	1,38	0	0,00	0,00
Cantabria	2.282.596	4,69	2.087.763	4,46	30.000	0,16	1,25
Canarias	865.373	1,78	150.000	0,32	301.460	1,64	7,66
Cataluña	6.547.897	13,46	6.251.867	13,37	2.303.739	12,51	6,96
CLM	4.600.579	9,46	3.855.896	8,25	0	0,00	0,00
CyL	1.542.406	3,17	1.643.468	3,51	1.691.469	9,18	18,48
Extremadura	1.768.471	3,64	2.534.035	5,42	903.228	4,90	9,85
Galicia	1.173.367	2,41	1.559.071	3,33	1.063.046	5,77	15,17
La Rioja	519.000	1,07	526.140	1,13	547.943	2,98	17,23
Madrid	3.917.776	8,06	3.716.021	7,95	455.880	2,48	4,28
Murcia	260.979	0,54	49.866	0,11	0	0,00	0,00
Navarra	4.573.829	9,41	4.527.643	9,68	4.025.157	21,86	22,04
País Vasco	1.903.295	3,91	3.068.815	6,56	3.095.012	16,81	6,89
C. Valenciana	3.778.551	7,77	2.429.777	5,20	1.724.206	9,36	11,24
Total	48.629.706	100	46.765.525	100,00	18.415.891	100,00	9,58

Fuente: elaboración propia a partir de los datos del seguimiento de los PACI 2009-2011

Pero para confirmar qué grado de compromiso existe con el sector por parte de las comunidades autónomas no podemos fijarnos exclusivamente en las cifras absolutas, ya que éstas no tienen en cuenta su diferente tamaño y capacidad de gestión. Una de las formas para conocer ese compromiso es analizar qué porcentaje respecto del total de la AOD se destina a salud. Las organizaciones firmantes de este informe solicitamos a todos los actores que se destine un mínimo del 15% de la AOD para cumplir los compromisos adquiridos. Este año solamente 4 lo cumplen: Navarra, con un 22,04%, Castilla y León, con un 18,48%, La Rioja con 17,23% y Galicia con un 15,75%. Por el contrario, 10 comunidades autónomas destinan menos de un 10%, destacando Andalucía con apenas un 0,54%.

Mantenemos nuestra postura de que la cooperación en salud, incluso en estos momentos difíciles, debe mejorar en algunos aspectos, y reivindicamos el papel que juega en la cooperación española. La mejora de su predictibilidad, a través de procesos de planificación que permitan generar procesos de desarrollo en salud a medio y largo plazo,

la inclusión de la gestión orientada a resultados, la definición de prioridades, el refuerzo de la sociedad civil y de las instituciones descentralizadas locales, la transmisión de conocimiento y el trabajo conjunto con otros actores internacionales, deben ser elementos en que la cooperación sanitaria autónoma siga trabajando. Que haya un descenso de la ayuda sanitaria, que esperemos sea coyuntural, no debería implicar una merma de la calidad, sino, al contrario, una oportunidad para que la calidad de esta ayuda aumente.

Por otro lado, cabe destacar que el porcentaje de canalización de la AOD sanitaria autónoma a través de las ONGD españolas en 2011 ha aumentado casi 11 puntos, pasando a gestionar en torno al 85% del presupuesto global para cooperación sanitaria. En 2011, la segunda vía de canalización más importante ha sido la cooperación multilateral, especialmente con Agencias del Sistema de Naciones Unidas, con cerca del 5%, siendo las entidades públicas del país donante la siguiente vía de canalización con un 3,58%, y disminuyendo su peso de forma importante, ya que el año anterior suponía el 17% de toda la AOD en salud. Las ONGD internacionales suponen el 3,47%, y el resto de los actores son prácticamente irrelevantes, ya que ninguno alcanza ni un 3%. A pesar de que las cifras no son importantes comparativamente, queremos destacar de nuevo los 3 proyectos destinados a centros de investigación, dos públicos (financiados por Valencia y Catalunya) y uno privado (financiado por Catalunya). Indicar que sería deseable un mayor compromiso con lo público ya que la cantidad destinada al centro de investigación privado ha sido cuatro veces más que lo destinado a los centros públicos.

TABLA 4.5 VÍA DE CANALIZACIÓN DE LA AOD EN SALUD AUTÓNOMICA

VÍAS DE CANALIZACIÓN	AOD salud 2011	%
Entidades públicas del país donante	658.931	3,58
Entidades públicas del país socio	300.000	1,63
ONGD internacionales	638.970	3,47
ONGD nacionales del país donante	15.656.430	85,02
ONGD del país socio	61.336	0,33
Otras ENL del país donante	52.115	0,28
Otras ENL del país socio	13.903	0,08
Asociaciones público-privadas		-
Naciones Unidas	912.500	4,95
Universidad pública país donante	21.706	0,12
Universidad/centro investigación privado	100.000	0,54
TOTAL	18.415.891	100

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

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

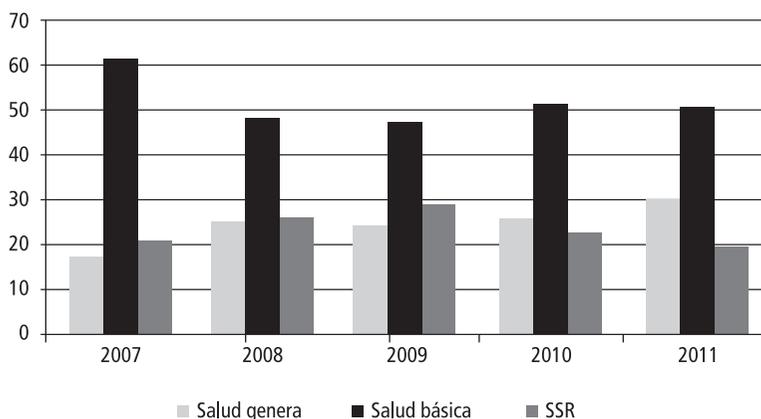
La aportación de las CC.AA a los organismos multilaterales en salud parece responder más a cuestiones coyunturales que ha una línea de trabajo estratégica. De ser residual en 2010 hemos pasado a destinar 912.500 euros en 2011, cuatro veces más que el año anterior. Este crecimiento se ha dado solamente a través de 4 acciones, dos financiadas por Comunidad Valenciana, y las restantes por La Rioja y Cataluña (un proyecto menos que en 2010). Todos los proyectos se enmarcan en acciones promovidas por Naciones Unidas.

3.2. COMPOSICIÓN SECTORIAL DE LA AYUDA AUTONÓMICA EN SALUD

Al analizar la composición sectorial de la AOD autonómica sanitaria en 2011, comprobamos que se mantiene la tendencia de los últimos años y la salud básica es, dentro de los tres sectores básicos que promueve el CAD, el sector que más desembolso recibe, con más de la mitad de toda la ayuda autonómica sanitaria. La salud reproductiva sigue disminuyendo su importancia, con un porcentaje de 19%, 3 puntos menos que el año anterior. Por el contrario, la salud general aumenta su peso, con un 30%, 4 puntos más, y se sitúa como el segundo sector CAD. En la siguiente gráfica podemos observar como, aparte del liderazgo incuestionable de la salud básica, las diferencias en los últimos años entre los otros dos sectores no han sido tan pronunciadas como en 2011, e incluso se aprecia que entre 2007 y 2009 la salud reproductiva era proporcionalmente más importante que la salud general. Para la composición sectorial mantenemos nuestra propuesta de conseguir un cierto equilibrio entre los tres sectores, siempre que las acciones vayan a favorecer la atención primaria de salud y al fortalecimiento de los sistemas de salud, los dos ejes estratégicos que deben orientar toda la ayuda en salud.

Si consideramos los subsectores CRS, podemos observar que la cooperación autonómica concentra su interés en 5 subsectores de los 17 totales: Política sanitaria, atención sanitaria básica, infraestructura básica, nutrición básica y atención en salud reproductiva. El total de estos 5 subsectores suma más del 70% del total de la AOD sanitaria en 2011. Podemos observar que la tendencia a la concentración en pocos subsectores no es exclusiva de este año, sino que se viene apreciando en los últimos años. Y aunque antes se priorizaba algún otro subsector, como los servicios médicos, desde 2009 estos 5 subsectores siempre han tenido una financiación relevante. Es cierto que algún año ha habido algún otro sector importante, y en este sentido podemos destacar la disminución en más de 6 puntos porcentuales el del control de enfermedades infecciosas, que en 2010 estaba dentro de los subsectores prioritarios. Consideramos positiva esta concentración ya que estos subsectores están dentro de los más adecuados para fortalecer los sistemas sanitarios y priorizar la Atención Primaria de Salud, pero preocupa el poco interés mostrado en otros subsectores que también sirven para los mismos fines. Específicamente algunos subsectores de la salud reproductiva se ven afectados por esta falta de interés, como la planificación familiar, que desaparece completamente en la AOD sanitaria de 2011, o las políticas sobre población, con una financiación residual de un 0,60%.

GRÁFICO 4.4. DISTRIBUCIÓN SECTORIAL DE AOD EN SALUD DE LAS CCAA. 2007-2011



Fuente: elaboración propia a partir de los datos del seguimiento del PACI 2007-2011

TABLA 4.6.a DISTRIBUCIÓN DE LA AOD EN SALUD DE LAS CCAA POR SECTORES 2008-2011

Código	AOD desembolsada	2008		2009		2010		2011	
		miles €	%	miles €	%	miles €	%	miles €	%
		121	Salud general	13.777	25,35	11.739	24,14	12.115	25,91
12110	Política sanitaria y gestión administrativa	3.669	6,75	5.162	10,62	7.425	15,88	3.286	17,85
12181	Enseñanza y formación médicas	739	1,36	796	1,64	44	0,09	188	1,03
12182	Investigación médica	1.155	2,13	1.151	2,37	1.312	2,81	639	3,47
12191	Servicios médicos	8.214	15,11	4.630	9,52	3.334	7,13	1.392	7,56
122	Salud básica	26.383	48,54	22.982	47,26	24.142	51,62	9.398	51,62
12220	Atención sanitaria básica	6.987	12,86	6.712	13,80	7.072	15,12	3.066	16,65
12230	Infraestructura sanitaria básica	8.945	16,46	8.599	17,68	5.438	11,63	2.801	15,21
12240	Nutrición básica	3.203	5,89	3.404	7,00	4.026	8,61	2.287	12,42
12250	Control enfermedades infecciosas	2.818	5,18	1.328	2,73	4.106	8,78	448	2,44
12261	Educación sanitaria	1.713	3,15	811	1,67	1.830	3,91	412	2,24
12262	Control de la malaria	557	1,03	621	1,28	568	1,21	155	0,84
12263	Control de la tuberculosis	332	0,61	263	0,54	-	-	-	-
12281	Formación personal sanitario	1.827	3,36	1.244	2,56	1.102	2,36	227	1,24
130	Población y salud reproductiva	14.191	26,11	13.908	28,60	10.508	22,47	3.509	22,47
13010	Pol. Población y gestión admva	685	1,26	281	0,58	738	1,58	110	0,60
13020	Atención en S.R.	8.349	15,36	8.280	17,03	5.954	12,73	1.474	8,01
13030	Planificación familiar	33	0,06	246	0,51	720	1,54	-	-
13040	Lucha ETS, incluido VIH	3.897	7,17	3.841	7,90	2.551	5,46	1.403	7,62
13081	Formación RR HH en población y SR	1.226	2,26	1.260	2,59	545	1,17	522	2,84
	TOTAL	54.351	100	48.629	100	46.766	100	18.414	100

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

Consideramos muy positivo el continuo y creciente interés en el subsector de Política sanitaria y gestión, un elemento fundamental en el fortalecimiento de los sistemas locales de salud, que con un 17,85% es el subsector CRS con mayor financiación. No obstante, consideramos que debería acompañarse de un aumento en los subsectores de formación, que son un elemento clave para la apropiación de los procesos de cooperación y que debería tener algo más de apoyo por parte de las CC.AA., al igual que la educación sanitaria, un elemento clave en la Atención Primaria.

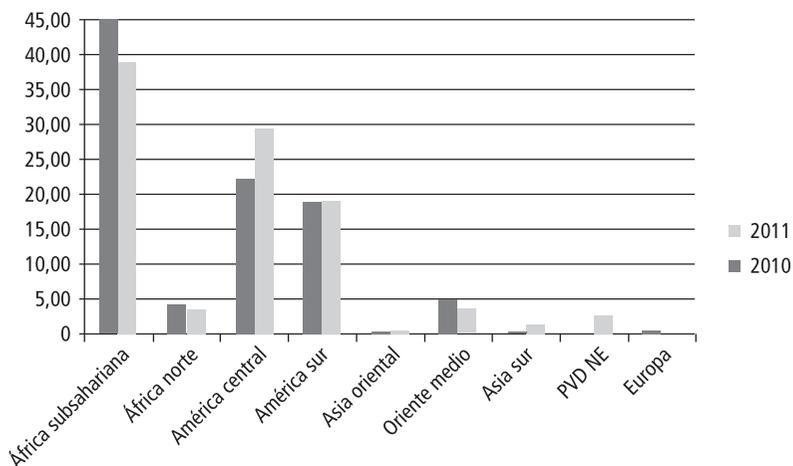
Sin duda la expertis adquirida por las comunidades autónomas en la gestión de la salud en España, se ve reflejada en la orientación que la cooperación descentralizada da a la cooperación en salud a través de las acciones que financia.

3.3. DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA DE LA AYUDA EN SALUD

Como viene siendo habitual, la AOD autonómica en salud se ha concentrado prioritariamente en 2 continentes, con más del 93% de toda la AOD en salud. En 2011 África, con el 49,23%, es el continente que más ayuda en salud recibe de la cooperación autonómica, incrementando más de siete puntos porcentuales las cifras de 2010. América le sigue con un 40,94%, lo que supone 8 puntos porcentuales menos que el año anterior. Las partidas destinadas a estos dos continentes sin especificar el país al que se destina suponen un 3,30%. El resto de las áreas geográficas, Asia y Europa, tienen un presupuesto muy reducido de menos del 1%, salvo Oriente Medio que alcanza un 4,78%. Esta concentración de la ayuda nos parece lógica, aunque deberíamos poder asegurar que la AOD sanitaria desembolsada en el continente americano se está destinando a las bolsas de pobreza e inequidad que allí existen y que permitiría contribuir a la cohesión social..

África subsahariana sigue siendo la región que más ayuda autonómica recibe en salud, 8.323.636 euros, incrementando su peso hasta un 45,20% del total, más de 6 puntos porcentuales. Sin embargo, en cifras absolutas la AOD sanitaria para África se recorta en casi 10.500.000 euros, lo que supone un duro golpe para el mantenimiento de muchas acciones en esa región, la que mayores problemas de salud presenta. América del Norte y Central sigue en el segundo lugar, con 4.080.184 euros y un 22,16%, con una disminución de más de 9.800.000 euros. América del Sur se mantiene en el tercer puesto con un 18,78%, y el norte de África apenas alcanza el 4%.

GRÁFICO 4.5. DISTRIBUCIÓN REGIONAL DE LA AOD EN SALUD DE LAS CCAA 2010/2011 (%)



Fuente: elaboración propia a partir de los datos del seguimiento de los PACI 2010-2011

Si cruzamos los sectores de trabajo y áreas geográficas, como se puede observar en la siguiente tabla, la apuesta prioritaria por la salud básica es uniforme en todas las regiones del mundo, y solamente en los países no especificados se prioriza la salud reproductiva, dado que se trabaja con agencias de Naciones Unidas como el FNUAP, que tienen estrategias regionales. Sin embargo, en 2011 el porcentaje destinado a salud básica ha disminuido en las dos regiones más importantes, África Subsahariana (2 puntos porcentuales menos) y sobre todo en América Central (16 puntos menos), y aumenta en América del Sur y África del Norte. La salud general es el segundo sector más financiado en todas las regiones con financiación relevante.

TABLA 4.6.b DISTRIBUCIÓN DE LA AOD EN SALUD DE LAS CC.AA. POR REGIONES. 2011

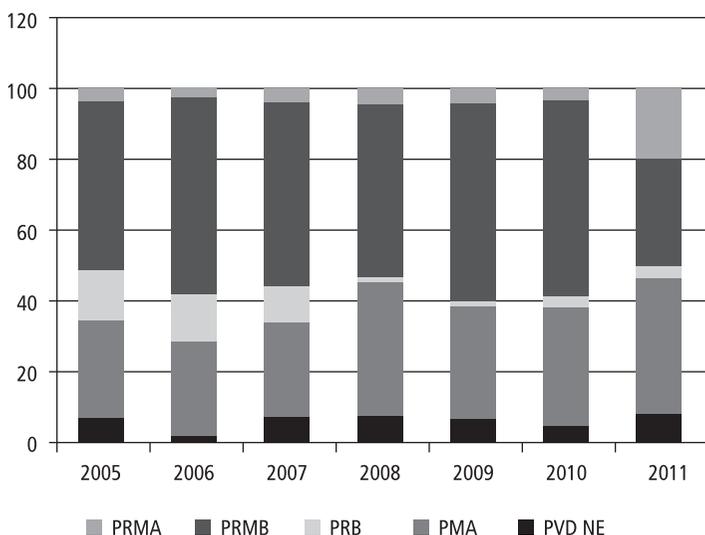
AOD desembolsada							TOTALES	%
	SALUD GENERAL		SALUD BÁSICA		POBLACION Y SALUD REPRODUCTIVA			
	€	%	€	%	€	%		
AFRICA NORTE	170.000	22,91	462.143	62,27	110.000	14,82	742.143	4,01
AFRICA SUBSAHARIANA	3.091.861	37,15	3.551.069	42,66	1.680.705	20,19	8.323.636	45,03
AMERICA CENTRAL	1.284.725	31,49	1.716.378	42,07	1.079.080	26,45	4.080.184	22,07
AMERICA DEL SUR	689.549	19,93	2.509.689	72,55	260.035	7,52	3.459.274	18,71
ASIA SUR			150.000	100		-	150.000	0,81
ASIA ORIENTAL	7.200	100		-		-	7.200	0,04
EUROPA		-	52.067	100		-	52.067	0,28
ORIENTE MEDIO	110.000	11,57	841.064	88,43			951.064	5,14
PVD NO ESPECIFICADOS	223.823	31,07	116.501	16,17	380.000	53,75	720.324	3,90

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

Con respecto a la distribución de la AOD autónoma en salud en función del nivel de renta de los países receptores, en 2011 se rompe la tendencia observada en años anteriores a priorizar los países de renta media baja, y se apuesta claramente por los Países Menos Avanzados (PMA) con un 39,17%. Esta priorización la consideramos muy positiva, pues estos países son los que más problemas de pobreza y salud tienen en el mundo.

Los países de renta media baja son el segundo nivel de renta más financiado por la AOD sanitaria, con un 30,32%, y este año crece, de forma muy importante, el peso de los países de renta media alta, con un 19,98%, mientras que la apuesta por las rentas bajas y los países no especificados se mantienen constantes. En el contexto actual que se está viviendo, la apuesta por los PMA y las rentas bajas, y las bolsas de pobreza de las rentas medias bajas, deberían ser una prioridad absoluta de la AOD sanitaria autónoma, pues los países de rentas medias altas tienen más posibilidad de incorporar mecanismos de equidad que el resto.

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 2005-2011

El monto total de AOD en salud destinado a PMA disminuye en más de 8 millones de euros, aunque su porcentaje sobre la AOD sanitaria sea de 39,17%, 7 puntos porcentuales más que en 2010. Sigue sin haber un interés homogéneo entre las CC.AA. por los PMA, de manera que 6 CC.AA. no destinan nada de su AOD sanitaria a los PMA, aunque entre ellas están las 3 CC.AA. que han eliminado la AOD sanitaria en 2011. Entre las que destinan parte de su presupuesto sanitario a PMA, observamos gran variabilidad, pero todas superan con creces el 20%, y por eso el conjunto de la AOD sanitaria de las CC.AA. destina el 39,17% a los PMA.

Si analizamos el peso de la salud en el conjunto de la AOD autonómica hacia los PMA, observamos también grandes diferencias entre comunidades autónomas, pero en la mayoría de ellas es uno de los sectores principales que se trabaja en estos países, conforme a la importancia que debe tener en estos países. Con estos datos podemos asegurar que la orientación hacia los PMA de las comunidades autónomas en cuanto a su AOD en salud es la adecuada, muy similar a la del conjunto de la AOD del Estado.

TABLA 4.7. AOD EN SALUD DIRIGIDA A PMA POR LAS CCAA. 2010 AOD DESEMBOLSADA

CCAA	AOD en salud dirigida a PMA 2010		% AOD en salud para PMA/ total dirigido a PMA	Total AOD dirigida a PMA 2011
	€	% sobre AOD sanitaria		
Andalucía	-	-	-	-
Aragón	211.173	27,61	19,41	1.088.218
Asturias	473.380	33,06	15,51	3.051.434
Baleares	-	-	-	20.000
Cantabria	30.000	100	66,67	45.000
Canarias	301.460	100	100	301.460
Cataluña	1.178.820	51,17	30,74	3.834.234
CLM	-	-	-	-
CyL	390.327	43,21	28,79	1.355.858
Extremadura	438.883	41,29	23,25	1.887.630
Galicia	353.973	64,60	49,12	720.642
La Rioja	-	-	-	136.390
Madrid	-	-	-	1.349.055
Murcia	-	-	-	-
Navarra	1.947.555	48,38	51,50	3.781.355
País Vasco	1.350.749	43,64	14,43	9.354.284
C Valenciana	536.488	31,12	37,43	1.433.496
Total	7.212.809	39,17	25,43	28.359.056

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

En cuanto al número de países receptores de ayuda sanitaria, también se ve afectado, pero no en la misma proporción que se supondría por el descenso de las cifras de la AOD en salud autonómica. Reciben ayuda 43 países, solo 4 menos que en 2010.

De los diez que más recursos reciben, 8 están incluidos entre los países prioritarios del grupo A del Plan Director de la cooperación española, la R.D. del Congo está incluida en el grupo B de países de atención focalizada, y solamente Kenia no está dentro de las prioridades de la cooperación española. En 2010 todos estaban dentro de los grupos A y B, por lo que, aunque podamos afirmar que la cooperación autonómica está bien orientada hacia las prioridades geográficas de la cooperación española, este análisis indica una cierta variabilidad en sus prioridades. Estos diez países suponen un 61% de toda la AOD sanitaria autonómica, lo que significa una concentración importante de la AOD sanitaria; sin embargo, debemos destacar que

el monto destinado a países no especificados se mantiene, como el año anterior, en el cuarto lugar de la AOD en salud autonómica, con 1.327.325 euros.

En 2011 el país que más AOD en salud autonómica recibe es la R.D. del Congo, seguido de Guatemala y Perú. En esta lista aparecen 4 países de África subsahariana, la región mundial con mayores problemas de salud. De la lista de 2010 repiten siete países, muchos más que en la cooperación estatal, donde solamente repiten 4. Este dato supone una cierta continuidad en las prioridades geográficas autonómicas, un elemento indispensable para asegurar la implantación de los procesos de desarrollo, y la predictibilidad de las acciones, también en la cooperación sanitaria.

TABLA 4.8. 10 PAÍSES MAYORES RECEPTORES POR VOLUMEN DE AOD AUTONÓMICA EN SALUD. 2011

PAÍS	DESEMBOLSO 2010
R.D. Congo	2.070.439
Guatemala	1.662.599
Perú	1.657.416
Mali	1.199.585
Bolivia	1.008.879
Mozambique	989.341
Territorios Palestinos	881.064
R. Dominicana	663.570
Kenia	613.729
Sahara	547.143

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

No existe variación en cuanto a la orientación geográfica según las categorías de países del Plan Director. El conjunto de la AOD autonómica en salud destina la gran mayoría, el 81%, a los países prioritarios de los grupos A y B, mayoritariamente al A (64,5%). Según el Plan Director, para 2012 estos dos grupos deben recibir el 85% de la ayuda asignable geográficamente, por lo que la cooperación autonómica está cerca. Podemos afirmar que, al contrario de lo que se pueda pensar, 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 4.9. DISTRIBUCIÓN DE AOD FINANCIADA POR CCAA
SEGÚN CATEGORÍAS DE PAÍSES RECEPTORES DEL PLAN DIRECTOR. 2011**

PRIORIDADES III PD	AOD SALUD 2011	%
Grupo A	11.023.246 €	64,51
Grupo B	2.876.940 €	16,84
Grupo C	674.851 €	3,95
No prioritario	2.513.529 €	14,71
TOTAL especificado	17.088.566 €	100%
No especificado	1.327.325 €	

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

4.- LAS ENTIDADES LOCALES

Como venimos diciendo en informes anteriores, el análisis de las entidades locales (EE.LL.) 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. Este año además se añade la preocupación sobre el futuro que puede deparar a este tipo de cooperación, al ser declarada por el Estado una competencia impropia para los ayuntamientos, como explicamos al comienzo del capítulo. Consideramos que las EE.LL. deben asumir, como el resto de las instituciones, una responsabilidad global y no pueden quedarse fuera de los compromisos establecidos por la comunidad internacional para conseguir un mundo más equitativo, sobre todo en el campo de la salud, donde el acceso a los servicios sanitarios sigue siendo una gran lacra mundial.

En su conjunto, las EE.LL. han dedicado en 2011 a cooperación 95.291.534 euros, 26 millones por debajo de lo desembolsado en 2010, un 21,5% menos. Si nos centramos en salud, 110 entidades, 36 menos que en 2010, han destinado recursos de su AOD a este sector.

Del total del presupuesto, las EE.LL. solamente han destinado a cooperación sanitaria 7.741.944 euros, 300.000 euros menos que en 2010, lo que supone un descenso de 3,7%, que dentro del entorno de reducción podemos considerar como mínimo. No obstante, y a pesar de suponer un 8,12% del total de AOD de EE.LL. (1,5% más que en 2010), este porcentaje está lejos del 15% del total de la AOD para el sector sanitario solicitado a todas las instituciones, e inferior a lo que destinan las CC.AA. (aunque muy superior a la media del Estado).

Si analizamos la AOD en salud de las entidades locales por la comunidad a la que pertenecen (ver la siguiente tabla), observamos que se mantienen en cabeza el con-

junto de las entidades locales pertenecientes al País Vasco, quienes este año son las que más aportan a la AOD en salud, 1.709.236 euros, seguidas de las de Cataluña y Andalucía. Por el contrario, las EE.LL. de Canarias y Cantabria apenas destinan recursos a salud. El Ayuntamiento de Madrid, que era hace unos años un referente entre las EE.LL., sigue sin destinar presupuesto a la partida de cooperación, y es el principal responsable de que la cooperación de las EE.LL. madrileñas no tenga el liderazgo que hace unos años tenía.

Al igual que en años anteriores, Cataluña es la comunidad con el mayor número de entidades locales que destinan recursos a salud: 18, seguida de Andalucía y Castilla y León con 13, y Comunidad Valenciana con 12. No obstante, las bajas partidas destinadas por la Comunidad Valenciana, e incluso Castilla y León indican que cada una de las EE.LL. de estas CC.AA. destina menos recursos a cooperación que lo que pueden hacer las EE.LL. de País Vasco o de Aragón.

**TABLA 4.10. AOD BILATERAL SALUD DE ENTIDADES LOCALES
POR COMUNIDAD AUTÓNOMA DE PERTENENCIA**

EELL / CCAA	AOD SALUD 2011	Nº EELL
EELL Andalucía	1.159.673 €	13
EELL Aragón	636.875 €	5
EELL Asturias	338.357 €	3
EELL Baleares	168.934 €	3
EELL Canarias	50.305 €	3
EELL Cantabria	27.251 €	2
EELL Cataluña	1.379.141 €	18
EELL País Vasco	1.709.236 €	11
EELL Castilla - La Mancha	344.788 €	6
EELL Castilla y León	472.567 €	13
EELL Extremadura	147.933 €	4
EELL Galicia	154.520 €	4
EELL La Rioja	165.000 €	1
EELL Madrid	246.116 €	7
EELL Murcia	48.674 €	1
EELL Navarra	326.275 €	4
EELL C. Valenciana	366.299 €	12
TOTAL	7.741.944 €	110

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

En cuanto al análisis individual sobre qué EE.LL. han dedicado un mayor presupuesto a la AOD en salud, el ayuntamiento de Barcelona ocupa el primer lugar en 2011 con un millón de euros (casi el doble que el año anterior), seguida de la Diputación de Bizkaia, con 756.973 euros, y del Ayuntamiento de Zaragoza con 424.128 euros. En esta lista aparecen instituciones muy diversas, lo que nos lleva a confirmar que la apuesta por la cooperación no depende sólo de la coyuntura actual de crisis, sino que es determinante la voluntad política de creer que la vulneración de derechos en el mundo, como el de la salud, es una responsabilidad compartida por todos, y que, por tanto, todas las instituciones deben apostar por el trabajo de la cooperación como un mecanismo corrector de la situación actual.

Hay 10 EE.LL. que suponen en su conjunto el 50% de la AOD sanitaria, lo que nos indica una dispersión elevada de este tipo de ayuda, pero es lógico si tenemos en cuenta que se suele destinar a pequeñas acciones que, aunque no tengan gran impacto, suelen quedarse fuera de las grandes políticas de cooperación.

TABLA 4.11. EELL CON MAYOR AOD EN SALUD 2011, EN EUROS

EELL	AOD SALUD 2011
Ayto Barcelona	1.022.766
Dip. Foral Bizkaia	756.973
Ayto Zaragoza	424.128
Ayto Málaga	341.848
Dip. Foral Gipuzkoa	302.799
Ayto Pamplona	259.495
Diputación Sevilla	248.122
Ayto Bilbao	184.459
Ayto Gijón	184.000
Ayto Logroño	165.000

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

En su conjunto, las entidades locales han realizado 401 acciones de cooperación sanitaria, 22 menos que el año 2010, manteniendo grandes diferencias en cuanto a los montos desembolsados, desde cerca de 600 euros a más de 146.000.

La orientación geográfica hacia las directrices presentadas en el Plan Director es algo peor que las de la AOD autonómica. No obstante, más del 75% de la AOD sanitaria de EE.LL. se ha destinado a los grupos A y B de la cooperación, y aunque son 10 puntos menos de lo previsto para el conjunto de la cooperación española en 2012, podemos afirmar que la orientación no es inadecuada, ya que la cooperación local debe mantener su especificidad de destinar sus recursos a pequeñas acciones de cooperación en lugares que se suelen quedar fuera de las prioridades globales.

**TABLA 4.12. DISTRIBUCIÓN DE AOD FINANCIADA POR EELL
SEGÚN CATEGORÍAS DE PAÍSES RECEPTORES DEL PLAN DIRECTOR. 2011**

PRIORIDADES III PD	AOD SALUD 2011	%
Grupo A	5.290.172 €	68,57%
Grupo B	546.056 €	7,08%
Grupo C	397.626 €	5,15%
No prioritario	1.480.962 €	19,20%
TOTAL especificado	7.714.816 €	100%
No especificado	27.128 €	

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

En cuanto a orientación geográfica por el nivel de renta de los receptores, las entidades locales difieren este año del comportamiento de la cooperación autonómica, donde los PMA lideraban los países que más dinero recibían. Los países de renta media baja, aunque bajan un 10% desde 2010, son los que más dinero reciben, un 47,84%. Les siguen los PMA con un 28,16%, seguido de cerca de los países de renta media alta, con un 20,57%. Sería conveniente aumentar el porcentaje destinado a los PMA y renta baja, y dada su importancia dentro de las EE.LL., y asegurar que las acciones destinadas a los países de renta media, y sobre todo a los de media alta, se destinen hacia las poblaciones más vulnerables y las bolsas de pobreza. En la siguiente tabla podemos observar como prácticamente no hay dinero destinado a países no especificados por nivel de renta, y es debido a que la cooperación local no suele destinar dinero a través de canales multilaterales (este año solamente una acción).

TABLA 4.13. DISTRIBUCIÓN SEGÚN NIVEL DE RENTA

PRIORIDADES III PD		Cantidades en €	%
No especificado (NE)		27.128	0,35
Países menos adelantados (PMA)		2.179.910	28,16
Países renta baja (PRB)		238.809	3,08
Países renta media (PRM)	PRMA – media alta	3.703.642	47,84
	PRMB – media baja	1.592.455	20,57
Totales		7.741.944	100

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

En la distribución regional, América del Norte y Central y África subsahariana son las dos regiones más importantes en 2011, con un 32,22% y 31,97% del total de la AOD sanitaria respectivamente. América en su conjunto recibió más del 50% de la AOD sanitaria, mientras que el continente africano recibió el 40%, siendo, al igual que ocurre en la cooperación autonómica, los receptores de la mayor parte de la ayuda.

TABLA 4.14. DISTRIBUCIÓN REGIONAL DE LA AOD BILATERAL NETA EN SALUD DE LAS EELL. 2011

Zonas geográficas		EUROS	%
PVD no especificados		27.128	0,35
ORIENTE MEDIO		304.248	3,93
EUROPA		10.000	0,13
ASIA	Asia oriental	35.908	0,46
	Asia central		-
	Asia sur	209.429	2,71
AMÉRICA LATINA	América sur	1.543.881	19,94
	América central	2.494.293	32,22
ÁFRICA	África subsahariana	2.474.765	31,97
	África norte	642.292	8,30
TOTALES		7.741.944	100

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

En cuanto a la composición sectorial y subsectorial de la ayuda local, se sigue incrementando el peso de la salud básica, que ya supera el 65% del total de la AOD sanitaria local, con unas cifras similares y un 3% más que en 2010. Las cifras destinadas a salud reproductiva se incrementan levemente desde 2010 en 78.470 euros y supone un aumento porcentual de 1,65%, hasta alcanzar el 18,25%. Es la salud general la que desciende tanto en cifras absolutas como en peso dentro del conjunto de la AOD en salud local. El descenso se cifra en 532.819 euros, 6% menos que en 2010. Esta distribución, sin ser inadecuada, debería ser más homogénea entre los tres sectores.

En cuanto a los subsectores, observamos que los que más dinero reciben se encuentran todos dentro de la salud básica: atención sanitaria básica, infraestructuras básicas y nutrición básica. Solo estos 3 sectores suponen el 57% de toda la AOD sanitaria de las EE.LL., presentando una gran concentración de la ayuda. Los servicios médicos se siguen manteniendo como la principal apuesta dentro de la salud general, con más de la mitad de toda la ayuda de este sector, aunque solo sea el 8,05% del total de la AOD sanitaria de las entidades locales. En salud básica, es la nutrición básica con un 25% la que desplaza a la atención sanitaria básica y a las infraestructuras de los primeros puestos. En cuanto a salud reproductiva, la atención en salud reproductiva es la única que supera el 10%. Al igual que pasaba con la cooperación autonómica, hay subsectores como la planificación familiar, al que podemos añadir la formación, que no tienen prácticamente peso dentro de la cooperación local, y que por su importancia debería deberían estar más presentes. Como ya dijimos en la cooperación autonómica, los ejes que deben centrar los esfuerzos de la cooperación sanitaria son Atención Primaria de Salud y el fortalecimiento de los sistemas de salud, y en ese sentido hay otros subsectores que se deberían priorizar dentro de la cooperación local, antes que los servicios médicos.

TABLA 4.15. COMPOSICIÓN SUBSECTORIAL DE LA AOD TOTAL EN SALUD DE EELL. 2011

CAD / CRS		AOD 2011	%
121	Salud general	1.253.416	16,19
12110	Política sanitaria y gestión administrativa	349.433	4,51
12181	Enseñanza y formación médicas	178.521	2,31
12182	Investigación médica	63.485	0,82
12191	Servicios médicos	661.977	8,55
122	Salud básica	5.075.572	65,56
12220	Atención sanitaria básica	1.338.848	17,29
12230	Infraestructura sanitaria básica	1.157.832	14,96
12240	Nutrición básica	1.928.725	24,91
12250	Control enfermedades infecciosas	107.716	1,39
12261	Educación sanitaria	354.881	4,58
12262	Control de la malaria	187.570	2,42
12263	Control de la tuberculosis		0
12281	Formación personal sanitario		0
130	Prog/Pol. Pob. y SR.	1.412.956	18,25
13010	Pol. Población y gestión admva	42.567	0,55
13020	Atención en S.R.	812.118	10,49
13030	Planificación familiar	67.045	0,87
13040	Lucha ETS, incluido VIH	284.067	3,67
13081	Formación RR HH en población y SR	220.238	2,84
	TOTAL	7.741.944	100

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

En resumen, la crisis debe ser una oportunidad para poner en valor lo que ha conseguido la cooperación descentralizada como actor, no solamente por lo que ha financiado en el sector de la cooperación sanitaria, sino por el valor añadido que aporta dentro de la tarea común de que el derecho a la salud sea realmente universal. Se trata de una cooperación que emana de los movimientos ciudadanos y que se gestiona a través de movimientos ciudadanos (ONGs). Y este es un factor importante ya que se traduce en una mayor cercanía de la política de desarrollo al ciudadano, a la sociedad civil.

Tanto comunidades autónomas como entidades locales tienen una responsabilidad en el bien común de la que no se deben sustraer, y a la vez deben ser actores que mejoren el conjunto de la cooperación, por ejemplo a través del conocimiento

que tienen sobre procesos de descentralización, o de la implantación de la atención primaria de salud. Por otra parte, son actores que nos recuerdan que existen algunos valores que debieran ser universales, como la independencia de la cooperación de otros intereses políticos o económicos y la necesidad de focalizar el trabajo hacia las poblaciones más vulnerables. Es cierto que esta ayuda es mejorable en previsibilidad, incluso en calidad, pero eso no puede servir de excusa para su reducción o eliminación.



CAPÍTULO V. ACCIÓN HUMANITARIA

Analizaremos en este capítulo las necesidades humanitarias a nivel mundial y la respuesta a las mismas desde la Cooperación Española en el contexto de la respuesta de la Cooperación Internacional. Se persigue con este análisis influir en la Cooperación Española para mejorar la calidad y eficacia de la Acción Humanitaria con el fin de que esta tenga un mayor y adecuado impacto en la población afectada por crisis humanitarias.

Según las estadísticas publicadas por el Centro de Investigación sobre la Epidemiología de las Catástrofes (CRED)¹ y la Oficina de las Naciones Unidas para la Reducción de Catástrofes (UNISDR)², durante 2011 se produjeron 302 catástrofes naturales de diferentes magnitudes, que provocaron la muerte de casi 30 000 personas y afectaron a 206 millones más en todo el mundo. Unos 106 millones de personas resultaron afectadas por inundaciones y 60 millones por sequías, mientras que 1,6 millones lo fueron por terremotos. Asia fue, con mucho, la región más afectada, con más del 45 % de las catástrofes y el 89 % del número total de víctimas en la región. Las consecuencias de las catástrofes son devastadoras y diversas: mueren personas y se destruyen viviendas, cultivos y medios de subsistencia. Aun cuando las cifras en daños personales fueron menores que en 2010, sin embargo, el impacto económico fue extraordinario, alcanzando los 370.000 millones de dólares.

Si bien cualquier desastre natural merece nuestra atención, queremos destacar algunos de los producidos en 2011. La sequía del Cuerno de África causó en torno a 50.000 muertes y llevó a 13 millones de personas a situación de inseguridad alimentaria; el terremoto Tohoku, que ocasionó un tsunami devastador y una catástrofe nuclear que puso en riesgo a una gran parte de la población de Japón, causó cerca de

1. www.cred.be

2. www.unisdr.org

20.000 muertes y 400.000 damnificados; la sequía de la región del Sahel, con especial incidencia en Níger, ha puesto en riesgo de hambruna a 10 millones de habitantes de la zona; las inundaciones que afectaron China en junio dejaron 35 millones de damnificados; o la epidemia de cólera post-terremoto en Haití, con cerca de 400.000 casos registrados -la mitad de las cuales precisaron hospitalización- y unas 6.000 víctimas.

Las causas de estas catástrofes han sido varias y diferentes. Sin duda, la crisis mundial de alimentos que se inició en 2008 y que no acaba de estabilizarse, con un gran repunte en el incremento de los precios de los alimentos, en torno al 50% en 2011, es una de las causas de las graves crisis alimentarias que se registraron en el continente africano. Sin embargo, hay causas de muy diferente tipo que explican las trágicas consecuencias de algunas de las catástrofes señaladas; la falta de previsión en el caso del Terremoto de Japón y la tardía respuesta por parte de la OMS a la epidemia de cólera en Haití han sido factores determinantes en el impacto de estos desastres.

Con la excepción de Japón, puede decirse que existe una relación directa entre la situación de pobreza y la vulnerabilidad ante las catástrofes. La mayoría de las descritas afectaron a regiones en desarrollo con escasa red de servicios básicos, con debilidad en gobernanza, con apenas recursos para establecer sistemas preventivos ni desarrollar respuestas adecuadas. Pero lo que es aún peor, estas catástrofes acentúan la pobreza en estas zonas, que se ven inmersas en procesos recurrentes en un círculo vicioso de vulnerabilidad- catástrofe.

Junto a los desastres naturales, los conflictos armados y la violencia ha continuado azotando múltiples regiones del planeta. Se han visto afectados 39 países por estas crisis, muchas de ellas mantenidas en el tiempo con fases de reactivación de la violencia que provocan inseguridad alimentaria, elevadas cifras de mortalidad y masivos desplazamientos de población. Según ACNUR, estos conflictos activos desplazaron de sus tierras, de sus aldeas, a 43,7 millones de personas. Una cifra que supera en gran medida la de los últimos años.

La mayoría de estos conflictos están activos en África Subsahariana. Son conflictos permanentes con repuntes periódicos, como sucede en la República Democrática del Congo, Sur Sudan, Darfur, Somalia, Chad o Costa de Marfil. En otras zonas del planeta, igualmente, lejos de resolverse se reagudiza la violencia, como ocurre en Afganistán y en la zona fronteriza de Pakistán. Muchas de estas regiones están afectadas por crisis complejas, son países de bajo desarrollo, sufren conflictos crónicos y recurrentes catástrofes naturales. En Oriente Medio se mantiene la tensión en Líbano contenida por la Fuerza Provisional de las Naciones Unidas (FPNUL), y persiste el conflicto palestino-israelí con continuos enfrentamientos en Gaza y violencia en los

Territorios Palestinos Ocupados. En América, el largo conflicto en Colombia, activo por más de 60 años, vio incrementados los enfrentamientos durante el pasado año. Durante 2011, además, se intensificaron las protestas populares contra los regímenes dominantes en el Norte de África; la represión de las protestas provocó una exacerbación de la violencia entre las partes que condujo a sangrientos enfrentamientos con importantes consecuencias humanitarias, especialmente en Libia, donde 700.000 personas se vieron desplazadas; Yemen, donde los desplazamientos pusieron en riesgo de malnutrición aguda a medio millón de niños y Siria, envuelto en una sangrienta guerra civil.

FALLO DE LA COMUNIDAD INTERNACIONAL EN LA RESPUESTA A LA CRISIS ALIMENTARIA EN EL CUERNO DE ÁFRICA

Ricardo Angora

Cooperante de MDM

Una de las mayores crisis alimentarias de los últimos 20 años azotó en 2011 el Cuerno de África, afectando a trece millones de personas, sin acceso a alimentos y sin tener cubiertas por sí mismas las necesidades básicas para la supervivencia, repartidas en una extensa región. Somalia ha sido el país más afectado, donde cerca de 4 millones de personas, casi la mitad de la población, se vio afectada por la crisis. En Etiopía, junto a la frontera Somalí, otros 4 millones de personas también estuvieron en situación de inseguridad alimentaria. La región del noreste de Kenia, perjudicada en proporciones similares por la falta de alimentos, condujo a tres millones y medio de personas a una situación crítica. Esta crisis se produce en un vasto territorio de semidesérticas tierras habitado por ancestrales comunidades que tienen como principal fuente de recursos la agricultura estacional y el pastoreo, poblaciones, la mayoría son semi-nómadas, en búsqueda de pastos para sus rebaños, lo que les obliga a recorrer grandes distancias en un territorio pertenecientes a varios países pero donde en el pasado no existían fronteras,

La causa directa de este desastre ha sido la sequía que durante dos años consecutivos ha assolado la región. La producción de cereales, maíz y arroz se desplomó debido a las reducidas cosechas, llegando a cubrir tan sólo el 15% de las necesidades de la región. Pero la falta de lluvias también afectó a los pastos y el ganado se vio diezmado por la falta de agua y forraje. Junto a la sequía, el incremento del precio de los alimentos agravó la situación. En el sur de Somalia el precio de los cereales se multiplicó por tres, igual que el del forraje para animales. Las amplias y empobrecidas familias, tras 2 años de malvender sus pertenencias, se quedaron sin recursos para adquirir alimentos.

A pesar de que la situación de sequía afectó a varios países de la región, en el sur de Somalia la situación llegó a ser dramática durante el verano cuando podrían haber muerto unas 30.000 personas, la mayoría de edad avanzada y niños. La causa de este mayor impacto reside en el conflicto en el que viven sumidos los somalíes.

Las reagudizaciones de la violencia de unas facciones contra otras, sin una autoridad central estable, ha propiciado un clima de inseguridad y de terror que en los primeros 6 meses

del año provocó el desplazamiento de cerca de 2 millones de somalíes del centro y sur del país. Familias, e incluso comunidades enteras, se han visto forzados a abandonar sus casas, tierras y pertenencias y a caminar con lo imprescindible en busca de zonas seguras. Un 10%, los más afortunados, consiguieron cruzar las fronteras vecinas y alcanzar los campos de refugiados de Dadaab en Kenia y Dolo Ado en Etiopía, pero miles no consiguieron llegar. Perdieron la vida por el camino.

Muchas de estas vidas, sin embargo, se podrían haber salvado si hubiera habido una reacción a tiempo de la comunidad internacional. A pesar de que desde el mes de febrero las organizaciones humanitarias presentes en la región veníamos alertando del agravamiento de la inseguridad alimentaria, que en aquel momento afectaba ya a 2,5 millones de personas, no fue hasta el mes de julio cuando Naciones Unidas declaró la zona afectada por hambruna, poniendo en marcha una masiva operación para paliar las consecuencias. Demasiado tarde para frenar la crisis que había alcanzado una proporción desmesurada, precisando un descomunal esfuerzo de organizaciones y agencias humanitarias para intentar restaurar la situación de normalidad alimentaria en la zona.

Son múltiples las causas de la tardanza en reaccionar, entre ellas la misma politización de la crisis con muchos actores implicados en el terreno: las milicias de Al Shabaab, el Gobierno Federal de Transición, los gobiernos de los vecinos países de Kenia y Etiopía y los donantes gubernamentales. Todos ellos han antepuesto intereses políticos a las necesidades humanitarias. De hecho, la comunidad internacional no respondió a los signos de advertencia que eran evidentes hasta que las imágenes de niños desnutridos, mujeres exhaustas caminando hacia los campos de refugiados y ancianas gravemente enfermas inundaron los informativos.

Pero no pensemos que tras el envío masivo de alimentos y ayuda humanitaria a la zona y la apertura de nuevos campos de refugiados en las fronteras la situación quedó resuelta. La situación de inseguridad alimentaria persiste en la región y sólo puede ser reversible si se aplican políticas de desarrollo, medidas preventivas frente a las sequías y ayudas sociales a la población. Ahora bien, mientras el conflicto, la inseguridad y la inestabilidad política que afectan a Somalia se mantengan, resulta casi imposible que estas medidas se pongan en marcha.

Urge una solución política a un conflicto que se mantiene activo desde hace 20 años. Es necesaria la voluntad política de los estados miembros de Naciones Unidas, pero también una acción decidida por parte de la Unión Africana. Los dirigentes de los países africanos, en respuesta a la situación, organizaron una conferencia en Addis Abeba en agosto a la que sólo asistieron 20 representantes de los 50 Estados miembros, y que finalizó con elocuentes declaraciones y testimoniales aportaciones de fondos, pero ninguna medida de calado que haya producido un avance en la pacificación de la región.

Mientras tanto, miles de somalíes continúan huyendo a diario de unas condiciones de vida desesperadas marcadas por la guerra, la sequía y el hambre. Medio millón de refugiados en Dadaab y un cuarto de millón en Dolo Ado siguen necesitando ayuda humanitaria. Sus líderes no se ponen de acuerdo sobre soluciones concretas y la comunidad internacional no muestra voluntad por implicarse en el remedio de sus problemas.

1. LA AYUDA HUMANITARIA INTERNACIONAL

La respuesta internacional continúa siendo necesaria, como podemos apreciar por el impacto de las crisis. Sin embargo, la ayuda humanitaria global disminuyó en 2011 un 9% respecto al año anterior limitándose a un total de 17.100 millones de dólares. Si bien es cierto que disminuyó el número total de crisis, esta cantidad de fondos no ha sido suficiente para cubrir las necesidades humanitarias que hubieran necesitado 3.000 millones de dólares adicionales. Esto supone que se han quedado sin atender una quinta parte de las necesidades humanitarias mundiales.

**TABLA 5.1 FONDOS DE AYUDA HUMANITARIA INTERNACIONAL
EN MILES DE MILLONES DE \$ USA**

Ayuda humanitaria	2007	2008	2009	2010	2011
Total de la ayuda internacional	12,4	16,0	15,3	18,8	17,1
Ayuda Gubernamental	9,3	12,4	11,8	13,0	12,5
Países OCDE-CAD	9	11,5	11,3	12,3	12,0
Países no OCDE	0,3	0,9	0,5	0,7	0,5
Ayuda donantes privados	3,0	3,6	3,4	5,8	4,6

Fuente. Elaboración propia con datos del Creditor Reporting System

De los 17.100 millones de dólares, el 73% correspondió a aportaciones gubernamentales y el 27% restante a financiación privada. Se aprecia así que mientras que la financiación gubernamental de la Acción Humanitaria descendió un 4% con respecto a 2010, la ayuda de donantes privados lo hizo casi un 21%.

La ayuda gubernamental con 12.500 millones de dólares provino en un 95% de los 24 miembros que componen el OCDE-CAD³. El mayor contribuyente continúa siendo la Unión Europea con las aportaciones de sus instituciones por un lado y la de sus estados miembros por otro, pero que, en conjunto, superan a EE.UU. que es el segundo mayor donante de fondos gubernamentales para la Acción Humanitaria. La aportación del resto de países no pertenecientes al CAD (Arabia Saudí, Rusia, Turquía, China, Brasil, Sudáfrica, etc.) fue de tan sólo el 5%. Esto supone que mientras que la financiación de los países del CAD disminuyó un 2%, el resto de países donantes, a pesar

3. Alemania; Australia; Austria; Bélgica; Canadá; Dinamarca; España; Estados Unidos; Finlandia; Francia; Grecia; Holanda; Irlanda; Italia; Japón; Corea; Luxemburgo; Nueva Zelanda; Noruega; Portugal; Reino Unido; Suecia; Suiza; Unión Europea (Instituciones)

de que mantuvieron niveles de crecimiento más elevados, hicieron un recorte del 31% en la ayuda humanitaria.

Respecto a la distribución sectorial de la ayuda, llama la atención que la financiación de programas de reducción de riesgos haya supuesto un limitado 4% de la Ayuda Humanitaria. Persiste así la escasa financiación para mejorar la respuesta de poblaciones que viven en zonas de alta vulnerabilidad a catástrofes y conflictos. En estos se ha destinado a líneas de prevención y preparación para desastres menos del 1% de la cooperación al desarrollo. Este hecho muestra una falta de compromiso sostenido y constante de la comunidad de donantes con la prevención, la preparación, la reducción de riesgos y otros esfuerzos a largo plazo. Estas actividades no están consideradas como prioritarias y se traducen en oportunidades desaprovechadas para fortalecer las capacidades locales. El sector humanitario ve de este modo reducida la capacidad para anticipar, prepararse y responder con eficiencia a las crisis futuras. Este aspecto denota también la débil apuesta por la vinculación entre AH y desarrollo.

Tampoco acaban de dotarse adecuadamente las partidas destinadas a protección. Los cambios en la naturaleza y la tipología de las crisis exigen una mayor atención a las tareas de protección humanitaria, a las acciones para garantizar el acceso a las poblaciones afectadas y la preservación del espacio humanitario, así como la seguridad de los afectados y del personal humanitario.

Se puede concluir que la respuesta internacional no ha conseguido cubrir las necesidades humanitarias, ha sido inadecuada y no ha llegado a tiempo, con importantes retrasos que han tenido un impacto negativo en la supervivencia de la población afectada, como pudimos comprobar en la crisis del Cuerno de África. Faltan aspectos clave por desarrollar con determinación.

REDUCCIÓN DE RIESGOS EN CENTROAMÉRICA

Centro-América está plagado por desastres naturales, sean terremotos, huracanes o inundaciones. ¿Qué hacen los sistemas de salud para mitigar el impacto? Hemos preguntado a unidades especializadas de la OMS y la SICA (Sistema de la Integración Centroamericana):

Sistemas de salud preparados ante desastres en Centroamérica: una meta a nuestro alcance

Basta hacer un pequeño recorrido por los eventos adversos de los últimos años en Centroamérica para darnos cuenta de que los sistemas de salud, ante varios de los fenómenos naturales que ocurren en esta región, han quedado si no mal heridos, en muchas ocasiones fuera de servicio.

Cuando ocurre una emergencia, el coste social es muy elevado y la prioridad siempre es y será proteger la vida y el bienestar de las comunidades afectadas y reducir el sufrimiento humano. Pero además de este coste social, los costes económicos y ambientales de contar con sistemas de salud poco preparados son enormes y sus repercusiones se pueden ver durante muchos años después de los desastres.

“Prevenir es mejor que curar”. En estos casos es más que una sabia afirmación, es el centro de los esfuerzos de todo sistema de salud que se precie de proteger la vida y el bienestar de su población, y es también el reto al que se enfrentan los países que procuran reducir el riesgo hasta niveles aceptables y así contribuir a su desarrollo sostenible.

Los países centroamericanos han adquirido un compromiso para alcanzar la meta de contar con sistemas de salud preparados frente a desastres, tal y como se refleja en la Resolución 50° del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). Para conseguirlo, el Programa de Emergencias y Desastres de la OPS/OMS colabora con los países en garantizar que los nuevos hospitales se construyan con niveles altos de seguridad y se realice además la evaluación de todas las instalaciones existentes.

Índice de Seguridad Hospitalaria

La OPS/OMS, con el acompañamiento de un grupo de expertos de toda la región, desarrolló en 2008 el Índice de Seguridad Hospitalaria, una herramienta de bajo coste que determina de manera rápida y eficaz la probabilidad de que una instalación de salud permanezca funcionando después de un desastre.

Muchos países centroamericanos han dado ya un ejemplo de la utilidad de hacer este tipo de diagnósticos y compartirlos con las autoridades y la comunidad para lograr acuerdos que mejoren el nivel de salud de las instalaciones prestadoras de servicios, especialmente cuando son altamente necesarias para hacer frente a los desastres.

Es muy importante el camino recorrido, pero mucho el que falta por recorrer. Para nadie es un secreto que la salud pasa por problemas financieros, pero sin una debida planificación de las acciones apoyada en una evaluación clara y pública, nunca se logrará tener un nivel adecuado de programación de recursos a nivel de los ministerios de economía, finanzas o planificación y, por lo mismo, los sistemas de salud no estarán lo suficientemente preparados para hacer frente a las emergencias y desastres.

Área de Preparativos para Situaciones de Emergencia y Socorro en Casos de Desastre
Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) disaster@paho.org

Cómo se preparan los países de Centroamérica y República Dominicana ante emergencias de Salud Pública.

El Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana, COMISCA, es la instancia política del Sistema de la Integración Centroamericana (SICA) que tiene la dirección del sector salud regional, la identificación, abordaje y solución de los problemas regionales de salud y sus determinantes para garantizar el derecho a la salud de la población.

El trabajo que se realiza tiene como guía el cumplimiento del Plan de Salud de Centroamérica y República Dominicana 2010-2015, que contempla la gestión de riesgo ante desastres. Los países de la región disponen de programas de gestión de riesgo en los Ministerios de Salud y otras instituciones del sector; sin embargo, la articulación de estos programas bajo un enfoque sectorial es uno de los retos fundamentales, y así, uno de los

obstáculos que se vislumbra es que los planes nacionales en este tema tienen un enfoque de atención de emergencia y en muy pocos casos están siendo vinculados a una política nacional.

Es por ello que entre las líneas de acción se ha propuesto la elaboración de un Plan Regional de Gestión del Riesgo ante Desastres en el sector salud, que incluya un inventario de amenazas y escenarios de riesgo de la red de servicios, al tiempo que se hace una propuesta de estrategia de establecimientos de salud seguros para la región, y la actualización de acuerdos en la región de un listado de sustancias peligrosas y guías de seguridad para su prohibición, manejo, almacenamiento y transporte desde el Reglamento Sanitario Internacional.

La Secretaría Ejecutiva, en cumplimiento de la Agenda y Plan de Salud de Centroamérica y República Dominicana 2010 – 2015 y en seguimiento a los acuerdos establecidos en la XXXVI Reunión Ordinaria de COMISCA, como en la XXVIII RESSCAD y enmarcados en la Política Integral de Gestión de Riesgo, Centro de Coordinación para la Prevención de los Desastres Naturales en América Central, CEPREDENAC, a través del acuerdo cooperativo con el Centro para el Control y Prevención de Enfermedades CDC-COMISCA, ha desarrollado una Evaluación sobre la Preparación de los países de la Región ante emergencias de Salud Pública, a partir de la base de protocolos ya validados internacionalmente por la Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud OPS/OMS, CDC y otras instancias internacionales, en la cual, se desarrollan ocho componentes básicos.

Finalidad

Obtener información objetiva y subjetiva sobre la capacidad de planificación, preparación y prácticas actuales ante Emergencias en los Ministerios de Salud, e identificar brechas en estas áreas, con el objetivo de diseñar intervenciones que mejoren las capacidades de planificación y preparación en materia de recursos, bienes y la determinación de amenazas a la salud pública, asignando recursos y apoyo técnico específico, donde las brechas de asesoría quedan identificadas.

Resultados

La alta frecuencia con que se desarrollan eventos que impactan duramente la salud pública de la Región ha hecho posible que las coordinaciones, tanto institucionales, como interinstitucionales, sean fortalecidas; en ese sentido, ha cobrado mucha importancia la elaboración y actualización de los **Planes de preparación**, y las lecciones aprendidas han sido insumos valiosos para la preparación y corrección en eventos de similar envergadura. Asimismo, el **Comando y Control** ha sido establecido y es reconocido institucionalmente, lo cual garantiza la unificación de esfuerzos y efectividad en la ejecución de acciones.

Las funciones específicas y los roles que deben desempeñar los niveles organizacionales se han establecido en la gran mayoría de países. Otro aspecto clave, es la **comunicación**, que se desarrolla utilizando diferentes sistemas y medios: telefonía celular, medios virtuales, entre los más frecuentes y dependiendo de la disponibilidad en las Instituciones de Salud.

En los lugares de más difícil acceso, la comunicación por radio continua siendo la mejor alternativa, sin embargo, se tienen limitaciones que constituyen todo un desafío nacional en cuanto a la infraestructura misma: repetidores, equipos, costes de manutención y entrenamiento del personal, entre las principales.

La **Información pública y Comunicación de riesgo** es uno de los componentes que deben ser fortalecidos, ya que no todos los países cuentan con un Plan elaborado. Además, el personal, principalmente en los niveles locales, requiere mayor capacitación en el tema.

En cuanto a **Logística y Operaciones**, referido a la planificación para la gestión y recepción de materiales, insumos y medicamentos y/o vacunas, en su mayoría se cuenta con los mecanismos para conocer las necesidades nacionales.

En este momento, debido a experiencias pasadas, se están elaborando regulaciones que permitan recibir únicamente las donaciones que respondan de manera efectiva a la emergencia. De acuerdo a lo solicitado, en general, los almacenes nacionales ya tienen contemplado en su plan los mecanismos de recepción, almacenaje, distribución y envío.

En la **Coordinación de la atención médica hospitalaria**, a pesar de las serias limitantes de recursos humanos, en las Instituciones de Salud, en situaciones de emergencia, se cuenta con el plan de redistribución del personal disponible y los posibles apoyos institucionales o de otras instituciones.

En general, el componente de **Capacitación, Ejercicios y Evaluación** se desarrolla, en la medida de lo posible, ya que la evaluación de los planes mediante ejercicios de mesa, simulaciones o simulacros requiere disponer de recursos financieros suficientes, y los países no disponen de ellos.

Finalmente, el componente de **Sistemas de Vigilancia** es el que se encontró con mayor fortaleza, ya que se cuenta con sistemas de alerta locales y la información generada por ellos se analiza constantemente, de modo que éste es el punto de inicio de la respuesta en sus diferentes ámbitos.

Los resultados de esta evaluación, serán analizados en el seno de la Comisión Técnica Regional de Gestión de Riesgos del Sector Salud, que se conformará en el mes de agosto de 2012, y a partir de este análisis se definirán las prioridades Regionales a desarrollar en un plan de trabajo quinquenal.

Secretaría General del Sistema de la Integración Centroamericana
del Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana (COMISCA)

1.1. CANALIZACIÓN DE LA AYUDA INTERNACIONAL PARA ACCIÓN HUMANITARIA

Además de las aportaciones directas de los donantes a las agencias de NN.UU., a través de vía multilateral, el sistema de Naciones Unidas canalizó durante 2011 fondos por valor de 883 millones de dólares por vía multilateral. Se alcanzó así la cifra más elevada desde la puesta en marcha de estos fondos en 2006. Se crearon para facilitar la financiación de las crisis y este tipo de ayuda multilateral supuso un 5,1% del total de la Ayuda humanitaria internacional.

TABAL 5.2 FONDOS COMUNES PARA AH DE NACIONES UNIDAS EN MILLONES DE \$ USA

Ayuda humanitaria	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Total fondos comunes de NNUU	543	679	854	733	855	883
CERF ⁴	259	351	425	397	415	427
CHF ⁵	263	284	297	243	266	356
ERF ⁶	21	44	132	93	172	100

Elaboración propia a partir del Informe Anual de OCHA 2011 e Informe Anual CERF 2011

El CERF (Fondo Central de Respuesta a Emergencias) gestionó 427 millones de dólares, la mayor cantidad desde su creación. Este fondo proporciona una rápida financiación inicial para asistencia de emergencia dirigida a garantizar la supervivencia de las personas afectas. Pero también se emplea para compensar crisis crónicas olvidadas, con frecuencia infrafinanciadas.

También aumentaron los CHFs hasta los 356 millones de dólares. Estos fondos, administrados por PNUD, sirven para hacer frente a las más críticas necesidades humanitarias. En 2011 fueron 5 países afectados por crisis crónicas los que se beneficiaron de esta vía de financiación

Sin embargo los ERFs, con 100 millones de dólares, disminuyeron respecto al año anterior. Son fondos destinados a emergencias que durante el pasado año beneficiaron a 12 países.

Tras 5 años de funcionamiento el Fondo Central de Respuesta a Emergencias sirvió en 2011 para financiar 473 proyectos a través de 11 agencias de Naciones Unidas en 45 países afectados por crisis.

Los mayores contribuyentes a los fondos fueron una vez más el Reino Unido, los países escandinavos y Holanda. Le siguen Canadá, Alemania y Dinamarca. Dentro de los 10 primeros sigue apareciendo España junto a Australia. Se mantiene por parte de la Cooperación Española, aunque en una sustancial menor cuantía, la ayuda multilateral a través de estos fondos de rápida respuesta a las situaciones de emergencia.

Dos tercios del total de los CERFs (283 millones de dólares) se emplearon en financiar la fase de emergencia en crisis agudas. El 66% de estos fondos se destinó a África Subsahariana, fundamentalmente a la crisis alimentaria que afectó al Cuerno de África, pero también a Sudan y Costa de Marfil. Asia recibió el 19% de estos fondos

4. En 2005 la Asamblea de la ONU creó el Fondo Central de Respuesta a Emergencias (CERF) y ha servido para asegurar la financiación rápida de las intervenciones humanitarias en emergencias.

5. Fondos Comunes Humanitarios

6. Fondos de respuesta de Emergencias

En consonancia con el destino por regiones de los diez países mayores receptores de fondos CERFs, ocho son africanos. Todos ellos afectados por conflictos crónicos que ocasionan crisis complejas. Los otros dos son países asiáticos, Pakistán que experimenta una importante violencia en su frontera con Afganistán pero que recibe apoyo en parte por facilitar las acciones de la OTAN en el país vecino, y Sri Lanka, para estabilizar el norte del país en situación de postconflicto.

TABLA 5.4 10 PRINCIPALES DESTINATARIOS DE FONDOS CERF EN 2011

País	Monto en dólares	%
Somalia	52,953,336	12,4
Etiopía	46,475,653	10,9
Pakistán	32,370.901	7,6
Sur Sudan	22,766,954	5,3
Kenia	22,683,472	5,3
Chad	22,553,084	5,3
República de Sudán	18,321,205	4,3
Costa de Marfil	16,324,871	3,8
Sri Lanka	16,082,778	3,7
Níger	15,736,845	3,7

Fuente Informe anual CERF 2011

La distribución por sectores de los CERFs fue similar a años previos. Se concentró en el sector de la alimentación con el 23% de los fondos, seguido por la salud y la nutrición, cada uno con el 14% de los fondos. Estos 3 sectores suman 220 millones de dólares, más del 50% del total acorde con las necesidades alimentarias y de salud más acuciantes, en respuesta a las crisis del Cuerno de África y Sahel. Le sigue en cuarto lugar la financiación de proyectos multisectoriales y en quinto lugar la agricultura. El resto se reparte un 9,6% para agua y saneamiento y un 6,2% en ayuda destinada a protección de la población. Un 3% de los CERF se destinó a financiar los servicios de coordinación en emergencias, y más residualmente están las partidas destinadas a educación y gestión de los campos de refugiados.

TABLA 5.5 DESTINO DE LOS CERFS POR SECTORES

Sector	Monto en dólares	%
Alimentación	98,458,992	23,06
Salud	61,084,483	14,31
Nutrición	60,832,049	14,25
Multisector	52,550,546	12,31
Agricultura	42,440,408	9,94
Agua, saneamiento e higiene	41,331,318	9,68
Alojamiento y material fungible	26,640,587	6,24
Protección	19,441,635	4,55
Coordinación y servicios de apoyo	12,592,588	2,95
Educación	6,316,473	1,48
Gestión de campos de refugiados	4,942,991	1,16

Fuente: Elaboración propia a partir del Informe anual de CERF 2011

La mayoría de los cerca de 500 proyectos financiados, fueron ejecutados por agencias de NN.UU., y menos del 10% por la Federación Internacional de la Cruz Roja y la Media Luna Roja y por unas cuantas ONGs. Como en años previos, 3 agencias de NN.UU. acaparan dos terceras partes de los fondos: PMA, UNICEF y ACNUR.

TABLA 5.6 DESTINO DE LOS CERFS POR AGENCIAS DE NNUU

Agencia de NNUU	%
PMA	29,73
UNICEF	25,72
ACNUR	11,81
OMS	9,32
FAO	9,27
OIM	9,05
FNUAP	2,51
PNUD	1,12
HABITAT-NNUU	0,69
OPS	0,46
UNRWA	0,23

Fuente: Elaboración propia a partir del Informe anual de CERF 2011

Destaca como agencia líder el PMA, que con 127 millones de dólares acaparó el 30% del total de los fondos debido a las prominentes emergencias alimentarias durante 2011. UNICEF con 109 millones de dólares, lo que supone el 25% de los fondos, ejecutó 130 proyectos en 38 países. ACNUR, con el 11,8% de los fondos, dio apoyo a los casi 44 millones de desplazados en el planeta. Tres agencias más, que ejecutaron cada una el 9% de los fondos, OMS, FAO y OIM tuvieron un papel relevante en las intervenciones de emergencia. El resto de agencias, actores necesarios en las emergencias, pero con menor cuota de financiación a través de estos fondos, completan el total de las 11 agencias que ejecutaron esta modalidad de fondos en el terreno.

2. ACCIÓN HUMANITARIA DE LA COOPERACIÓN ESPAÑOLA EN 2011

Tras contextualizar la situación humanitaria en el mundo y la respuesta humanitaria internacional, antes de pasar a desarrollar la respuesta de la Cooperación Española a las necesidades humanitarias mundiales en 2011, vamos a describir el marco normativo de la Acción Humanitaria española.

2.1. EL MARCO NORMATIVO DE LA ACCIÓN HUMANITARIA Y SU RECEPCIÓN EN ESPAÑA

Actualmente la Ley Española de Cooperación Internacional de 1998 (Ley 23/1998) y la Ley de Defensa Nacional de 2005 constituyen la base jurídica existente en España en materia de cooperación, seguridad y defensa. Sobre esa base, el Plan Anual de Cooperación Internacional (PACI) de 2011 incorpora criterios más claros que en años anteriores sobre la actuación en el ámbito de la acción humanitaria y de asignación de los fondos gestionados por el Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación (MAEC)⁷. España está en proceso de aprobación de una nueva ley que reemplazará a la ley 23/1998 con el objetivo de modernizar sustancialmente su sistema de ayuda internacional, en especial la coordinación entre los actores españoles (ECD Política 2010).

Históricamente la Cooperación Española ha incorporado en los diversos Planes Directores la acción humanitaria como un contenido temático importante. Se aprobó en el año 2008 el **Documento de Estrategia Sectorial de Acción Humanitaria (DES AH)** que establece las bases doctrinales, los objetivos generales y específicos y las líneas estratégicas fundamentales de la acción humanitaria española, que fueron incorporadas al III Plan Director. El DES AH fue elaborado en línea con los acuerdos

7. La respuesta española a emergencias y crisis en el exterior: Propuestas de las reuniones de trabajo organizadas por Intermón Oxfam y el IECAH

internacionales en la materia y, muy especialmente, con los **Principios y Buenas Prácticas de la Buena Donación Humanitaria (GHD en inglés)** a los que España se adhirió en el año 2004. Al mismo tiempo, se ha producido un fortalecimiento de los aspectos organizativos e institucionales y la **creación⁸ de la Oficina de Acción Humanitaria (OAH)** en el seno de la AECID es buena muestra de ello⁹.

La acción humanitaria española cuenta hoy con bases doctrinales sólidas (estratégicas e institucionales) para abordar el futuro con seriedad. Muchos de estos avances han sido reconocidos de forma muy positiva en los dos últimos “Exámenes” del CAD (Comité de Ayuda al Desarrollo) que incorporan un apartado dedicado a la asistencia humanitaria. España es un donante humanitario reconocido en el escenario internacional. De hecho, la AECID cuenta con un total de 50 Oficinas Técnicas de Cooperación y Centros de Formación en países beneficiarios¹⁰.

Sin embargo, algunas debilidades y problemas persisten: cuestiones vinculadas con el aprendizaje y la evaluación, con la coordinación de la respuesta estatal e internacional, con la falta de predictibilidad y estabilidad de los fondos, con la relación con otros instrumentos y ámbitos de cooperación y acción exterior, con la adecuada inserción de lo humanitario en el conjunto de la ayuda española y con la insuficiencia de criterios claros de carácter humanitario para las decisiones de financiación.

2.2. ESPAÑA EN EL MUNDO

Adhesión a los GHD:

España, como miembro del OCDE CAD que ha firmado los Principios de Buena Donación Humanitaria¹¹ (GHD) en el 2004, pone en relieve su compromiso por respetar los grandes principios humanitarios: neutralidad, imparcialidad, rendición de cuentas, flexibilidad, responsabilidad, etc. Igualmente ya ha incorporado los principios del GHD en su marco humanitario, aunque resulta complicado poder evaluar en qué medida se respeta y se toman en cuenta los GHD ya que se tratan de indicadores cualitativos. Según un análisis independiente¹², España tiene ahora una capacidad limitada para implicarse con el sistema humanitario en el terreno, aunque demuestra una aspiración a desempeñar un papel más relevante en el sector. España obtuvo buenos resultados en indicadores como Financiación a emergencias vulnerables y olvidadas así como Financiación a tiempo a emergencias complejas, pero tiene mucho que

8. Real Decreto 1403/2007

9. La acción humanitaria en 2010-2011: crisis sobre crisis (IECAH)

10. AECID 2011a

11. <http://www.goodhumanitariandonorship.org/gns/principles-good-practice-ghd/overview.aspx>

12. DARA Humanitarian Response Index 2011, Perfil Donante España

mejorar en indicadores como Reducción de la vulnerabilidad climática, Financiación de mecanismos internacionales de mitigación del riesgo o implementación de recomendaciones de evaluaciones.

El proceso de “Reforma Humanitaria” de 2005:

Esta reforma, dirigida a mejorar la coordinación de los actores humanitarios, ha contribuido a fortalecer la respuesta humanitaria global, pero en crisis de gran magnitud, como el terremoto de Haití, muestra ciertas debilidades. En otras situaciones, el “sistema humanitario” ha mostrado su utilidad y grandes avances, tanto en los mecanismos de financiación, como el CERF (Fondo Central de Respuesta a Emergencias) o el CAP (Proceso de Llamamientos Consolidados), como en el enfoque de grupo sectorial (Cluster Approach), otro gran elemento de la Reforma. España, en este proceso de reforma, ha ido aumentando sus contribuciones a los mecanismos de financiación humanitaria multilateral de fondos comunes de NN.UU. hasta el año 2010, fecha a partir de la cual ha ido disminuyendo su aportación de forma considerable. El riesgo de no apoyar con determinación estos mecanismos y foros es grande.

2.3. ESPAÑA EN EUROPA - EL “EU CONSENSUS”

Meses antes del inicio de la Presidencia española de la UE, en enero de 2010, parecía que la acción humanitaria iba a tener una gran trascendencia en general y también en el ámbito de la cooperación. Así, el PACI 2010 recogía un capítulo específico donde se incluía lo siguiente: “En cuanto a la ayuda humanitaria, la Presidencia Española trabajará para fortalecer y mejorar la coordinación, hacer frente a los retos de acceso a los afectados por las crisis humanitarias y su protección, y en general para preservar el espacio humanitario. Apoyará los esfuerzos de respeto y cumplimiento del Derecho Internacional Humanitario y prestará especial atención a los aspectos de calidad de la ayuda y apoyo a los actores humanitarios de la sociedad civil.” El hecho es que tras esas voluntades no hay datos claros en cuanto a si se produjeron mejoras. Respecto al resto de cuestiones, como el Consenso Europeo de Ayuda Humanitaria, no se produjeron avances significativos.

En este marco normativo descrito de la Acción Humanitaria Española, hemos visto como en los últimos años la Acción Humanitaria se había consolidado con un peso propio en el ámbito internacional, donde España había figurado entre los 10 mayores donantes¹³; pero, como ha ocurrido con el resto de la cooperación, observamos que ahora, por 2º año consecutivo, se ha visto disminuida la contribución financiera. En

13. Según datos FTS NNUU

2011, año en el que la partida presupuestada ascendía a 337,4 millones de €, la ejecución final fue de 307,1 millones de €, lo que supone una notable reducción del 13,7% con respecto al año previo y una alarmante disminución del 40% con respecto a 2009.

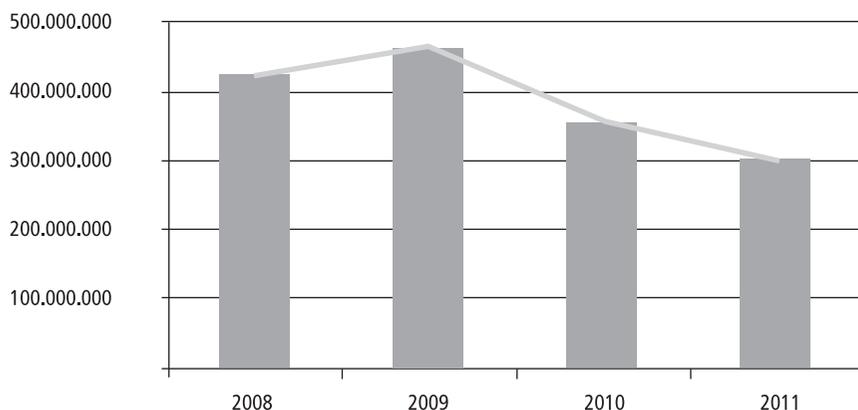
TABLA 5.7 TOTAL DE LA AOD ESPAÑOLA DESTINADA A ACCIÓN HUMANITARIA

	2008	2009	2010	2011
AOD total	424.000.000	465.036.825	356.098.868	307.108.894

Fuente: elaboración propia a partir de datos SGCID

En el gráfico se aprecia una injustificada tendencia en la reducción de los fondos totales dedicados a AH en tiempos en los que un tercio de las necesidades mundiales de ayuda humanitaria están sin cubrir, lo que denota el menor interés de la cooperación española por financiar la ayuda a situaciones de crisis humanitarias

GRÁFICO 5.2 EVOLUCIÓN DE LA AOD ESPAÑOLA DESTINADA A ACCIÓN HUMANITARIA



Fuente: elaboración propia a partir de datos SGCID

Desglosando el total de la Ayuda Humanitaria, se aprecia una reducción en las tres vías de financiación, aunque la vía multilateral es la que experimenta el mayor descenso con 28 millones de €; La vía multilateral es la que menos recorte ha sufrido, de manera que incrementa su peso relativo, lo que puede interpretarse como una apuesta por el multilateralismo.

TABLA 5.8 DESGLOSE LA AOD ESPAÑOLA DESTINADA A ACCIÓN HUMANITARIA

	2010	2011	Variación 10/11
Bilateral	86.429.959	75.736.605	-10.693.354
Multilateral	123.900.685	95.485.688	-28.414.997
Multilateral	145.768.223	135.886.601	-9.881.622
TOTAL	356.098.868	307.108.894	-48.989.974

Fuente: elaboración propia a partir de datos SGCID

La Acción Humanitaria pretende diferenciarse en el ámbito de la Cooperación Española. Pero a pesar de contar con estructura propia dentro de la AECID, la continua disminución de recursos está limitando en gran medida esta aspiración.

2.4. LA DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA

El mayor porcentaje de AH se ha dirigido a África Subsahariana, con un 43% de la AH. Se aprecia una variación positiva importante con respecto al año anterior de 11 puntos, acorde con las mayores necesidades en el continente. En esta región, la crisis del cuerno de África ha aglutinado fondos para afrontar las necesidades de 12 millones de personas. Debemos recordar que ha sido una de las mayores crisis alimentarias en los últimos años a la que la cooperación española, al igual que la comunidad internacional, respondió tarde a pesar de las advertencias que se hicieron sobre sus consecuencias y a la que se aportaron menos recursos de los precisos, dada la dimensión de la misma. De igual manera se han continuado financiando los complejos conflictos estancados en Centro África que provocan millones de personas desplazadas con alto sufrimiento para la población.

En segundo lugar se ha situado Asia en su conjunto, con un 16,3% de los fondos. Acapara la ayuda Pakistán en situación de post-desastre, con 12,3 millones de € y su vecino Afganistán, inmerso en un conflicto crónico, con 16,1 millones de €. Entre ambos suman el 9% del total de la ayuda. Otros países asiáticos receptores de la ayuda fueron India y Nepal, con cerca de 1 millón de € cada uno.

Centroamérica ha sido el tercer receptor, con casi un 11% de los fondos y con Haití como destino de la mayor parte de la ayuda en el año posterior al desastre, en un escenario donde ha hecho su aparición la epidemia de cólera.

TABLA 5.9 DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA POR REGIONES DE LA AH ESPAÑOLA EN 2011

	2010	2011
África del Norte	5.206.369	16.077.684
África Subsahariana	117.102.637	133.071.273
África, no especificado	580.000	1.224.063
América Central	84.861.393	33.109.087
América Latina, no especificado	233.719	248.700
América del Sur	4.043.191	-634.164
Asia, no especificado	15.240	58.476
Asia Central	25.820.902	19.675.519
Asia del Sur	36.904.443	22.005.032
Asia Oriental	12.927.530	8.315.012
Europa	1.695.066	1.967.854
Oceanía	532.817	6.651.063
Oriente Medio	35.314.164	14.740.659
PVD no especificado	30.861.396	50.598.636
TOTAL	356.098.868	307.110.905

Fuente: elaboración propia a partir de datos SGCID

El 5,2% de los fondos de la ayuda tuvo como destino a los países del Norte de África que se vieron afectados durante 2011 por protestas populares. En varios de estos países la represión de las protestas derivó en una gran violencia que afectó a comunidades enfrentadas por el poder político. Especialmente en Libia, Siria y Yemen estos conflictos tuvieron un importante impacto humanitario.

Queda relegado en el destino de los fondos Oriente Medio, donde se ha producido un llamativo descenso del 58% respecto al año anterior. Un importante recorte en una partida presupuestaria destinada a paliar las consecuencias humanitarias de los conflictos activos en la región. Por un lado, el dilatado conflicto palestino israelí con un importante impacto humanitario en los TPO¹⁴ y en la Franja de Gaza; por otro y en menor escala, el conflicto mantenido en el tiempo en Líbano.

14. Territorios Palestinos Ocupados

Entre los países que mayor ayuda reciben figuran un grupo de África Subsahariana afectados por conflictos crónicos (Sudán; RD del Congo) al igual que Afganistán en centro Asia. Este último país está inmerso en un conflicto crónico con recrudecimiento periódico de la violencia, pero, a su vez, generosamente financiado por los países occidentales con tropas en el terreno. También podemos destacar la situación de los países del Cuerno de África afectados por la hambruna (Somalia, Etiopía, Kenia), al igual que El Chad y Níger en el Sahel.

Haití y Pakistán figuran en situación de post-desastre. En el país caribeño, un año después del terremoto, continúa gran parte de la ayuda destinada a la asistencia de emergencia, con gran demora en la rehabilitación. Muestra de ello es que a finales de año en torno a medio millón de personas aún permanecían en campos de damnificados. En el caso del país asiático, tras las inundaciones, la ayuda se ha visto complementada con fondos destinados a compensar el impacto de la intensa violencia en su frontera con Afganistán.

Entre los países que reciben ayuda también aparecen aquellos afectados por conflictos crónicos con más de 60 años de existencia, como los Territorios Palestinos o Colombia con 4,6 millones de € cada uno, o la población Saharaui, inmersa también en otro de los conflictos crónicos, apoyado a través de la Acción Humanitaria sostenida.

Algunos países del norte de África como Libia, donde las protestas populares acabaron en enfrentamientos violentos frente al régimen, también figuran como receptores destacados de ayuda humanitaria.

TABLA 5.10 DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA POR PAÍSES DE LA AH ESPAÑOLA EN 2011

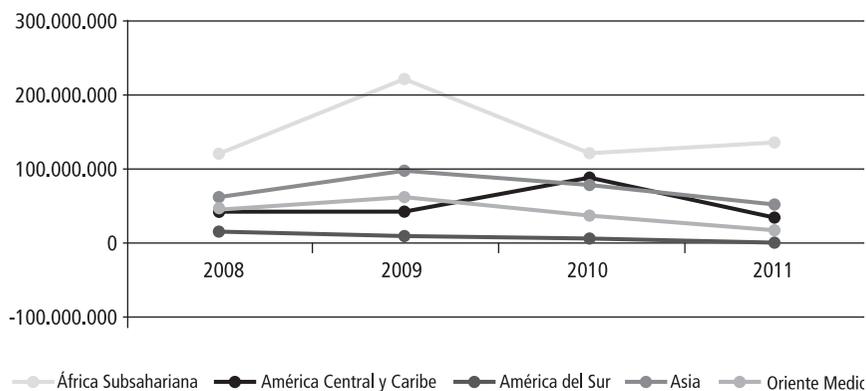
PAÍS	2011
SUDÁN	24.011.854
HAITÍ	21.010.951
AFGANISTÁN	16.095.876
SOMALIA	15.998.002
CONGO, REP. DEM.	15.552.372
ETIOPÍA	13.915.096
PAKISTÁN	12.358.557
NÍGER	11.512.274
KENIA	11.241.011
CHAD	10.514.181
SAHARAUI, POBLACIÓN	7.882.742
LIBIA	6.307.401

Fuente: elaboración propia a partir de datos SGCID

La distribución de la ayuda por regiones y países resulta, globalmente, coherente en gran medida con las necesidades humanitarias generadas por las múltiples crisis crónicas, muchas de ellas, como las que afectan a África subsahariana, de gran complejidad. También resulta adecuada la respuesta a situación de post-desastre en zonas de bajo desarrollo. Sin embargo, en este año la respuesta a crisis agudas como la que afectó al Cuerno de África, al igual que otros donantes internacionales, no se llevó a cabo con la celeridad adecuada ni con los recursos necesarios para prevenir miles de muertes evitables.

En el análisis de la evolución por destino geográfico, se mantiene la tendencia iniciada en 2008 de dirigir la mayor cuantía de la AH a África Subsahariana, sin duda la región del planeta más castigada por las crisis humanitarias y con menor capacidad de respuesta interna. De forma acertada se guarda un equilibrio en el destino de la financiación en función de repetidos desastres naturales en regiones vulnerables, crisis emergentes o reagudizaciones de conflictos mantenidos en el tiempo.

GRÁFICO 5.3 EVOLUCIÓN DE LOS FONDOS DE AYUDA HUMANITARIA ESPAÑOLA POR REGIONES DE DESTINO



Fuente: elaboración propia a partir de datos SGCID

Médicos del Mundo en Haití se ha activado y ha puesto en marcha una acción de respuesta frente al brote de cólera en la región Oeste, en la comuna de Petit Goave, antes de que el primer caso de cólera fuera confirmado. De esta manera, además de orientar la acción al tratamiento de casos (se organizaron unidades de tratamiento de cólera UTC y Centro de Tratamiento CTC), una vez que la epidemia empezaba a tener una incidencia importante, se ha podido trabajar en la sensibilización y preparación, considerado que hasta entonces el cólera estaba confinado en el territorio insular de América y que por lo tanto la población haitiana, así como las autoridades de salud, desconocían su origen así como el tratamiento de la enfermedad. El tiempo de preparación fue vital para la respuesta y coordinación efectiva.

Los principales factores de éxito en nuestra estrategia de respuesta han sido básicamente:

- Haber impulsado nuestro papel como actor de sensibilización en áreas rurales así como en el marco del cluster de salud, continuando durante toda la duración de la epidemia los esfuerzos de prevención, promoción y comunicación para reforzar las prácticas de higiene, consumo de agua y alimentos seguros y en actividades ligadas a las organizaciones de base comunitarias, con enfoque intercultural e intersectorial, tomando en cuenta determinantes culturales, sociales y de salud. La práctica nos ha demostrado que se debe seguir propiciando la participación de los actores locales en la planificación de las acciones, estrategia esta que permite empoderar a las personas generando mayor compromiso en las acciones locales y comunitarias.
- Haber abogado por el refuerzo de la coordinación inter-institucional y sus mecanismos de articulación. En todos estos espacios de trabajo interinstitucionales de cooperación se establecieron responsabilidades y tareas a desarrollar entre actores wash¹⁵, actores de salud, red de voluntarios, actores institucionales y otros actores de cooperación)
- Dedicar recursos en aras de la mejora del sistema de información sanitaria y de alerta epidemiológico
- Fortalecer el componente de participación comunitaria a lo largo de toda la intervención (comités de salud, CASEC, grupos de padres de alumnos, organizaciones de bases, etc.), prestando especial atención a los grupos vulnerables. Muy importante ha sido la educación y prevención de la salud en las escuelas con el compromiso de los profesores y alumnos, así como el rol de las mujeres como agentes de cambio en su hogar y su comunidad
- Establecer contactos también con la red de medicina privada
- Diseñar un plan de salida, que si bien entre dificultades, ha podido contemplar la preparación de RR.HH. del nivel institucional junto con la elaboración de una planificación de contingencia de cara a futuros rebrotes para mejorar la previsibilidad y efectividad, conociendo qué se tiene, qué se necesita, cómo deben ser organizado los recursos, estableciendo dónde son más útiles y en qué momento más oportunos.

Finalmente destacar que en la estrategia de respuesta hubo una atención especial a las áreas vulnerables rurales en las cuales fue posible poner en marcha una búsqueda activa de casos entre todos los actores articulados en el cluster. En este sentido, y por primera vez desde el terremoto, se puso en marcha una articulación y coordinación provechosa entre los actores de cooperación internacional, aunque en un nivel más descentralizado

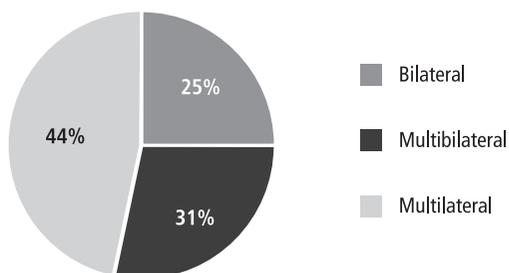
Luca Beltrame

Responsable de Emergencias de MDM

2.5. LA CANALIZACIÓN DE FONDOS

La canalización de los fondos muestra una apuesta por la vía multilateral con el 44% del total. Le sigue la vía multilateral con el 31% en la que el donante decide el destino de los fondos, al igual que en la bilateral, que supuso una cuarta parte del total de la ayuda. En los siguientes apartados se analizan con más detalle las diferentes vías de canalización de la ayuda humanitaria.

GRÁFICO 5.4 CANALIZACIÓN DE AOD ESPAÑOLA EN ACCIÓN HUMANITARIA



Fuente: elaboración propia a partir de datos SGCID

2.5.1 La ayuda humanitaria bilateral

Los fondos gestionados por vía bilateral ascendieron a 75,7 millones de €, lo que supone una cuarta parte de la Ayuda Humanitaria española en 2011, un peso relativo similar a 2010, y que supone una estabilización en la apuesta por esta vía de canalización de fondos por parte de la cooperación española.

Es de valorar que en esta partida presupuestaria no aparezcan fondos reembolsables como instrumento de financiación de la AH, manteniéndose, por tanto, un año más el compromiso de la cooperación española en no utilizar este instrumento de financiación en este ámbito.

TABLA 5.11 AOD ESPAÑOLA BILATERAL PARA ACCIÓN HUMANITARIA EN 2010 Y 2011, POR VÍAS DE CANALIZACIÓN EN EUROS

Organizaciones canalizadoras de la ayuda	2010	2011
Entidades públicas del país donante	18.581.759 €	16.385.598
Entidades públicas del país socio	3.430.396 €	6.348.603
ONGD internacionales	16.945.330 €	22.905.613
ONGD del país donante	44.943.934 €	33.397.946
ONGD del país socio	200.000 €	948.542
Otras ENL del país donante	32.693 €	1.527.700
Otras ENL del país socio	77.081 €	1.757.597
Universidades públicas del país donante	101.901 €	598.384
Otras entidades	1.833.478 €	-8.133.377
Entidades con ánimo de lucro del país donante	283.387 €	
TOTAL	86.429.959 €	75.736.605

Fuente: elaboración propia a partir de datos SGCID

Directamente con gobiernos de países receptores, incluyendo agencias intergubernamentales, se canalizó el 3,5% del total de ayuda humanitaria, y en esta línea es resaltable el incremento, en prácticamente al doble, de los fondos canalizados a través de entidades públicas del país socio, lo que supone una buena política para fortalecer la capacidad de respuesta humanitaria del sector público del país afectado por la crisis.

Por otro lado, según los datos proporcionados por SGCID se canalizaron 33 millones de € a través de ONG españolas. Llama la atención que en 2011 se produjese un recorte de más del 25% en los fondos asignados a ONG españolas para intervenciones de Acción Humanitaria, al tiempo que se observa un incremento del 35% en la financiación a través de ONG Internacionales.

De igual forma llama la atención la exigua aportación a ONG locales en el país receptor de la ayuda, con tan solo 948.542 €. Sería deseable canalizar una partida mayor de fondos a través de las organizaciones de la sociedad civil del país socio en cuanto a intervenciones de Acción Humanitaria en su propio entorno, bien directamente o a través de consorcios con ONG españolas.

2.5.2 La ayuda humanitaria multibilateral

En el caso de la ayuda multilateral se mantiene la tendencia a canalizar la mayoría de los fondos a través del sistema de NN.UU. y menos del 10% a través del Banco

Mundial. El donante con este sistema decide el destino de la ayuda, por lo que la Cooperación Española debería dirigir en parte su aportación a paliar las necesidades humanitarias generadas por conflictos crónicos olvidados, esto permitiría a la Cooperación Española y UNOCHA predecir con más exactitud hacia dónde van a dirigir su ayuda. Con un enfoque plurianual se evitarían fluctuaciones en la asignación de las partidas destinadas a estas crisis infrafinanciadas con necesidades prácticamente establecidas y consolidadas

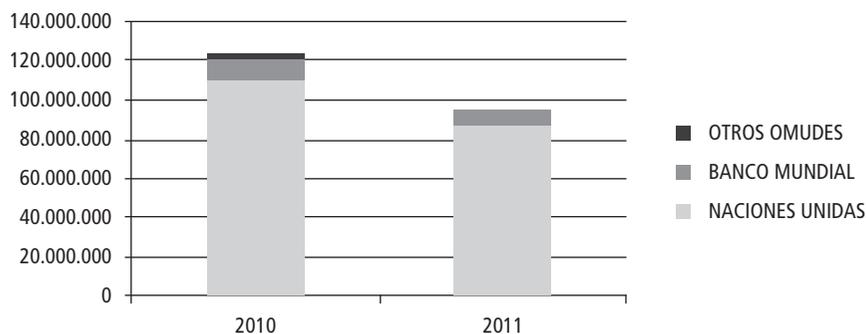
TABLA 5.12 AOD ESPAÑOLA MULTIBILATERAL PARA ACCIÓN HUMANITARIA EN €, DURANTE 2010 Y 2011, POR VÍAS DE CANALIZACIÓN

ORGANISMOS	2010		2011	
	AOD	%	AOD	%
Naciones Unidas	110.697.190	89%	87.229.502 €	91%
Unión Europea	9.852.217	8%	8.256.186 €	9%
Otros OMUDES	3.351.279	3%		
TOTAL	120.549.407		95.485.688 €	

Fuente: elaboración propia a partir de datos SGCID

En el grafico comparativo se aprecia claramente la reducción de la partida multilateral, aunque se guarda el equilibrio relativo del destino de los fondos a las agencias de Naciones Unidas.

GRÁFICO 5.5 COMPARATIVA AOD ESPAÑOLA MULTIBILATERAL PARA ACCIÓN HUMANITARIA EN €, DURANTE 2010 Y 2011, POR VÍAS DE CANALIZACIÓN



Fuente: elaboración propia a partir de datos SGCID

2.5.3 La ayuda humanitaria multilateral

Los fondos canalizados por vía multilateral alcanzaron los 135,9 millones de €, equivalente al 44,2% del total de la Ayuda Humanitaria española, lo que supone un crecimiento relativo de 3 puntos respecto a 2010. Se consolida así la tendencia de los últimos años de aumento del peso relativo de la acción humanitaria multilateral. La gestión por parte de organismos internacionales, como UNOCHA o ECHO, de estos fondos permite asignarlos con criterios técnicos, de forma coordinada y en función de necesidades. Se garantiza una financiación proporcional a las crisis agudas, crónicas o recurrentes. También permite a estos organismos de coordinación realizar previsiones para las crisis mantenidas en el tiempo como en los TPO, Colombia o la población Saharaui. Estos gestores internacionales colocan los fondos en Agencias de NN.UU., CICR, FICMR, o, en menor medida, en ONG humanitarias que son quienes, en último término implementan la Acción Humanitaria.

TABLA 5.13 AOD ESPAÑOLA MULTILATERAL PARA ACCIÓN HUMANITARIA EN EUROS, DURANTE 2010 Y 2011, POR VÍAS DE CANALIZACIÓN

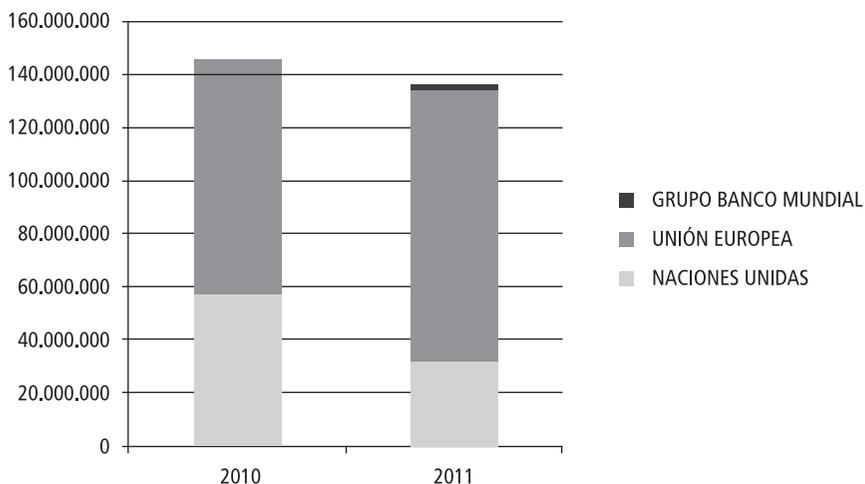
ORGANISMOS	2010		2011	
	AOD	%	AOD	%
NACIONES UNIDAS	57.550.265	39,48%	31.811.375	23,41%
UNION EUROPEA	88.205.991	60,51%	102.227.865	75,23%
GRUPO BANCO MUNDIAL	11.967	0,01%	1.847.362	1,36%
TOTAL	145.768.223		135.886.601	

Fuente: elaboración propia a partir de datos SGCID

En este ejercicio se aprecia un incremento relativo de la partida canalizada a través de la UE¹⁷, que alcanza el 75% del total de la multilateral, mientras que no llega a una cuarta parte la colocada a través del sistema de NN.UU. Si bien una gran parte de la multilateral está destinada a cumplir con los compromisos de cuotas obligatorias en organismos internacionales, otra parte son contribuciones voluntarias.

17. Comisión Europea, cooperación al desarrollo y al Fondo de Desarrollo

GRÁFICO 5.6 AOD ESPAÑOLA MULTILATERAL PARA ACCIÓN HUMANITARIA EN €, DURANTE 2010 Y 2011, POR VÍAS DE CANALIZACIÓN



Fuente: elaboración propia a partir de datos SGCID

Sumando la ayuda canalizada a través de la vía multilateral y la multilateral, la cooperación española destinó en torno al 70% de los fondos para AH a través del sistema de NN.UU. Se cumplieron así las previsiones plasmadas en el PACI¹⁸ 2011. Destacan el PMA, UNICEF, ACNUR, UNRWA, OMS y FAO como las agencias de NN.UU. más financiadas.

TABLA 5.14 CANALIZACIÓN A TRAVÉS DE AGENCIAS DE NNUU

Agencia de NNUU	Financiación en \$USA
Plan Mundial de Alimentos	59.605.979
UNICEF	50.434.045
ACNUR	27.230.056
UNRWA	13.156.991
OMS	11.145.216
FAO	6.863.849
GFDRR (Global Facility for Disaster Risk Reduction)	4.148.784

Fuente: Financial Tracking Service de Naciones Unidas.

18. PACI: Plan Anual de la Cooperación Española

La contribución a los fondos CERF¹⁹ cae a la mitad de los financiados en 2010. Supone un drástico recorte a una aportación mantenida desde la creación de los fondos que situaba a España como el quinto mayor contribuyente al CERF. Estos fondos, gestionados por UNOCHA²⁰, se han demostrado claves durante sus 6 años de existencia para desarrollar una respuesta a tiempo a las catástrofes naturales y al recrudecimiento de conflictos. Por otra parte, se mantiene la financiación a la propia estructura de UNOCHA, organismo clave para la coordinación de las Agencias de NN.UU., pero también extensible al resto de actores que intervienen en las emergencias.

TABLA 5.15 CANALIZACIÓN A TRAVÉS DEL SISTEMA DE NNUU

Sistema de financiación de NNUU	Financiación en \$USA
CERF	20.091.000
CHF	16.111.200
ERF	2.826.172
OCHA	5.706.474

Fuente: Financial Tracking Service de Naciones Unidas.

Además se aportaron 22,2 millones de dólares al CICR²¹ como organismo independiente que ejerce su función de actor humanitario principalmente en las zonas en conflicto activo, donde cada vez con más frecuencia es el único actor humanitario autorizado a intervenir, como ocurre ahora mismo en Siria donde no se está permitiendo a las organizaciones humanitarias independientes atender a la población víctima, y donde tan solo el CICR está siendo autorizado. En el pasado reciente aparece el caso de Sri Lanka donde en los territorios liberados por la guerrilla Tamil, igualmente el CICR era el único agente autorizado para llevar a cabo tareas de AH.

2.6. LA AYUDA HUMANITARIA POR SECTORES

Analizando la distribución sectorial de la ayuda, destaca la partida destinada a seguridad alimentaria. Se trata de dar respuesta a condiciones de inseguridad alimentaria que desde 2008 afectan a varios países africanos cuya población se mantiene en situa-

19. CERF: Fondo Central de Respuesta a Emergencias destinados a las intervenciones de emergencia y gestionados por OCHA.

20. UNOCHA: Oficina de NNUU para la Coordinación de la Ayuda Humanitaria

21. CICR: Comité Internacional de la Cruz Roja. Organismo Independiente de instituciones gubernamentales y del sistema de NNUU

ción de desnutrición crónica. En varias de estas regiones, como en el Cuerno de África y Sahel, los conflictos armados hacen que la situación evolucione rápidamente hacia la desnutrición aguda. Además, como ya hemos señalado, durante 2011 se ha producido un repunte en el precio de los alimentos básicos que ha venido a agravar la situación.

La segunda partida en orden de cuantía, con casi 26 millones de dólares, es la destinada a salud. Supone un 9,5% en la distribución por sectores, en consonancia con las necesidades de las poblaciones afectadas por crisis humanitarias. La salud es un aspecto clave para la supervivencia de las poblaciones que ya cuentan con indicadores negativos de salud provocados por el contexto de bajo desarrollo en el que viven y por estar afectas de una gran vulnerabilidad.

TABLA 5.16 COLOCACIÓN DE FONDOS POR SECTORES

Sector	Cantidad en \$USA
Alimentación	57.610.772
Salud	25.921.440
Coordinación y servicios de apoyo	15.490.202
Alojamiento y fungibles	6.880.556
Agricultura	6.863.849
Protección	6.773.887
Multisector	5.598.609
Educación	4.914.242
Agua y saneamiento	4.358.559
Sector sin especificar	134.489.803

Fuente: FTS NNUU

La cooperación española destina una importante partida a tareas de coordinación de la AH, coordinación que, en el plano internacional, se realiza a través de la financiación de la Oficina de Coordinación de la AH de NN.UU. (UNOCHA). Es un aspecto destacable de cara al protagonismo que esta institución debe tener tanto a nivel institucional como en el terreno, ya que la coordinación de la AH es un aspecto clave que redundará en una mayor eficacia de la misma. Todas las organizaciones humanitarias somos conscientes de lo necesaria que es esta tarea en situaciones de grandes catástrofes donde se concentran gran número de actores humanitarios, pero su papel, además, es también importante en el plano institucional para preservar el equilibrio que deben guardar en sus intervenciones las Agencias de NN.UU. Éstas, en muchas

ocasiones, compiten por la captación de fondos y por el liderazgo en el terreno, lo que obliga a la existencia de una entidad de coordinación que como UNOCHA garantice una asignación proporcionada de los fondos disponibles.

La propia cooperación española presenta una financiación de la Acción Humanitaria bastante fragmentada y la coordinación por tanto es crucial. Esta afecta a las diferentes administraciones del Estado y de la ayuda humanitaria descentralizada. La función operativa de coordinación la realiza la Oficina de Acción Humanitaria que cada año mejora en esta tarea con un resultado global satisfactorio.

La importante partida sin especificar marca las diferencias con la información proporcionada por la SGCID que, por otra parte, se contabiliza según sectores CRS – CAD de forma distinta a como lo hace el Financial Tracking Service de Naciones Unidas.

Si se analiza el reparto de la AH por sectores CRS durante 2011, se aprecia como casi la mitad de la ayuda se utilizó en la asistencia a las emergencias, seguida por los fondos destinados a programas de ayuda alimentaria a poblaciones en situación de crisis, que supone una cuarta parte. El resto de sectores se reparte el 25% restante de los fondos.

TABLA 5.17 COLOCACIÓN DE FONDOS POR SECTORES

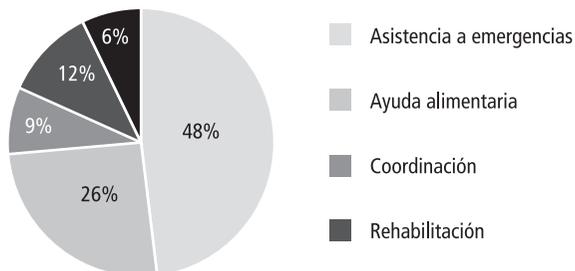
	Bilateral	Multilateral	Multilateral	TOTAL
Ayuda y servicios materiales de emergencia	39.532.228	33.843.002	72.577.754	145.952.984
Ayuda alimentaria de emergencia	5.462.966	35.178.490	39.804.133	80.445.588
Coordinación de los servicios de protección de la ayuda	7.356.022	14.193.900	4.576.010	26.125.932
Ayuda a la reconstrucción y rehabilitación	13.775.705	10.256.186	11.592.217	35.624.109
Prevención de desastres	9.609.684	2.014.110	7.336.487	18.960.281
TOTAL	75.736.605	95.485.688	135.886.601	307.108.894

Fuente: elaboración propia a partir de datos SGCID

Se cumplen de esta forma las previsiones establecidas en el PACI de destinar a la respuesta a las crisis el 50% de la ayuda. Acorde con el prioritario objetivo de proporcionar la ayuda y servicios básicos a la población que sufre una crisis. Sin embargo, no se cumple el porcentaje destinado a reconstrucción y rehabilitación, que se queda muy lejos de alcanzar el 30% previsto en el PACI. Resulta llamativo el exiguo 12% destinado para la rehabilitación temprana post-crisis, porcentaje que rompe con el compromiso de ligar la ayuda de emergencia a la rehabilitación y el desarrollo. Esta partida, al igual que la anterior, deben ser prioritarias para quienes trabajan en AH.

Tampoco se ha alcanzado el objetivo de dedicar el 7% a la reducción de riesgos, una meta ya de por sí poco ambiciosa. Se deben seguir las recomendaciones del Protocolo de Hyogo²², tanto en el ámbito de la AH como en el de la Cooperación al Desarrollo, de apoyar decididamente la mejora de los sistemas de preparación ante desastres en las regiones más expuestas, pues es el único modo real de conseguir mitigar los efectos de los mismos en el desarrollo de regiones con alta probabilidad de sufrirlos.

GRÁFICO 5.7 COLOCACIÓN DE FONDOS POR SECTORES



Fuente: elaboración propia a partir de datos SGCID

INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL Y SALUD MENTAL EN EMERGENCIAS

Contextualización de la Salud Mental y Psicosocial en situaciones de crisis humanitarias

Las crisis humanitarias consecuencia de catástrofes naturales o conflictos armados provocan un gran impacto negativo en el bienestar psicosocial y la salud mental de las poblaciones que las padecen.

Cuando los países afectados se encuentran en situación de bajo desarrollo, las precarias infraestructuras, la situación de pobreza de la población, la baja cobertura de servicios sociales y la escasa capacidad de reacción institucional impiden llevar a cabo una respuesta que mitigue el sufrimiento psicológico y la desestructuración social de la población.

Las crisis humanitarias producen desestructuración del tejido social y la quiebra de los proyectos de vida de la comunidad, se altera el funcionamiento de los grupos sociales, se deteriora la cohesión intrafamiliar y en el ámbito personal el elevado estrés agudo, cuando no el trauma psíquico, provoca un importante sufrimiento emocional.

No cabe duda que las disfunciones sociales inducen efectos psicológicos secundarios en las personas y los desarreglos psicológicos personales influyen en el equilibrio social. Esto justifica que se aborde de forma conjunta las intervenciones psicosociales en las crisis humanitarias.

22. <http://ocha.unog.ch/drptoolkit/PreparednessTools/Disaster%20Preparedness%20Planning/OCHA-Disaster-preparedness-effective-response-SPA.pdf>

La forma en la que las crisis humanitarias afectan a la población y al individuo va a depender, entre otros factores, del tipo de crisis: conflicto armado, violencia social, terremoto, inundación, tsunami, sequía, epidemia, hambruna...

En términos generales se producen problemas sociales, problemas de naturaleza psicológica, trastornos de salud mental y agudización o descompensación de trastornos mentales previos. Pero hay numerosos factores ambientales, psicológicos o biológicos que interactúan e influyen para que las personas desarrollen problemas psicológicos o por el contrario se muestren resistentes a ellos.

Aunque todos los subgrupos de una población puedan estar en riesgo en función de la naturaleza de la crisis, también hay determinados grupos de personas que corren mayor peligro de experimentar problemas sociales y/o psicológicos, como las personas refugiadas, mujeres (embarazadas, madres solteras, viudas), niños y niñas (huérfanos, separados o no acompañados), ancianos (especialmente sin familia), discapacitados...

Estrategia de intervención

Antes de llevar a cabo una intervención sobre el terreno es necesario conocer datos de la situación psicosocial y de salud mental previos a la crisis. Pero también investigar a cerca de las diferentes culturas, organización social y aspectos antropológicos de la población afectada. Sin duda es preciso realizar una identificación rápida para conocer de una forma preliminar el alcance del desastre y detectar las necesidades más acuciantes en el ámbito psicosocial.

El planteamiento de una intervención con equipos de apoyo psicosocial y salud mental en estas situaciones debe ser dinámico, dotado de profesionales entrenados y recursos materiales suficientes para atender a dicha demanda.

La respuesta se organizará para apoyar y mantener el bienestar psicosocial de la población damnificada; atender los problemas de naturaleza psicológica surgidos y proporcionar atención a los trastornos mentales.

Respecto a la intervención psicosocial, esta se centrará en afrontar el impacto social causado por la catástrofe o el conflicto, mientras que la intervención en salud mental se focalizará en afrontar las consecuencias psicológicas provocadas por la crisis humanitaria y reducir el sufrimiento causado por el estrés de la catástrofe o conflicto sobre los trastornos mentales, a lo que se une la falta de atención por la desestructuración transitoria de los servicios de salud mental como consecuencia de la catástrofe.

Sin embargo, antes de una intervención específica de salud mental y psicosocial, se debe asegurar la provisión de servicios esenciales para satisfacer las necesidades básicas vitales de las personas afectas. Una vez aseguradas, se pasa a proporcionar el apoyo psicosocial y la atención en salud mental a la población. En las intervenciones humanitarias se trata de salvar vidas, pero también de mantener estable la salud mental de las personas.

La capacidad de respuesta de los equipos humanitarios para mitigar el impacto psicosocial de la catástrofe o el conflicto estará centrada en mejorar el bienestar psicosocial de la población afectada. Para esto se llevarán a cabo acciones de reestructuración social de los afectados mediante el restablecimiento de las redes sociales de apoyo familiar y comunitario, y acciones para el refuerzo de los servicios comunitarios.

Al tiempo, la respuesta de los equipos humanitarios para reducir las consecuencias psicológicas de la catástrofe o el conflicto estará centrada en la reintegración de los individuos afectados al entorno familiar y comunitario. Para quienes presentan problemas psicológicos y conductuales transitorios, se llevan a cabo intervenciones de apoyo psicológico. Estas intervenciones se concretan en:

- a. Proporcionar apoyo emocional a personas vulnerables que han sufrido estrés agudo y a la población afectada con trastornos emocionales provocados por la situación de vida en los

- centros de acogida de damnificados o campos de refugiados.
- b. Proporcionar Primera Ayuda Psicológica a quienes sufren trauma psíquico como consecuencia de haber estado en riesgo de muerte, haber resultado herido, haber tenido pérdidas o haber asistido a escenas de gran impacto emocional durante la emergencia.
 - c. Intervención con niños afectados directa o indirectamente por la crisis
 - d. Intervención con familias, dirigida a la regulación positiva de los conflictos intra e interfamiliares surgidos como consecuencia de la catástrofe o el conflicto.

Para llevar a cabo estas intervenciones no se precisan profesionales especializados en Salud Mental. Estos supervisarán a equipos de unidades básicas de salud y equipos de respuesta y ayuda humanitaria capacitados en estas habilidades.

Otro tipo de Intervenciones está dirigido a proporcionar atención a quienes las consecuencias psicológicas de la catástrofe o el conflicto les han ocasionado trastornos mentales (somatizaciones, clínica depresiva, clínica de ansiedad, abuso de sustancias tóxicas, trastornos de sueño), que son detectados por los equipos de las unidades básicas de salud y los equipos de ayuda humanitaria. Si bien los servicios especializados habitualmente sólo son necesarios para un limitado porcentaje de la población, en las grandes crisis humanitarias los demandantes de esta atención se multiplican en gran medida. Las acciones en estos casos están dirigidas a:

- a. Facilitar canales de derivación de las personas afectadas a servicios de Atención Primaria de Salud locales en funcionamiento, o a los proporcionados por los equipos de salud humanitarios. Se proporcionará, si se requiere, tratamiento psicofarmacológico y/o psicoterapia. Estas intervenciones sí estarán supervisadas por profesionales especializados.
- b. Si el trastorno es severo, la atención la prestan los servicios especializados de salud mental. Para lo que hay que proporcionar canales de derivación de los pacientes a servicios de Salud Mental locales en funcionamiento, o a los proporcionados por el Equipo de Salud Mental Humanitario.

Aquellas personas afectas de un Trastorno Mental grave previo a la crisis humanitaria precisan de una atención específica por parte de profesionales especializados en Salud Mental. Esta se proporcionará por profesionales locales o por el equipo de salud mental humanitario. Se acompaña de campañas de información a la población damnificada sobre la disponibilidad de servicios especializados en Salud Mental. Igualmente se garantiza la atención a pacientes internos en instituciones psiquiátricas. Al tiempo, se realizan programas de sensibilización familiar y social dirigidos al apoyo y contención de estos pacientes en el entorno comunitario, muy necesario en escenarios de crisis humanitarias.

Para llevar a cabo las intervenciones descritas se precisa disponer de equipos de salud mental y apoyo psicosocial humanitarios capacitados en intervenciones en este tipo de contextos. Junto a profesionales, se precisa de equipamiento para poder realizar las intervenciones, material y una dotación suficiente de psicofármacos, teniendo en cuenta los utilizados en el país, y a partir de los fármacos psicótropos esenciales recomendados por la OMS.

Se dispone de instrumentos diseñados por agencias humanitarias internacionales, OMS o la Asociación Mundial de Salud Mental que sirven de apoyo para desarrollar intervenciones de Salud Mental y Apoyo Psicosocial en escenarios de crisis humanitarias. Los de referencia, ampliamente aceptados, son La Guía del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias Humanitarias y Catástrofes, los Estándares de Salud Mental y Apoyo Psicosocial en crisis humanitarias del Proyecto Esfera y la Primera Ayuda Psicológica de la OMS.

A lo largo de la historia de la Acción Humanitaria se ha venido constatando que una de las prioridades en escenarios de crisis humanitaria es la protección y mejora de la salud mental y

el bienestar psicosocial de las personas afectadas. La respuesta en este campo de la salud se ha venido realizando de una forma no sistemática y en las fases de post-emergencia. Sin embargo, la experiencia acumulada y las investigaciones realizadas han coincidido recientemente en que en la etapa inicial de una emergencia es imprescindible proporcionar las medidas para proteger y apoyar la salud mental y el bienestar psicosocial de la población. Por ello, las organizaciones humanitarias especializadas en salud están comenzando a incorporar el componente de salud mental y psicosocial en recientes intervenciones humanitarias.

Ricardo Angora
Cooperante de MDM

2.7 LA AYUDA HUMANITARIA POR AGENTES

Analizando la procedencia institucional de los fondos, se observa que la Administración General del Estado, que aportó 290 millones de euros, es el más destacado financiador de la AH. Esta cantidad supone el 94% del total de la financiación, aportando la cooperación descentralizada el 6% restante.

El MAEC con 194,3 millones de € gestionó durante el pasado año dos tercios del total de los fondos destinados a AH. Esto supone un retroceso de 8 puntos porcentuales respecto al año 2010 y por tanto, un retroceso en el avance hacia el liderazgo de la financiación de esta ayuda.

**TABLA 5.18 AYUDA OFICIAL DESTINADA A AH
DENTRO DE LA ADMINISTRACIÓN GENERAL DEL ESTADO**

AGENTES	Bilateral	Multilateral	Multilateral	TOTAL
MAEC ²³ /AECID ²⁴	68.451.828	94.047.188	31.811.375	194.310.391
Min. Defensa	26.338			26.338
MINT ²⁵ C	-8.333.333			-8.333.333
Min. Economía y Hacienda			104.075.226	104.075.226
TOTAL	60.144.833	94.047.188	135.886.601	290.078.623

Fuente: elaboración propia a partir de datos SGCI

La oficina de AH (OAH) gestionó un 61,7% de estos fondos, es decir, 120 millones de €, una cifra similar a la de 2010. Si bien el MAEC aportó el 67% del total de la ayuda, la AECID, a través de la OAH, no acaba por incrementar proporcionalmente

23. Ministerio de Asuntos Exteriores y Cooperación

24. Agencia de Cooperación Internacional para el Desarrollo

25. Ministerio de Industria Turismo y Comercio

la gestión de esos fondos como sería deseable ateniéndose a criterios puramente técnicos. No deja de ser llamativo que la AECID gestione algo más de un tercio del total de los fondos destinados a AH, cuando en rigor debería ser quien gestionara la mayor parte de los mismos.

El otro agente estatal en cuanto volumen de fondos es el Ministerio de Economía y Hacienda, que aportó un tercio de la ayuda para AH. Son contribuciones a cuotas establecidas en su mayoría a la UE. La cantidad de 104 millones de € es una parte proporcional sobre el total de fondos aportados por el Estado a la Comisión Europea en materia de cooperación al desarrollo y al fondo de desarrollo. Por tanto es una estimación y no es una aportación directa a ECHO²⁶, y, como consecuencia, no cuenta con una distribución previa conocida, como sería recomendable. Habría que articular fórmulas para que el MAEC decidiera qué aportación realiza a ECHO con destino a Acción Humanitaria para una más adecuada planificación.

Otras instituciones del Estado que aportan fondos de ayuda humanitaria son el Ministerio de Defensa y el Ministerio de Industria, Turismo y Comercio. Respecto al primero, la aportación durante 2011 fue testimonial. A pesar de ello, sería deseable que el Ministerio de Defensa no figurase como agente de cooperación en Acción Humanitaria; ésta es una decisión política, pero de gran alcance porque supondría una acertada desmilitarización de la Acción Humanitaria que contribuiría a evitar la confusión actual en el escenario humanitario, fuente de muchos problemas para los actores que operan en el terreno.

Al igual que lo expresado respecto al Ministerio de Defensa, también sería deseable que desapareciera el epígrafe del Ministerio de Industria Turismo y Comercio como agente de cooperación en Acción Humanitaria

2.8. GESTIÓN DE LA AYUDA HUMANITARIA

La ayuda oficial humanitaria está muy fragmentada en la cooperación española pero sin duda, es la Oficina de Ayuda Humanitaria (OAH) de la AECID el órgano con mayor capacidad de gestión en el momento actual. La AOH gestionó el año pasado el 39% del total de la ayuda. Gran parte de esta se canalizó a través de organismos nacionales e internacionales, a través de la activación de convenios de emergencias suscritos con ONG, a través de fondos para la compra local de equipamiento humanitario y, directamente, mediante la propia intervención con el envío de material humanitario y de equipos de rescate y sanitarios al terreno. Todo ello en el marco de la especialización en los sectores de ayuda alimentaria, salud, agua y saneamiento.

26. Oficina Humanitaria de la Comisión Europea

Junto al drástico recorte en los fondos destinados a AH, el órgano gestor de los mismos, la Oficina de Acción Humanitaria de la AECID, se ha encontrado en una situación de clara debilidad durante el pasado año. Parejo a esa disminución de fondos, se ha producido una reorganización de sus profesionales que ha afectado a la tarea de gestión de la oficina y al previsto desarrollo de la misma.

La Oficina ha apostado durante los últimos años por mejorar la calidad y eficiencia de la AH para lo que se dotó de una Estrategia de Acción Humanitaria en 2007. Se trata de un buen documento en el que se plasman los objetivos que se pretenden en AH y la forma de llegar a ellos. Sin embargo, a la hora de ponerla en práctica, se tienen en cuenta aspectos parciales y no se desarrolla en su conjunto. Se constata con la aplicación operativa incompleta de los principios de la GHD, con el escaso desarrollo del marco de Hyogo para la reducción del riesgo de desastres, con la falta de liderazgo del MAEC en las intervenciones cívico-militares, la limitada vinculación de la ayuda de emergencia con el desarrollo o la escasa utilización de instrumentos de evaluación como el ALNAP. Este incumplimiento en la aplicación de las directrices marcadas en el documento de Estrategia hace que pierda el valor de mejora de la calidad en las acciones para el que fue concebido²⁷.

También es reseñable la adhesión a las más importantes iniciativas internacionales en Acción Humanitaria, como la decidida adhesión a los principios de la Good Humanitarian Donorship en 2004 que, sin embargo, se ve empañada por la demora en la elaboración del Plan de Acción. Igualmente valiosa es la firma del protocolo de Hyogo de 2005 para la prevención de riesgos, que, sin embargo, hasta el momento apenas si ha tenido traducción operativa, con una exigua partida destinada a la prevención, preparación y mitigación de desastres. Tampoco se ha llegado a hacer operativo el compromiso adquirido por el gobierno español del Consenso Europeo de AH, clave para garantizar las coherencias de políticas respecto a respuesta humanitaria en función de necesidades.

En el caso de las Directrices de Oslo sobre el uso de medios militares en desastres naturales (que establece la opción de intervención de los ejércitos en labores humanitarias en desastres naturales cuando no existan otras organizaciones que puedan hacerlo), no es la Oficina la responsable de la decisión de intervención. En las últimas actuaciones del ejército español en labores humanitarias ante un desastre natural, ha sido el gobierno quien ha tomado esta decisión. Una decisión basada en la rentabilidad política, cara y de dudosa eficacia, que conlleva una militarización de la ayuda humanitaria con la consecuente confusión del espacio humanitario y el riesgo para la población que recibe la ayuda de manos de un ejército y el resto de actores humanitarios civiles presentes en el contexto.

27. Ver informe de Salud de 2008

Persistimos en instar al replanteamiento por parte de la SECI de la estrategia de ayuda humanitaria directa. La Oficina de Ayuda Humanitaria continúa desarrollando acciones directas en las emergencias a través de intervenciones de agua y saneamientos y gestionando el envío de equipos de rescate, protección civil y sanitario pertenecientes a diferentes comunidades autónomas. Esta estrategia supone una gran cantidad de recursos financieros y humanos por parte de la AECID que, sin embargo, podrían destinarse a tareas de coordinación de las diferentes administraciones del Estado y de la ayuda descentralizada, así como a reforzar la participación en los principales foros internacionales de coordinación humanitaria.

Esta política de ayuda directa también afecta a las Oficinas Técnicas de Cooperación, detrayendo recursos que podrían reconducirse hacia otras líneas como la gestión de riesgos a través del fortalecimiento de las capacidades locales.

2.9. LA ACCIÓN HUMANITARIA DESCENTRALIZADA

El monto total de fondos destinados a AH por la cooperación descentralizada ha sufrido un brutal descenso en 2011. Con un montante de 16,9 millones de € supone la mitad del año anterior y equivale al 5,5% del total de la ayuda del conjunto del Estado.

TABLA 5.19 FONDOS EN EUROS DE AYUDA HUMANITARIA DESCENTRALIZADA POR ACTORES

AGENTES	BILATERAL	MULTIBILATERAL	MULTILATERAL	TOTAL	%
AGE	60.144.833	94.047.188	135.886.601	290.078.623	94,45%
CC AA	11.041.951	1.291.500		12.333.451	4,02%
EE LL	4.499.390	147.000		4.646.390	1,51%
Universidades	50.431			50.431	0,02%
TOTAL	75.736.605	95.485.688	135.886.601	307.108.894	

Fuente: elaboración propia a partir de datos SGCID

En 2011 se produce un significativo descenso del 50% de la AH financiada por las CC.AA. Tras el máximo alcanzado en 2007, cuando esta ayuda supuso el 22% del total, 4 años más tarde el porcentaje es del 4%, el más bajo de los registrados en los últimos 10 años.

Las Entidades Locales, que contribuyeron con 4,6 millones de €, también disminuyeron su contribución en un 38% respecto al año anterior, de manera que sus aportaciones quedan en un discreto 1,5% del total de la ayuda oficial humanitaria.

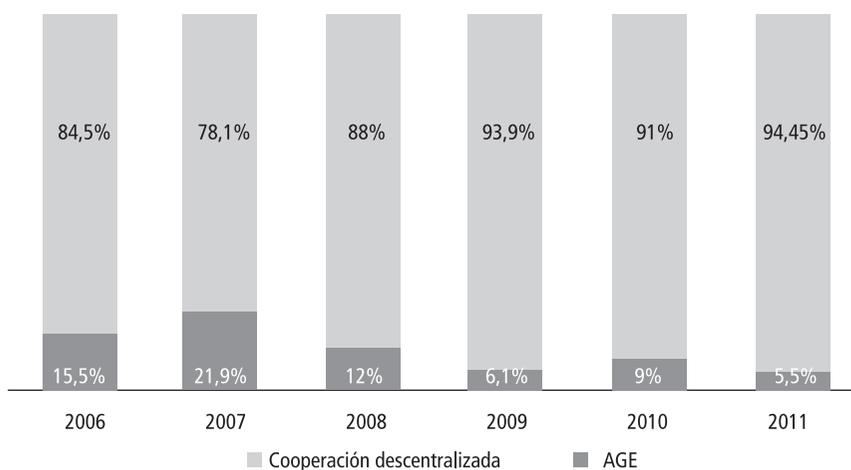
TABLA 5.20 EVOLUCIÓN COMPARATIVA ENTRE LA AYUDA HUMANITARIA DESCENTRALIZADA Y LA ESTATAL

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Cooperación descentralizada	15,5%	21,9%	12%	6,1%	9 %	5,5%
AGE	84,5%	78,1%	88%	93,9%	91%	94,45%

Fuente: elaboración propia a partir de datos SGCID

Apenas son significativos los 50.431 euros aportados por el conjunto de Universidades. Estas deberían redirigir su contribución hacia la investigación, desarrollo de conocimientos y formación, en colaboración con organizaciones humanitarias operativas. Sin duda esta tarea contribuiría a mejorar la calidad y eficiencia de la AH.

GRÁFICO 5.8 EVOLUCIÓN COMPARATIVA ENTRE LA AYUDA HUMANITARIA DESCENTRALIZADA Y LA ESTATAL



Fuente: elaboración propia a partir de datos SGCID

El desglose por CC.AA. muestra una destacada contribución por parte de la cooperación vasca, que con 2,5 millones de € aportó cerca de la mitad del total de la ayuda de las comunidades autónomas. También la cooperación asturiana y la catalana contribuyeron de forma significativa a la AH, mientras que el resto de autonomías hicieron aportaciones muy discretas. Es notable la desaparición en el compromiso con la AH de cooperaciones como la andaluza y la de Castilla La Mancha que habían ocupado los lugares más destacados en los últimos años.

**TABLA 5.21 FONDOS EN EUROS DE AYUDA HUMANITARIA
POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS**

CC AA	2010	2011	Variación 10/11
Andalucía	11.615.810		-11.615.810
Aragón	903.217	557.000	-346.217
Asturias	1.102.180	1.973.522	871.342
Baleares	187.324		-187.324
Cantabria	83.000	15.000	-68.000
Canarias	129.721	50.000	-79.721
Cataluña	2.403.535	1.366.000	-1.037.535
País Vasco	2.563.056	5.222.469	2.659.413
Castilla-La Mancha	2.816.046		-2.816.046
Castilla y León	159.811	275.000	115.189
Extremadura	686.466	362.094	-324.372
Galicia		72.183	72.183
La Rioja	242.685		-242.685
Madrid	855.505	886.766	31.261
Melilla	130.000		-130.000
Murcia	93.000		-93.000
Navarra	107.081	561.256	454.175
Comunidad Valenciana	642.149	992.160	350.011
TOTAL	24.720.586	12.333.451	-12.387.135

Fuente: elaboración propia a partir de datos SGCID

El desglose por entidades locales muestra una imagen similar a la de las CC.AA. Son los ayuntamientos del País Vasco y Cataluña, en este caso junto a los de Aragón, los que contribuyeron con mayores fondos a la Acción Humanitaria durante el pasado año.

TABLA 5.22 FONDOS EN EUROS DE AYUDA HUMANITARIA POR ENTIDADES LOCALES

EELL	2011
Andalucía	464.443
Aragón	552.723
Asturias	287.996
Baleares	102.750
Cantabria	12.977
Canarias	149.331
Cataluña	799.856
País Vasco	1.175.305
Castilla-La Mancha	352.769
Castilla y León	319.758
Extremadura	15.000
Galicia	12.250
La Rioja	15.800
Madrid	154.861
Melilla	
Murcia	6.000
Navarra	139.671
Comunidad Valenciana	84.900
TOTAL	4.646.390

Fuente: elaboración propia a partir de datos SGCID

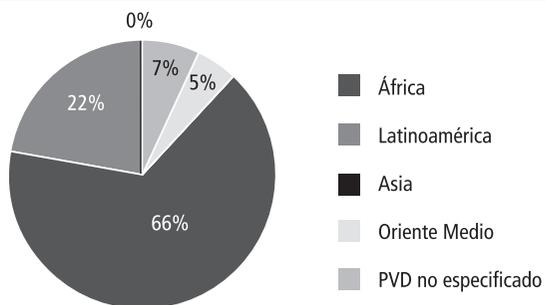
Geográficamente dos tercios de la ayuda descentralizada se destinó al continente africano, en consonancia con las poblaciones más afectadas por crisis crónicas y conflictos complejos. Le sigue con el 22% Latinoamérica, en parte debido a la aportación de ayuda para paliar el post-efecto de los daños causados por el terremoto de Haití. Con tan sólo medio millón de €, se aprecia una más que notable reducción de la aportación de fondos para ayuda humanitaria a Oriente Medio que parece perder interés como objetivo de ayuda de la cooperación descentralizada, al igual que ocurre en la estatal. Es significativo que durante 2011 no aparezca reflejado en los datos ninguna contribución a las crisis humanitarias en el continente asiático.

TABLA 5.23 FONDOS EN EUROS, DE AYUDA HUMANITARIA DESCENTRALIZADA POR REGIÓN DE DESTINO

	2010	2011
África	4.178.895	8.099.926
América Latina	15.886.448	2.769.109
Asia	1.506.126	
Oriente Medio	2.388.900	582.416
PVD no especificado	760.216	882.000
TOTAL	24.720.585	12.333.451

Fuente: elaboración propia a partir de datos SGCID

GRÁFICO 5.9 FONDOS EN PORCENTAJE, DE AYUDA HUMANITARIA DESCENTRALIZADA POR REGIÓN DE DESTINO



Fuente: elaboración propia a partir de datos SGCID

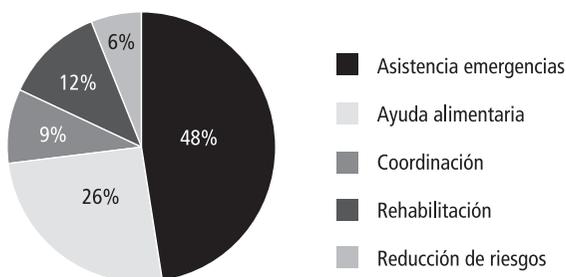
Por sectores, el reparto de la ayuda aparece centrada en la asistencia a emergencias. Nuestra opinión es que debería haber un reparto más equilibrado, incrementando las partidas de rehabilitación y reducción de riesgos.

TABLA 5.24 DISTRIBUCIÓN SECTORIAL DE LA AYUDA HUMANITARIA DESCENTRALIZADA

	2009	2010
Ayuda y servicios materiales de emergencia	17.470.647	7.312.049
Ayuda alimentaria de emergencia	839.050	2.343.540
Coordinación de los servicios de protección de la ayuda	141.007	143.900
Ayuda a la reconstrucción y rehabilitación	5.361.910	1.894.972
Prevención de desastres	907.971	638.989
TOTAL	24.720.585	12.333.451

Fuente: elaboración propia a partir de datos SGCID

GRÁFICA 5.10 DISTRIBUCIÓN SECTORIAL DE LA AYUDA HUMANITARIA DESCENTRALIZADA



Fuente: elaboración propia a partir de datos SGCID

En el análisis global de la cooperación descentralizada llama la atención la tendencia a la disminución de los fondos destinados a la AH. Más que una pérdida de interés, probablemente se trate de una concentración de los recursos en la Cooperación al Desarrollo. De ser cierta esta hipótesis, se trataría de una estrategia acertada dadas las características específicas de la AH, que por su inmediatez y canalización a través del sistema de NN.UU., sería mejor gestionada si se hiciera a través de la Oficina de Ayuda Humanitaria, más que por múltiples canales bilaterales entre las CC.AA. y los países receptores. Es destacable durante 2011 la mejora en la coordinación con el resto de agentes del Estado en la respuesta a las emergencias.

3. RETOS DE LA COOPERACIÓN ESPAÑOLA EN MATERIA DE AH

Aparte de cumplir con las ya expuestas iniciativas internacionales en materia de Acción Humanitaria, a las que el Estado español está adherido pero que no acaba de implementar, la cooperación española debe mejorar la eficacia de la ayuda en la respuesta a emergencias. Para esto, es clave hacer énfasis en las tareas de alerta temprana a través de la comunicación con organismos internacionales centrados en este trabajo. Igualmente la mejora de la coordinación de la fragmentada ayuda contribuirá a mejorar la eficacia. Como también lo hará seguir los criterios de intervención establecidos en la Estrategia de la AH, entre los que destaca responder en función de las necesidades.

También resulta crucial, en un entorno caracterizado por la escasez de recursos, mejorar la eficiencia de sus acciones. Para esto es necesario mejorar las capacidades de gestión de la OAH y de las Oficinas Técnicas en el terreno.

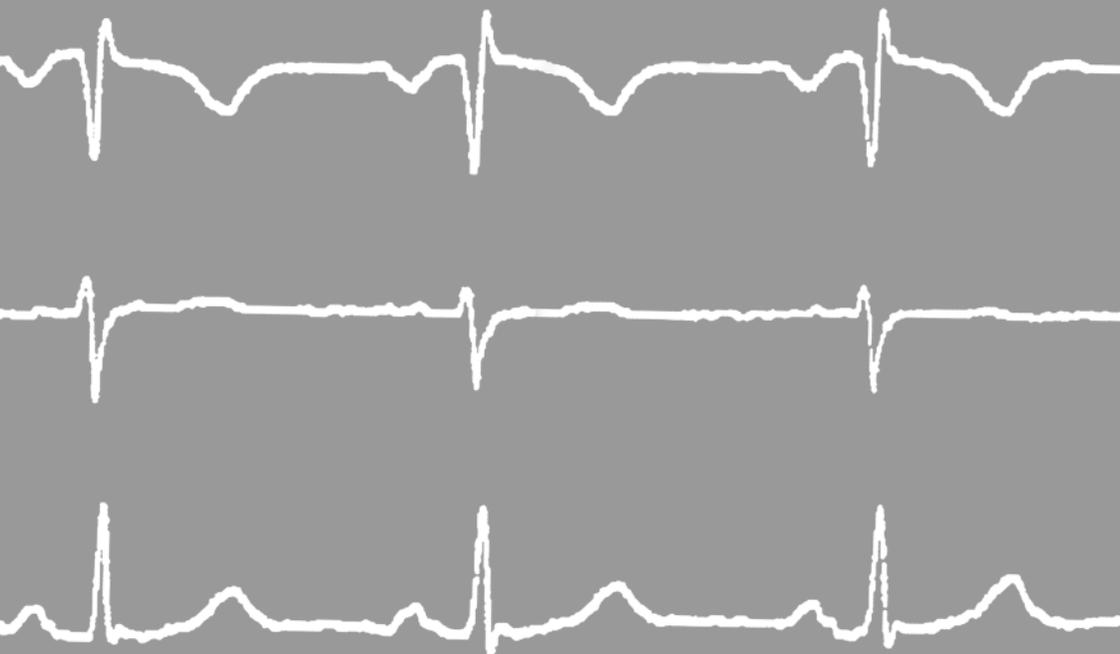
Es necesario poner mayor énfasis en los programas de Reducción de Riesgos de Desastres, gestión de riesgos, preparación ante desastres y fortalecimiento de capacidades locales, aspectos que, hasta ahora, han contado con un apoyo tibio y que precisan de un mayor aporte de recursos para su desarrollo.

Igualmente se debe avanzar en tareas de protección, entendida como defensa de los derechos humanos fundamentales, el reconocimiento y defensa del respeto a la dignidad y la exigencia del cumplimiento del Derecho Humanitario Internacional. Esto es especialmente importante en contextos de emergencias complejas y conflictos civiles, a través de la protección de civiles, del espacio humanitario y de la ayuda.

Sin duda una de las tareas pendientes es la evaluación de las diferentes acciones llevadas a cabo. Se debe analizar si se han alcanzado los objetivos previstos con las intervenciones. Se debe investigar si la ayuda ha alcanzado a quienes realmente sufren las crisis y si ha servido para hacer frente a sus necesidades. Para esto existen instrumentos internacionales como la indicativa ALNAP o la iniciativa HAP que deben ser puestos en práctica.

La coherencia de políticas es otro de los aspectos que se debe fortalecer. Cuando los intereses hacen que la política exterior tome partido en los escenarios de conflicto, se deben dejar al margen y respetar las decisiones de la OAH, quien debe actuar de forma coherente en función de las exigencias humanitarias.

Se puede apreciar que los retos expuestos están interconectados y son en alguna medida dependientes unos de otros. Dar respuesta a todos coloca a la Cooperación Española ante verdaderos desafíos para llevarlos a cabo con éxito.



CAPÍTULO VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1. La arquitectura de la cooperación internacional está cambiando, se está definiendo un nuevo modelo de cooperación al desarrollo y en salud se está redefiniendo el concepto de salud global.

La cooperación al desarrollo en general y específicamente la cooperación sanitaria que tradicionalmente seguían los países donantes y las organizaciones multilaterales, especialmente las del sistema de Naciones Unidas, se está viendo modificada por la irrupción de nuevos actores, como es el caso de algunos de los países emergentes (China, Rusia, Brasil, ...), que apuestan por otro modelo, que tiene aspectos positivos como es la cooperación Sur-Sur, la utilización de sus propias experiencias para exportarlas a otros países, pero también aspectos no tan positivos como es la no sujeción al modelo internacional predominante. Brasil apuesta por la salud, y concretamente por la equidad en el acceso, mientras que China no considera prioritaria la salud, y se guía por el mutuo beneficio, que incluye no interferir en las políticas locales, lo que puede llegar a no asegurar el cumplimiento de los derechos humanos.

Otro actor que se está incorporando a la cooperación al desarrollo es la iniciativa privada, elemento destacado en la reunión de Busan sobre eficacia de la ayuda, pero que necesita concretar y definir el papel que pueden y deben tener, como por ejemplo, en el acceso a medicamentos.

En un momento tan dinámico como el actual, es necesario que el conjunto de la cooperación internacional homogeneice sus criterios de actuación, y defina no solamente los objetivos que busca, sino también qué procesos son los más adecuados para conseguirlos. Debe mantener los principios rectores que tradicionalmente la sustentaban, como el compromiso con el cumplimiento de los derechos humanos, especialmente con el derecho a la salud. Pero a su vez debe incorporar aspectos positivos que promueven los nuevos actores de la cooperación, como puede ser la cooperación Sur-Sur.

2. Mientras en el marco de la cooperación internacional, a nivel discursivo, se están buscando fórmulas para asegurar el acceso de todas las personas a sistemas sanitarios de calidad, mecanismos concretos que lo financien y poder así disminuir la desigualdad ante el acceso a la salud, España recorre el camino en dirección contraria.

Con la reforma sanitaria, materializada en Abril 2012 vía Real Decreto, se corta de manera brusca la trayectoria de la ampliación sucesiva de derechos sociales y de la integración de personas cubiertas por la sanidad pública que España ha logrado con gran éxito y velocidad en las últimas décadas. La reforma sanitaria no solamente deja fuera a las personas inmigrantes en situación administrativa irregular, sino que abre la puerta para un cambio de modelo en la sanidad pública española que se traduce en una reducción de prestaciones, un aumento de los costes por enfermedad y la posibilidad de excluir cada vez a más personas del sistema. La nueva normativa no sigue ningún criterio de salud pública - ni siquiera de austeridad-; la reforma abre uno de los pocos espacios públicamente protegidos a las fuerzas de la mercantilización.

La radicalidad del cambio propuesto es de tal magnitud que nos vemos obligados, en este informe, a romper con la línea editorial de los últimos diez años y, por primera vez, incluir nuestra valoración sobre la salud en España. Con esto ampliamos la perspectiva de los ODM, que hablaban de las deficiencias en el Sur y cómo el Norte debería contribuir a arreglarlo, y proponemos una percepción de un mundo de salud global en donde las desigualdades en salud no solo se reflejan entre Norte y Sur sino también en cada país.

España debe mantener su sistema de sanidad pública, gratuita y universal. No solamente porque es un modelo eficiente e igualitario para las personas que vivimos en España, sino porque es un modelo de la gestión de los bienes públicos que puede inspirar a los países que están esforzándose por superar la pobreza.

3. La prolongada crisis mundial afecta a los desembolsos en cooperación internacional. En 2011 las aportaciones han disminuido un 2,7% y las previsiones para el periodo 2013 – 2015 es que sigan disminuyendo, lo que supondrá no alcanzar todos los Objetivos de Desarrollo del Milenio comprometidos.

Las restricciones fiscales de los países donantes figura entre los motivos que explican el descenso de un 2,7% de la cooperación internacional. Más allá de esta disminución producida en 2011, queremos denunciar el hecho de que la diferencia entre lo aportado por el conjunto de países donantes y lo que deberían haber desembolsado en base al compromiso del 0,7% es de 167.000 millones de dólares.

Es imperativo que la cooperación internacional incremente sus esfuerzos para reducir las inequidades que actualmente existen en el mundo, y cumpla con los compromisos asumidos para luchar contra la pobreza y el subdesarrollo.

4. Es previsible que de forma global se consiga alcanzar algunas de las metas de los ODM previstas para 2015, pero a nivel regional su impacto será muy desigual. Por otro lado estamos en condiciones de anticipar que habrá metas que no se cubrirán.

Una de las metas que se espera pueda alcanzarse, si la crisis económica mundial no lo evita, es la de reducir a la mitad el porcentaje de personas cuyos ingresos sean inferiores a 1 dólar por día. Ahora bien, este logro que es importante oculta una realidad que preocupa. El resultado se debe al crecimiento de un país, China, mientras que en otras regiones como es el caso de África subsahariana y Sur de Asia (específicamente la India) aún falta mucho camino que recorrer. Lo mismo sucede con otra de las metas, la de reducir a la mitad la proporción de personas sin acceso a agua potable. El mundo está en camino de cumplir con esta meta, aunque en algunas regiones queda mucho por hacer.

En cuanto a los ODM específicos de salud, la disminución de la mortalidad materna es posiblemente el ODM que más difícil tiene alcanzar sus metas para 2015. El parto sigue siendo especialmente arriesgado en el sur de Asia y en África subsahariana, donde la mayoría de las mujeres paren sin atención sanitaria apropiada. La mortalidad de menores de 5 años ha disminuido en todo el mundo, pero no lo suficientemente rápido como para alcanzar la meta. Cada día mueren 19.000 niños y niñas por causas evitables. La propagación del VIH parece haberse estabilizado pero muchas personas, especialmente jóvenes, siguen sin saber cómo protegerse.

La crisis económica es un riesgo incuestionable en los avances logrados, tanto en la mortalidad materna e infantil, como en la lucha contra enfermedades prevalentes, como malaria o VIH/sida. Se necesita acelerar la consecución de los ODM, y para alcanzar los de salud, necesitamos una apuesta firme por fortalecer el sistema de salud en su conjunto -con mención especial a la salud sexual y reproductiva- con personal capacitado y medios adecuados, con establecimientos de salud accesibles para la población tanto geográfica como económicamente, e integrados y aceptados por la población local.

5. En 2011 la Ayuda Oficial al Desarrollo de los países del CAD disminuye un punto, pasando del 0,32% al 0,31%. Esta disminución es valorada por el CAD como un posible cambio de tendencia.

La ayuda oficial al desarrollo del conjunto de donantes del CAD alcanzó en 2011 la cifra de 133.526 millones de dólares, expresada en dólares corrientes, lo que supuso un incremento del 3,9% respecto al año anterior. Sin embargo, el propio CAD advierte que si se hace un análisis expresando la AOD de 2011 en valores constantes de 2010 para poder hacer una comparación más precisa (teniendo en cuenta los necesarios ajustes por inflación y tipos de cambio), el valor de la ayuda neta se queda en 125.060 millones de dólares, lo que supone un descenso del 2,7% respecto al año anterior. A nivel de esfuerzo, la AOD disminuye del 0,32% del PIB en 2010 al 0,31% en 2011.

Algunos países han presentado aumentos considerables de su AOD, como por ejemplo Italia (41,5%), Suiza (34%), Australia (25,4%) y Nueva Zelanda (25,37%). En el capítulo de descensos, vuelve a destacar España, que es otra vez el mayor en términos absolutos, con una disminución de 1.685 millones de dólares, es decir, más del 28% respecto a 2010. La reducción acumulada por la cooperación española en los últimos tres años es del 36%. En 2011 la ayuda española se sitúa en el puesto 11 del CAD por monto de AOD y en el puesto 15 en cuanto al esfuerzo.

Defender las políticas de cooperación es defender el estado de bienestar. Aplicar el 0,7% a la solidaridad internacional no es caridad, es una cuestión de compromiso y responsabilidad. La reducción de la ayuda al desarrollo puede tener graves consecuencias para las poblaciones que viven en países empobrecidos. El gasto en cooperación no es una partida prescindible, sino prioritaria.

6. Entre 2000 y 2010 la AOD dedicada al sector salud por parte del conjunto de países del CAD ha crecido año a año en términos absolutos, alcanzando en 2010 la cifra de 18.138 millones dólares, que supuso el 12,4% de toda la AOD.

En los últimos cinco años, la evolución de las aportaciones globales brutas de los países donantes del CAD, en los subsectores de la cooperación en salud, presenta una línea de crecimiento constante en salud básica y salud sexual y reproductiva, estancándose en salud general. En 2010 casi la mitad de la ayuda en salud del conjunto del CAD se dirigió a África subsahariana.

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.

7. La AOD total de la Comisión Europea se situó en 2010 y 2011 en un volumen inferior al de 2008 y 2009. La AOD destinada al sector salud volvió a disminuir por tercer año consecutivo, hasta situarse en el 3,78% de la AOD en 2010, lejos del 15% que debería destinarse al sector.

La mayor disminución se produjo en el subsector de salud básica, cuyo monto fue la mitad que el año anterior. Esta disminución es incompatible con la importancia que tiene la salud en la lucha contra la pobreza y dentro de las propias prioridades de la Unión Europea. El acceso a la salud es un derecho universal y la Comisión Europea, que dirige la salud pública europea y protege a sus ciudadanos de las enfermedades y amenazas a la salud, no puede ser indiferente ante las dificultades que gran parte de la población mundial tiene para acceder a servicios sanitarios suficientes y de calidad.

La Comisión Europea debe incrementar su compromiso con la salud de forma mucho más destacada, dándole al sector la importancia que tiene dentro de las políticas de cooperación.

8. En 2011 se ha producido un descenso muy fuerte de la AOD española, que retrocede un tercio respecto al año anterior.

De acuerdo a los Presupuestos Generales del Estado para 2012, la previsión es que este año se produzca otro retroceso de la AOD, que la situará en torno a los 2.335 millones de euros, es decir, un 0,22 % de la renta nacional bruta. De esta forma, en el plazo de tres años, la AOD se habrá reducido a la mitad, retrocediendo a los niveles de 2005.

Las organizaciones responsables de este informe consideramos que los recortes en el presupuesto destinado a cooperación no deberían ser tan desproporcionados respecto al promedio de recortes del conjunto de departamentos ministeriales.

9. La ayuda española en salud se ha situado al final de 2011 en valores absolutos cercanos a los de 2005 y en el porcentaje sobre la AOD total más bajo de los últimos seis años.

En 2011 la cooperación española destinó al sector salud 191 millones de euros, lo que representa un descenso del 50% respecto a 2010 y el 15% menos de lo que se había planificado. Este fuerte retroceso, que no es proporcional a la reducción global de la ayuda, supone que solo el 6,4 % del total de la AOD se destinó al sector salud.

Dada la importancia que la comunidad de donantes reconoce al sector salud en la cooperación y la apuesta que España ha hecho en los últimos años, no parece coherente que en una situación de crisis mundial, en la que el derecho al acceso a la salud de las poblaciones empobrecidas se verá recortado, se produzcan reducciones en las partidas del sector salud y de forma tan desproporcionada. Reiteramos la recomendación realizada en anteriores informes de destinar el 15% de la AOD al sector salud, como sector prioritario, para ayudar a cumplir los compromisos internacionales que ha firmado España.

10. En 2011, aunque se mantiene la tendencia de los últimos años de canalizar el mayor porcentaje de AOD en salud a través de organismos multilaterales, se reduce la distancia y la ayuda bilateral gana peso relativo.

La AOD en salud canalizada a través de OМУDES (multilateral + multilateral) supuso en 2010 más del 63% de toda la ayuda en salud, mientras que en 2011 se quedó en un 56,8 %. Esto se debe a que buena parte de los recortes en salud se han producido en aportaciones a OМУDES.

Venimos señalando en nuestros informes que la ayuda en salud canalizada a través de OМУDES necesita una buena orientación, unos criterios que permitan darle coherencia respecto a las prioridades estratégicas de la cooperación española, y un adecuado seguimiento, con una presencia activa en dichos organismos. Esto no significa que se justifiquen los bandazos en las asignaciones.

Como ya señalamos el año pasado, los canales utilizados (bilateral, multilateral y multilateral) y los sectores priorizados (salud general, salud básica y salud sexual y reproductiva) han experimentado muchos cambios en los últimos años.

La ayuda española en salud debe mejorar su predictibilidad y su calidad, para lo cual es conveniente que haya mayor estabilidad en cuanto a los canales: que se produzca un mayor equilibrio entre el canal bilateral y la canalización a través de OМУDES y que las asignaciones sean lo más coherentes posible con las opciones estratégicas de fortalecimiento de sistemas públicos y de atención primaria de salud.

11. En la distribución sectorial de la ayuda española en salud, ha sido el subsector de salud básica, con el 43,28 %, el que más AOD sanitaria concentró en 2011.

Con estos datos podemos ver el rumbo inconstante de estos años: en 2009 el mayor porcentaje se concentró en el subsector de salud sexual y reproductiva con el 38,3% del total de la AOD en salud, y en 2010 fue el subsector de salud básica el que más recibió (45,7%).

En cuanto a la distribución por componentes (códigos de cinco dígitos del CRS), en 2011 el mayor peso relativo lo tiene con mucha diferencia el componente de política sanitaria y gestión administrativa (12110), con el 32 % (frente al 17 % del año anterior), componente muy coherente con el fortalecimiento de sistemas públicos de salud.

Los componentes de servicios médicos (12191) y de infraestructura sanitaria básica (12230) que han tenido en los últimos años una financiación principalmente bilateral, muy apoyada en los créditos FAD, se encuentran en 2011 en mínimos netos, fruto de los reembolsos de los créditos FAD de años anteriores.

Algunos de los componentes que tienen gran coherencia con las opciones estratégicas de la cooperación española en salud están bastante huérfanos de ayuda, como son la educación sanitaria (12261), la planificación familiar (13030) y la formación de personal en los diferentes ámbitos (12181, 12281 y 13081). Todos ellos juntos apenas llegan al 5,16% de la AOD en salud (es decir, bajan 3 puntos porcentuales respecto al año pasado)

Es conveniente que la cooperación española procure reforzar y apoyar de forma estable aquellos subsectores y componentes que resultan más coherentes con sus opciones estratégicas de reforzamiento de sistemas de salud y atención primaria de salud.

12. África se mantiene como el principal destino de la ayuda española en salud con el 44% en 2011.

Si analizamos la orientación geográfica desde el punto de vista del nivel de renta de los países receptores, el porcentaje de ayuda en salud destinado a los PMA y otros países de renta baja disminuyó un 4% respecto al año anterior.

Donde se ha producido una mejora significativa es desde el punto de vista de las prioridades geográficas del III Plan Director, ya que la ayuda dirigida a países no prioritarios disminuyó del 40% de la ayuda especificable geográficamente en 2010 al 29% en 2011.

De los diez países que más ayuda española en salud recibieron en 2011, 9 son países prioritarios para la cooperación española (del grupo A); pero 5 de ellos no estaban en la lista de los 10 mayores receptores de ayuda en salud en 2010 y 2009.

La cooperación española debe seguir avanzando en la mejora de la orientación geográfica de su ayuda en salud, de forma que preste más atención a los países con mayores necesidades de salud y sea más predecible.

13. La cooperación descentralizada tiene un valor añadido que la cooperación española no debe perder. Sin embargo, tanto las drásticas reducciones de la AOD descentralizada en 2011, como el asumir que la cooperación es una actividad impropia para los entes locales, pone en riesgo este tipo de cooperación.

La cooperación descentralizada tiene unos valores propios que enriquecen el conjunto de la cooperación española. Permite desarrollar proyectos para pequeños grupos de población que pueden estar abandonados por las estrategias internacionales; interconexiona las sociedades civiles de los países donantes y receptores, asegurando un trabajo con las poblaciones más vulnerables y la posibilidad de denunciar situaciones de injusticia que otros actores no pueden realizar por tener otros intereses, sean políticos, geoestratégicos o económicos. Por último, 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.

Sin embargo en los últimos años estamos viendo la progresiva desmantelación de la cooperación descentralizada. Por una parte se están disminuyendo progresivamente sus recursos, y en 2011 esa reducción ha sido brutal: un 44% menos que en 2010 (50% la cooperación de las CCAA y 21% la de las entidades locales), retrocediendo hasta ponernos en cifras cercanas a las que se destinaban en 1995.

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.

14. El peso de la cooperación autonómica en salud desciende porcentualmente más que el conjunto de la cooperación autonómica, lo que indica una disminución en el interés hacia este sector. Sin embargo, el descenso en la cooperación sanitaria de las entidades locales es mínimo.

El descenso en 2011 del conjunto de la cooperación autonómica en salud fue del 60% con respecto a 2010, un porcentaje 10 puntos mayor que el descenso del total de la AOD autonómica. Se destinó a este sector 18.415.891 €, diez millones menos que en 2004, el primer año que pudimos desagregar la cooperación descentralizada por sectores. Esta disminución del interés por la salud se confirma cuando observamos que el peso de la salud en el conjunto de la AOD autonómica disminuye hasta el 9,58%, frente a 2010 en que era del 11,3%, y muy lejos del 15% que solicitamos.

En cambio la reducción de la cooperación sanitaria de las entidades locales en 2011, con respecto a 2010, es de apenas un 3,7%, aunque solamente han destinado a cooperación sanitaria 7.741.944 euros, un 8,12% del total de su AOD. A pesar de aumentar un 1,5% más que en 2010, este porcentaje está lejos del 15% del total de la AOD para el sector sanitario solicitado a todas las instituciones, e inferior a lo que destinan el conjunto de las CCAA.

Los descensos en la cooperación sanitaria son inaceptables y ponen en riesgo la salud de muchas personas que se verán afectadas por estas medidas. Es necesario alcanzar el 15% de la AOD para el sector salud y mejorar su capacidad de incidir en la mejora de la salud de las poblaciones más vulnerables. Es necesario que mejoren sus procesos de predictibilidad, a través de procesos de planificación que permitan generar estrategias de desarrollo en salud a medio y largo plazo, la inclusión de la gestión orientada a resultados, la definición de prioridades, el refuerzo de la sociedad civil y de las instituciones descentralizadas locales, la transmisión de conocimiento y el trabajo conjunto con otros actores internacionales.

15. La ayuda humanitaria internacional disminuyó un 9% en 2011 y no llegó a tiempo en determinadas crisis.

La ayuda humanitaria global disminuyó un 9%, situándose en 17.100 millones de dólares. Si bien es cierto que se redujeron el número total de crisis, esta cantidad de fondos no ha sido suficiente para cubrir las necesidades humanitarias, que precisaban 3.000 millones de dólares adicionales. Esto supone que se han quedado sin atender una quinta parte de las necesidades humanitarias mundiales.

Pero además de no cubrir las necesidades humanitarias, en algunos casos ha sido inadecuada y no ha llegado a tiempo, con importantes retrasos que han tenido un impacto negativo en la supervivencia de la población. En la crisis alimentaria del Cuerno de África, 13 millones de personas llegaron a estar en situación de desnutrición y se estima que fallecieron por esta causa cerca de 50.000 personas.

Los gobiernos de las economías más avanzadas, tanto los miembros de la OCDE, como los de los países emergentes con crecimiento económico mantenido, deben mantener una apuesta clara por apoyar financieramente, a través del sistema de Naciones Unidas y de organizaciones humanitarias especializadas, las necesidades humanitarias de regiones afectadas por crisis sobrevenidas y crónicas en países sin capacidad de respuesta.

16. La ayuda oficial española destinada a acción humanitaria se reduce significativamente por segundo año consecutivo

La financiación española de la Acción Humanitaria que se había consolidado en los últimos años con un peso propio en el ámbito internacional, llegando a figurar entre los 10 mayores donantes de fondos, ve por segundo año consecutivo disminuida la contribución financiera. Un año en el que la partida presupuestada ascendía a 337,4 millones de euros, la ejecución final de 307,1 supone una reducción del 13,7% con respecto al año previo y un alarmante descenso del 40% con respecto a 2009.

Esta tendencia en la disminución de los fondos para ayuda humanitaria es injustificada en tiempos en los que un tercio de las necesidades mundiales de este sector están sin cubrir, lo que denota el menor interés de la cooperación española por financiar la ayuda a situaciones de crisis humanitarias.

Se deben mantener los niveles alcanzados en la financiación de crisis que se producen en regiones empobrecidas, azotadas por desastres recurrentes y conflictos mantenidos en el tiempo, a los que la comunidad local es incapaz de hacer frente precisando ayuda internacional.

17. La ayuda humanitaria española se dirige en gran medida hacia las regiones del planeta más afectadas por crisis complejas y se concentra en aquellos países de más bajo desarrollo con mayores necesidades humanitarias

La distribución de la ayuda por regiones y países resulta, globalmente, coherente en gran medida con las necesidades humanitarias generadas por las múltiples crisis crónicas, muchas de ellas como las que afectan a África Subsahariana de gran complejidad. A esta región del planeta se ha destinado en 2011 un 43% de los fondos para Acción Humanitaria.

Se mantiene así la tendencia iniciada en 2008 de dirigir la mayor cuantía de la AH a África Subsahariana, sin duda la región del planeta más castigada por crisis humanitarias. En 2011 destacaron la crisis alimentaria del Cuerno de África y el Sahel y los conflictos mantenidos en el tiempo en Darfur; Sur Sudan y República Democrática del Congo.

En el debe tenemos que apuntar el uso fragmentado de parte de esta ayuda que se aprecia en el hecho de destinar a 77 países partidas inferiores a 300.000 Euros.

Para una mayor eficiencia se debe evitar la fragmentación en el destino de la financiación de la Acción Humanitaria. Se debe ampliar la tendencia de concentrar la ayuda en contextos con mayores necesidades, tanto en crisis emergentes como en escenarios afectados por conflictos mantenidos en el tiempo

ACRÓNIMOS

AAA	Agenda de Acción de Accra.	DNDC	Iniciativa Medicamentos para Enfermedades Olvidadas / Drugs for Neglected Diseases initiative.
ACNUR	Agencia de las Naciones Unidas para los Refugiados.	ECHO	Oficina de Ayuda Humanitaria de la Unión Europea.
AECID	Agencia Española de Cooperación Internacional y para el Desarrollo.	EELL	Entidades locales.
ADPIC	Acuerdos sobre los derechos de propiedad intelectual relacionados con el comercio.	ERC	Emergency Relief Coordinator.
AGCS	Acuerdo General sobre Comercio de Servicios.	ETS	Enfermedades de transmisión sexual.
AGE	Administración General del Estado.	FAD	Fondo de Ayuda al Desarrollo.
AIM	Alianza Internacional de Microbicidas.	FAO	Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura / Food and Agriculture Organization of the United Nations
AOD	Ayuda oficial al desarrollo.	FED	Fondo Europeo de Desarrollo.
APS	Atención primaria de salud.	FG	Fondos globales.
ATTAC	Asociación por la Tasación de las Transacciones y por la Ayuda a los Ciudadanos.	FIDA	Fondo Internacional para el Desarrollo Agrícola.
BAfD	Banco Africano de Desarrollo.	FIEM	Fondo para la Internacionalización de la Empresa.
BAsD	Banco Asiático de Desarrollo.	FNUAP	Fondo de Población de las Naciones Unidas.
BDR	Bancos regionales de desarrollo.	FONPRODE	Fondo de Promoción para el Desarrollo.
BM	Banco Mundial.	FTS	Financial Tracking Service.
BM AIF	Asociación Internacional de Fomento Banco Mundial.	FTT	Financial Transaction Tax.
BRICS (países)	Brasil, Rusia, India, China y Sudáfrica.	GAVI	Alianza Global para las Vacunaciones e Inmunizaciones.
CAD	Comité de Ayuda al Desarrollo.	GFATM	Fondo Global contra el sida, la malaria y la tuberculosis / The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria.
CAP	Procedimiento de llamamientos unificados / Consolidated Appeals Process.	GHD	Principios y Buenas Prácticas de la Buena Donación Humanitaria.
CCAA	Comunidades autónomas.	IAVI	Iniciativa Internacional para la vacuna del sida / Internacional AIDS Vaccine Initiative.
CEDEAO	Comunidad Económica de Estados del África Occidental.	IFFIm	Facilidad financiera internacional para la inmunización.
CERF	Fondo de Emergencia Central de Respuesta / Central Emergency Response Fund.	IHP	International Health Partnership.
CHF	Fondos comunes para emergencias.	IOM	Organización Internacional para la Migraciones.
CODC	Catálogo de ocupaciones de difícil cobertura.	IPPF	Federación Internacional de Planificación Familiar.
CRED	Centro de Investigación sobre la Epidemiología de las Catástrofes.	ITS	Infecciones de Transmisión Sexual.
CRS	Sistema Acreedor de Información / Creditor Reporting System.	MAEC	Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación.
CTL	Transacciones de divisas / Currency Transaction Levy.		
DDHH	Derechos humanos.		
DES	Documento estratégico salud.		
DGPOLDE	Dirección General de Planificación y Evaluación de Políticas de Desarrollo.		

MASCE	Mesa de Armonización de Salud de la Cooperación Española.	PMA (WFP)	Programa Mundial de Alimentos / World Food Programme
MCINN	Ministerio de Ciencia e Innovación.	PMA	Países menos adelantados
MEH	Ministerio de Economía y Hacienda.	PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
MINUSTAH	Misión de Estabilización de las Naciones Unidas en Haití.	PRB	Países de renta baja
MITC	Ministerio de Industria, Turismo y Comercio.	PRM	Países de renta media
MMV	Medicines for Malaria Venture.	PRMA	Países de renta media alta
MSPS	Ministerio de Sanidad y Políticas Sociales.	PRMB	Países de renta media baja
NNUU	Naciones Unidas.	RANSA	Reunión de Alto Nivel sobre Seguridad Alimentaria y Nutricional
OAH	Oficina de Ayuda Humanitaria (AECID).	RTVE	Radio Televisión Española
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico.	SECI	Secretaría de Estado de Cooperación Internacional
OCHA (OCAH)	Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios / Office for the Coordination of Humanitarian Affairs.	SEMEX	Sociedad Española de Médicos Extranjeros
ODM	Objetivo de Desarrollo del Milenio.	SGCID	Secretaría General de Cooperación Internacional y para Iberoamerica
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenibles.	SWAP	Sector Wide Approach
OEI	Organización de Estados Americanos.	UE	Unión Europea
OEI	Organización de Estados Iberoamericanos.	UN HABITAT	Programa de las Naciones Unidas para los Asentamientos Humanos
OIEA	Organismo Internacional de Energía Atómica.	UNDG	Grupos de desarrollo de las Naciones Unidas
OIM	Organización Internacional de las Migraciones.	UNESCO	Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura
OMC	Organización Mundial del Comercio.	UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
OMS (WHO)	Organización Mundial de la Salud / World Health Organization).	UNIFEM	Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer
OMUDES	Organismos multilaterales de desarrollo.	UNISDR	Oficina de las Naciones Unidas para la Reducción de Catástrofes
ONDUC	Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito.	UNITAID	Facilidad internacional de compra de medicamentos
ONGD	Organización no gubernamental de desarrollo	UNOPS	Oficina de las Naciones Unidas de Servicios para Proyectos
ONUSIDA	Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el sida	UNRWA	United Nations Relief and Works Agency for Palestine Refugees in the Near East
OPS	Organización Panamericana de Salud	VIH/sida	Virus de la inmunodeficiencia humana
OTC	Oficina técnica de cooperación		
PACI	Planes anuales de cooperación internacional		
PEPFAR	Plan presidencial de respuesta contra el sida		
PIB	Producto interior bruto		
PIDESC	Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales		