

Estrategia de Salud de la Cooperación Española



MINISTERIO
DE ASUNTOS EXTERIORES
Y DE COOPERACIÓN

SECRETARÍA DE ESTADO
DE COOPERACIÓN INTERNACIONAL

DIRECCIÓN GENERAL DE PLANIFICACIÓN
Y EVALUACIÓN DE POLÍTICAS PARA EL DESARROLLO

A large, stylized graphic of a hand with five fingers, rendered in a light teal color against a darker teal background. The hand is positioned in the upper half of the page. Below the hand, there is a horizontal band of a slightly different shade of teal, and at the bottom, a solid dark teal band.

Estrategia de Salud de la Cooperación Española

© Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación, 2007
Secretaría de Estado de Cooperación Internacional
Dirección General de Planificación y Evaluación de Políticas para el Desarrollo

Elaboración del primer borrador

Javier Freire Macías, Consultor Senior en Salud Internacional

Elaboración del documento final

Susana Monje Corella
Oriana Ramírez Rubio

Coordinación en DGPOLDE

José Antonio González Mancebo, Subdirector General de Planificación de Políticas de Desarrollo
Miguel Casado, Responsable de Salud
Nava San Miguel Abad, Coordinadora de Planificación Sectorial

Coordinación de la edición

Susana de Funes Casellas

Fotografías portada

Ainhoa Mendizábal
Guadalupe Rubio
Lolo Vasco
Programa VITA, AECID
AECID

La Dirección General de Planificación y Evaluación de Políticas para el Desarrollo (DGPOLDE) desea agradecer la colaboración de todas aquellas personas e instituciones que han contribuido con sus aportaciones al presente documento.

Se autoriza la reproducción total o parcial de esta obra por cualquier medio o procedimiento, conocido o por conocer, comprendidas la reproducción y el tratamiento informático, siempre que se cite adecuadamente la fuente y los titulares del Copyright.

La versión electrónica de este documento se puede descargar de:

<http://www.maec.es>

<http://www.aeci.es>

ISBN: 978-84-8347-043-5

NIPO: 502-07-057-4

Diseño y producción editorial: www.baetica.net

Imprime: Lerko Print, S.A.

Para cualquier comunicación relacionada con esta publicación, diríjase a:

*Dirección General de Planificación y Evaluación de Políticas para el Desarrollo
Secretaría de Estado de Cooperación Internacional
Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación
Príncipe de Vergara 43, 5ª planta. 28001 Madrid
Tel.: +34 91 379 96 86
Fax.: +34 91 431 17 85
dgpolde@maec.es*

Índice

	Prólogo	3
	Proceso de elaboración y agradecimientos	5
1	Presentación	7
2	Justificación	9
	2.1. Situación y tendencias de la salud y la cooperación internacional en la nueva era global	9
	2.1.1. La salud en la globalización	9
	2.1.2. Situación mundial de la salud	9
	2.1.3. Prioridades, obstáculos y retos en salud global	13
	2.2. Antecedentes, evolución y situación de la cooperación española en salud	14
	2.3. Ubicación de la Estrategia en el Plan Director y en el ciclo de planificación de las políticas de desarrollo	18
3	Marco de referencia	19
	3.1. Marco normativo	19
	3.1.1. Marco normativo internacional	19
	3.2. Marco institucional	19
	3.3. Marco teórico	19
	3.3.1. Principios	20
	3.3.2. Enfoques	21
	3.3.3. Conceptos	26
4	Marco de intervención	27
	4.1. Marco metodológico	27
	4.1.1. Cruce con prioridades horizontales	29
	4.1.2. Sector prioritario: objetivos específicos, líneas estratégicas, actuaciones prioritarias y pautas de intervención	35
	4.1.3. Integración de acciones y prioridades intersectoriales	56

4.2. Marco instrumental	65
4.2.1. Acción bilateral y multilateral	65
4.2.2. Instrumentos de la cooperación	66
4.3. Marco geográfico	75
4.3.1. África Subsahariana	75
4.3.2. América Latina y Caribe (ALC)	80
4.3.3. Asia y Pacífico	85
4.3.4. Magreb y Oriente Próximo	88
4.3.5. Europa Central y Oriental	93

5

Proceso de difusión y puesta en práctica de la Estrategia	95
--	-----------

6

Proceso de seguimiento y evaluación	97
--	-----------

Notas	99
--------------------	-----------

Acrónimos	111
------------------------	------------

Glosario de conceptos	115
------------------------------------	------------

Bibliografía y webs de interés	123
---	------------

Anexos (sólo disponible en versión digital en www.maec.es)	131
--	------------

I. Presentación de la Estrategia: gráficos y tablas	131
--	------------

II. Objetivos de Desarrollo del Milenio en salud	141
---	------------

III. Clasificación CRS de la AOD en salud	143
--	------------

IV. Indicadores de salud	145
---------------------------------------	------------

V. Indicadores de salud de las regiones de la Cooperación Española	153
---	------------

VI. Marco normativo	159
----------------------------------	------------

VII. Marco institucional	185
---------------------------------------	------------

VIII. Líneas estratégicas y pautas de actuación	215
--	------------

IX. Notas de anexos	275
----------------------------------	------------

Prólogo

La salud es primordialmente un derecho fundamental de los seres humanos, y como tal, es reconocido en el artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos. La salud es, además, una condición necesaria para alcanzar el disfrute del resto de los derechos y conseguir un desarrollo armonioso y duradero que permita a mujeres y hombres realizar sus objetivos personales. En una encuesta mundial encargada por el Secretario General de la ONU, Kofi Annan, para la *Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas* (Encuesta del Milenio, Naciones Unidas, 2000), la buena salud figuraba invariablemente como la principal aspiración de los hombres y las mujeres de todo el mundo. De hecho, la ausencia de salud constituye la antesala de una situación de déficit de fuerza productiva, educación, falta de trabajo, etc. en definitiva, de pobreza. La enfermedad reduce los ingresos anuales de la sociedad, los ingresos de los individuos a lo largo de la vida y las perspectivas de crecimiento económico. Las pérdidas representan decenas de puntos porcentuales del PNB de los países más pobres cada año, que se traducen en cientos de miles de millones de euros. Un buen estado de salud es la base de la productividad laboral y de la capacidad, tanto para aprender en la escuela como para desarrollarse en el terreno intelectual, físico y emocional. En términos económicos, la salud y la educación son las dos piedras angulares del capital humano.

Los vínculos entre la pobreza y la salud son más fuertes de lo que puede reconocerse inicialmente. En algunos países de renta muy baja, en particular del África Subsahariana, la carga de morbilidad global representa un freno radical al crecimiento económico, por lo que debe ser objetivo prioritario de toda estrategia integral de desarrollo. La pandemia de SIDA constituye un desafío excepcional, de una urgencia y una intensidad sin precedentes. Si no se le dedican los esfuerzos necesarios, puede, por sí sola, frustrar el desarrollo de África a lo largo de la próxima generación, y causar decenas de millones de muertes en la India, China y otros países en desarrollo³.

Si se lograra el control de estos problemas y se combinara con programas mejorados de planificación familiar, las familias pobres no sólo podrían disfrutar de vidas más largas, más sanas y más productivas, sino que, sabedores de que sus hijos sobrevivirán, podrían optar por tener una descendencia menos numerosa y, por tanto, podrían invertir más en la educación y la salud de cada hijo.

Las mejoras en materia de salud se traducirían en mayores ingresos, mayor crecimiento económico y menor crecimiento de la población.

Algunos de esos trastornos representan una carga especialmente gravosa para las mujeres, por lo que el enfoque de género en temas de salud se hace especialmente necesario

La lucha contra las enfermedades exige no sólo recursos financieros, una tecnología suficiente y el compromiso político, sino también una estrategia, líneas operacionales de responsabilización y la capacidad de aprender mientras se avanza.

En este contexto surge el presente documento, que aspira a ser un instrumento para hacer efectiva la voluntad de todos los actores de la Cooperación Española de integrar sus esfuerzos al de los países donantes y los países socios, en la consecución de un mundo más justo, más saludable, más comprometido y más desarrollado.

Por todo ello, la salud es una prioridad de la Cooperación Española que se refleja, tanto en la Ley 23/1998 de 7 de julio, de Cooperación Internacional para el Desarrollo, como en el *Plan Director de la Cooperación Española 2005-2008*, que hace del logro de la salud básica de calidad uno de sus principales objetivos, y del fortalecimiento de los sistemas públicos de salud de los países en desarrollo una de sus principales líneas estratégicas, pues son los poderes públicos los principales garantes y proveedores de los derechos de la ciudadanía.

Continuando el ciclo de planificación, esta *Estrategia de Salud de la Cooperación Española* desarrolla los objetivos y líneas prioritarias recogidas en el Plan Director, y establece prioridades y pautas de actuación con el fin de orientar la cooperación sectorial en una doble dirección: la contribución de España al objetivo común de universalizar la salud básica, y la mejora de la calidad y eficiencia de la AOD española en este sector, para contribuir de manera significativa a la erradicación de la pobreza.

A pesar de los avances logrados en algunas regiones, la situación de la salud en el mundo hace que todavía los retos y brechas de la Salud Para Todos sean muy grandes. Conseguir esta meta supone aumentar la cantidad y la calidad de la ayuda. Esto obliga y compromete a que todos los actores –nacionales, internacionales

o locales, gubernamentales o no- nos alineemos en torno a aquellos enfoques, actuaciones e instrumentos de la cooperación sectorial que hayan demostrado tener un mejor y mayor impacto en la consecución de los compromisos en materia de salud asumidos por todos. Espero que esta Estrategia sea un documento de referencia que contribuya a ello, pues esta es su función y con ese propósito ha sido elaborada. Sólo la coordinación y armonización de las actuaciones entre los actores de un país, y de los países entre sí, pueden hacer efectivo el logro de un objetivo tan ambicioso como urgente: la universalización de la salud básica en igualdad, con equidad y calidad.

*Leire Pajín Iraola
Secretaria de Estado
de Cooperación Internacional*

Proceso de elaboración y agradecimientos

La Estrategia de Salud se elabora sobre la base de una herramienta de planificación sectorial diseñada como instrumento integrador de todas las estrategias sectoriales, con el objetivo de facilitar la coherencia e interrelación entre ellas (fortaleciendo el enfoque multisectorial de la cooperación) y para combinar la calidad de su fundamentación teórica y posicionamiento estratégico, con la operatividad necesaria para mejorar la eficacia de la gestión y aumentar la complementariedad y armonización entre todos los actores de la Cooperación Española en el sector. Este procedimiento incorpora novedades en la planificación estratégica, por lo que la estructura y contenidos de este documento son notablemente distintos de la Estrategia de Salud publicada en 2003.

La metodología con la que se ha elaborado ha sido sobre todo participativa. La Administración general del Estado, Comunidades Autónomas, Administraciones locales, ONGD, universidades, empresas, sindicatos y demás organizaciones de la sociedad civil han colaborado activamente en su redacción.

La elaboración de la Estrategia se ha desarrollado en cuatro fases:

Tras un primer borrador, se convocó la celebración de varias reuniones y talleres para recabar aportaciones con las que, tras un rediseño sustancial de su contenido, se elaboró un segundo borrador que, a su vez, fue sometido a consultas a las que asistieron representantes de instituciones administrativas y académicas, órganos de la Administración, ONGD, etc. El tercer borrador, incluyendo las aportaciones recibidas por los asistentes a los talleres, fue remitido a los órganos consultivos antes de su aprobación definitiva.

La autoría intelectual de este documento se debe, en primer lugar, a Javier Freire Macías (consultor senior en salud internacional), Oriana Ramírez Rubio (Programa VITA- AECID) y Susana Monge Corella (Instituto de Salud Carlos III) como consultores encargados de la redacción de los sucesivos borradores de la Estrategia. Agradecemos su participación en este proceso a la **Agencia Española de Cooperación Internacional**, especialmente a Lola Manchón, Karin Kathan, Laura Losada, Ángeles Díaz-Ojeda, Carmen de Juana, Susana Velázquez, Eva Garzón, Loreto Ferrer, Ana de Mendoza, Beatriz García, Mari Cruz del Saso, José Jiménez, Javier Maroto, María Cruz Ciria, Nieves Jiménez, y a la **Dirección General de Planificación y Evaluación de Políticas para el Desarrollo**: por la coordinación del documento en su conjunto a Miguel Casado y Nava San Miguel y los aportes de Rocío Sánchez y por el diseño y edición de la publicación Laura González y Susana de Funes.

También agradecemos especialmente la participación de la **Escuela Andaluza de Salud Pública**: Luis Andrés López; la **Agencia Catalana de Cooperación**: Laura Cartanya, y otros organismos de la Administración: **Comisión Europea**: Juan Garay; **Instituto de Salud Carlos III**: Tomás Caja, Lucía Mazarrasa y José Manuel Freire; **Ministerio de Defensa**: Teresa Goizueta; **Ministerio de Industria, Turismo y Comercio**: Ricardo Santamaría; **Ministerio de Economía y Hacienda**: Alejandro Nieto y **Ministerio de Sanidad y Consumo**: Marisa García Muñón.

Tanto en la organización de los talleres como por su aportación en el proceso, ha sido valiosa la asistencia de la **Fundación Internacional y para Iberoamérica de Administración y Políticas Públicas**: Teresa Rodríguez, y de la **Fundación Carolina**: Maribel Rodríguez.

Así como fundamental ha sido el trabajo y la colaboración de diversas ONGD, sin cuya participación estamos seguros de que este documento no alcanzaría su objetivo: **Farmacéuticos Mundi**: María Salud Falcó; **Farmacéuticos Sin Fronteras**: Ángel Huélamo; **Federación Estatal de Planificación Familiar**: Justa Moreno; **Grupo de Interés Español en Población Desarrollo y Salud Reproductiva**: Marta O'Kelly; **Médicos del Mundo**: César Antón y Jesús Yáñez; **Médicos Sin Fronteras**: Paula Farías; **Medicus Mundi**: Carlos Mediano; **Prosalus**: Carlota Merchán y José María Medina; **Red 2002**: Joan Tallada; **Tenemos SIDA**: Juan Carlos Enríquez y Vanesa López

A título individual han participado en este documento: Daniel Cobos, (Médico Residente ONGD CAPS) Tito Rodríguez, (Médico Residente ONGD CAPS), Eduardo Satué, Gorka Mola, María Salud Falcó y Natalia Herce Azanza.

A large, stylized graphic of a hand with five fingers, rendered in a light teal color against a darker teal background. The hand is positioned in the upper half of the page. Below the hand, the number '1' is displayed in a large, white, sans-serif font.

1

Presentación

1 Presentación



La cooperación internacional para el desarrollo se propone como objetivo general la lucha contra la pobreza, no entendida únicamente como una reducción de la precariedad económica, sino como la ampliación de los derechos, las oportunidades y las capacidades de las personas. Esta concepción multidimensional de la pobreza y del desarrollo, basada en derechos, exige brindar a todas las personas la oportunidad de desarrollar plenamente su potencial humano. El reconocimiento del derecho al desarrollo implica un cambio en el modo de entender la cooperación, que se constituye así en un imperativo ético y político para los gobiernos de todos los países.

La Cooperación Española, a través de la vigente Ley 23/1998 de Cooperación Internacional para el Desarrollo (LCID)¹ y de su Plan Director de la Cooperación Española (*Plan Director 2005-2008*)², reconoce y hace suyos estos principios. También, en el Plan Director se pone de relieve la necesidad de enmarcar las actuaciones en los objetivos de reducción de la pobreza definidos y consensuados por la comunidad internacional: los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM).

En este contexto, la salud ha ido tomando una importancia creciente al reconocerse los fuertes vínculos existentes entre pobreza y salud. La mala salud no es sólo una consecuencia de la pobreza, sino que es uno de sus elementos constitutivos y, a la vez, puede ser una de sus causas. A nivel individual y familiar, una mejor salud supone mayores oportunidades de formación, mejora de la productividad laboral, menores gastos y tiempo invertido en el cuidado de enfermos, etc. A nivel macroeconómico, la buena salud se puede traducir en un mayor crecimiento y seguridad económica.

La actuación en el sector salud es por tanto básica para el objetivo de reducir la pobreza y lograr un desarrollo humano sostenible. Pero además de ser uno de los instrumentos promotores de estos procesos, lograr el máximo nivel posible de salud debe ser uno de los objetivos fundamentales del desarrollo, ya que la salud es un Derecho Humano y, como tal, inherente a la dignidad de las personas.

La importancia que se concede a la salud en la agenda internacional del desarrollo ha quedado reflejada en el hecho de que tres de los ocho ODM se refieren a elementos relacionados con la salud –reducir la mortalidad infantil, mejorar la salud materna, y combatir el VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades–, y muchos otros objetivos están relacionados con ella de manera indirecta.

Uno de los retos más importantes en la actualidad es definir los principios concretos en los que se deben basar las acciones en salud, para que respondan al desafío de orientarse de manera efectiva a la reducción de la pobreza y la promoción del desarrollo^{a, 3}.

La relevancia de la salud para la Cooperación Española ha quedado claramente plasmada en sus marcos legales y de planificación, entre ellos la Estrategia de Salud del año 2003⁴, y en la importante cantidad de recursos que la AOD española y la misma sociedad civil canaliza históricamente hacia este sector.

El presente documento estratégico reafirma este compromiso con la salud, y pretende servir de marco de referencia para que la ayuda oficial al desarrollo en salud sea eficaz, coherente con la realidad multidimensional de la salud, con el enfoque de derechos, con las complejas relaciones existentes entre salud y pobreza, y que responda a los desafíos que presenta el mundo globalizado en que vivimos.

Presentamos un documento ambicioso, con un contenido quizás muy amplio y que pretende servir como un instrumento útil para todos los actores de la cooperación.

Sólo el tiempo y el uso dirán si ha conseguido su objetivo, en cualquier caso, como un instrumento vivo que es, se aprovecharán de las lecciones aprendidas y se irá adaptando a éstas.

^a Cómo puede lograrse de forma efectiva la vinculación entre salud y desarrollo es "The very difficult question", que plantea Amartya Sen.

2

Justificación

2.1. Situación y tendencias de la salud y la cooperación internacional en la nueva era global	9
2.1.1. La salud en la globalización	9
2.1.2. Situación mundial de la salud	9
2.1.3. Prioridades, obstáculos y retos en la salud global	13
2.2. Antecedentes, evolución y situación de la cooperación española en salud	14
2.3. Ubicación de la estrategia en el Plan Director y en el ciclo de planificación de las políticas de desarrollo	18

2 Justificación



2.1. Situación y tendencias de la salud y la cooperación internacional en la nueva era global

2.1.1. La salud en la globalización

La salud mundial se encuentra enfrentada en este nuevo milenio a profundos y complejos cambios y desafíos, tanto respecto a los problemas de la misma como en lo que concierne a las respuestas internacionales hacia ellos⁵; las cuales se han visto incrementadas cualitativa y cuantitativamente: la AOD bilateral a este sector se ha incrementado en términos absolutos un 63,5% entre el año 1998 y 2003 y, del total de la AOD, un 12,6% se dedicó a salud, un 2,7% más que en 1998^a.

La actual situación, dominada por la globalización, es una combinación de logros, amenazas y oportunidades que se han ido generando a lo largo de todo un proceso histórico, especialmente en el pasado siglo XX. Hacer que los logros alcanzados y las oportunidades que se presentan, así como el control y mitigación del impacto de las actuales y potenciales amenazas, beneficien de manera durable y equitativa al conjunto de la humanidad, es una tarea ingente.

La globalización ofrece una doble cara y provoca un impacto tanto positivo como negativo en la salud de la población,^{b, 6, 7} especialmente en aquella con menos recursos. Por un lado, el aumento en la disponibilidad de nuevas tecnologías y el desarrollo de los sistemas de salud han permitido a éstos ser más efectivos. Se pueden citar grandes logros de la salud pública, como por ejemplo, la reducción en un 50% de la mortalidad infantil en los últimos 50 años o la erradicación de la viruela en el mundo entero en 1977, y de la polio en Latinoamérica y Caribe en 1991. Sin embargo, el cambio en la dinámica de las enfermedades por el aumento de los desplazamientos, flujos migratorios y conflictos, unido a los cambios sociales y de conducta, ha provocado que enfermedades relativamente nuevas, como el VIH/SIDA, o recurrentes, como el cólera o la tuberculosis, constituyan actualmente una amenaza a nivel mundial.

La globalización también impone un reto, cuando hablamos de los recursos humanos en salud. La movilidad acrecentada ha facilitado el movimiento de personal competente de áreas rurales a áreas urbanas, y de los países pobres a los países desarrollados. En ocasiones, los planes de formación académica se adaptan más a los requisitos internacionales que a las propias necesidades locales.

El acceso a medicamentos también proporciona otro ejemplo de cómo se entrelazan amenazas y oportunidades. Por una parte, los mercados farmacéuticos implicados en programas de salud mundial han permitido la disponibilidad de ciertas drogas allí donde antes no era posible, y sin embargo, ha quedado en evidencia que la industria farmacéutica no invierte lo suficiente en la investigación y desarrollo de nuevos medicamentos, métodos, diagnósticos y vacunas requeridos para las llamadas enfermedades olvidadas, que afectan a los países más pobres.

La globalización plantea otro desafío: detectar las acciones locales, nacionales e internacionales efectivas que sitúan la reducción de la pobreza en el centro de la política de salud internacional. Cada vez existe más evidencia de que para llevar a cabo estrategias efectivas e integrales de reducción de la pobreza, basadas en resultados y con enfoque a largo plazo, es necesario apoyar e impulsar el liderazgo local de los gobiernos nacionales y el desarrollo de capacidades humanas e institucionales a nivel local. Y la clave del éxito radica en vincular el compromiso nacional y las políticas efectivas con el potencial constituido por el esfuerzo internacional. La comunidad internacional es consciente de la necesidad de desarrollar formas efectivas de cooperación internacional dentro del sector salud, basadas en la coordinación y la complementariedad, para lograr que todas las personas se beneficien de forma equitativa del proceso de globalización.

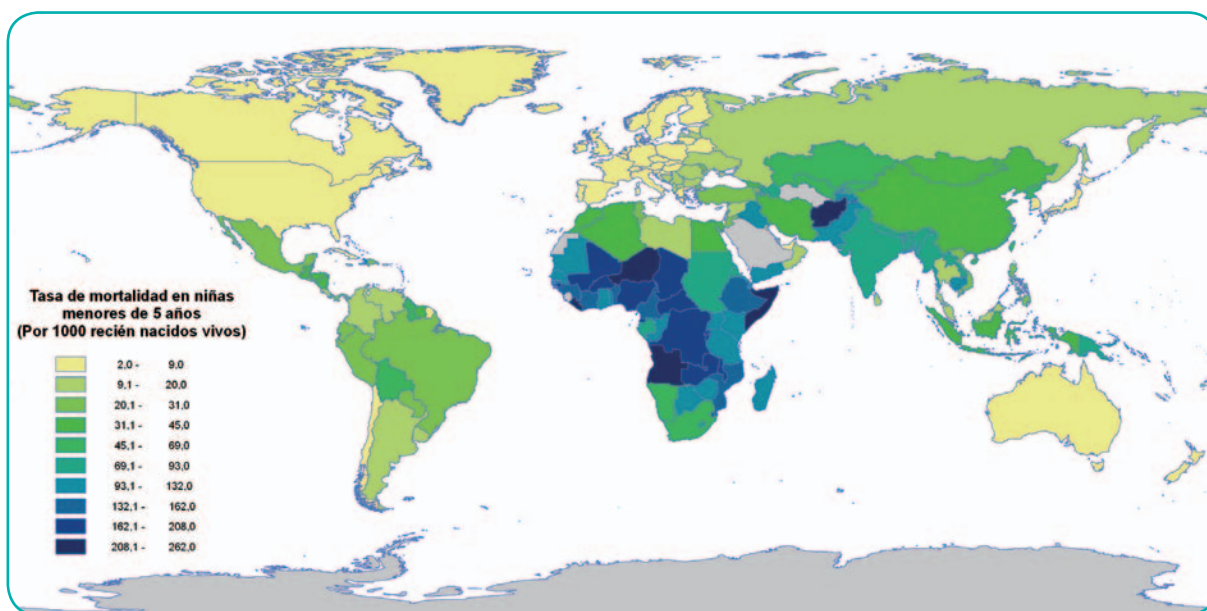
2.1.2. Situación mundial de la salud

La situación de la salud en el mundo se caracteriza por una profunda desigualdad en la distribución de la enfermedad entre los diversos países, pero también entre las poblaciones dentro de éstos. Y la mala salud está estrechamente relacionada con la pobreza. Cerca del 60% de la mala salud corresponde al 20% de las

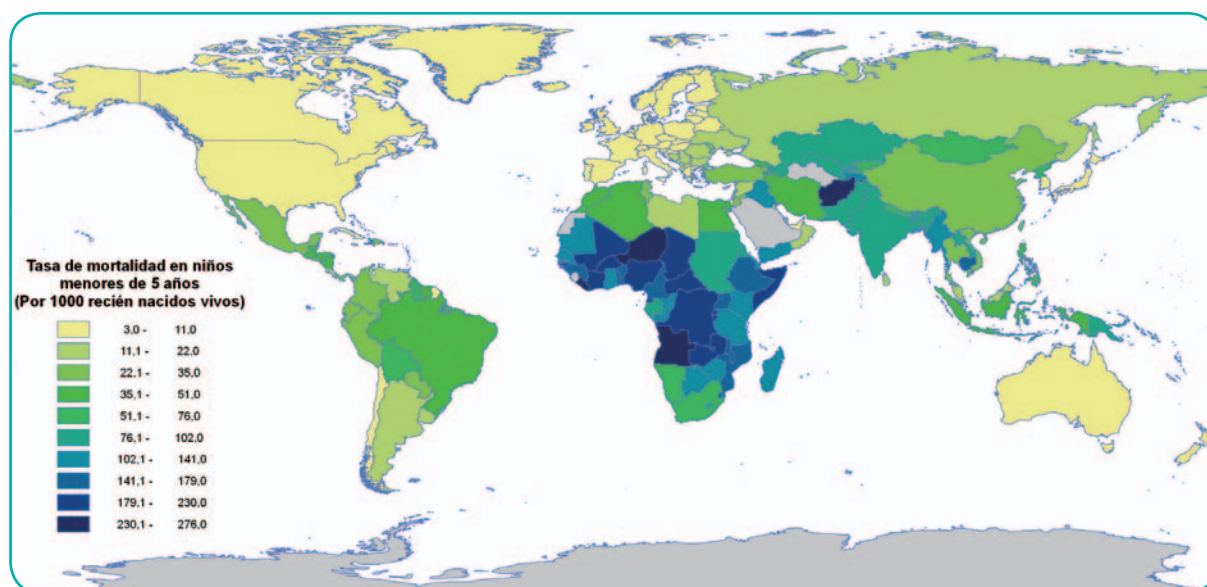
^aVer Anexo I, Gráfico I: "Evolución de la ayuda en salud respecto a la AOD Bilateral distribuible bruta del CAD 1998 – 2003".

^bVer Anexo I Gráfico I, Tabla 1: "Globalización y Posibles Impactos sobre la Salud (ejemplos)".

personas más pobres del mundo, frente al 8-11% para el 20% con mayores posibilidades económicas. Esta diferencia es todavía más acusada en las poblaciones más jóvenes y en el caso de las mujeres. El 20% más pobre tiene 10 veces más posibilidades de morir antes de llegar a la edad de 14 años en comparación con el 20% más rico. Las mujeres en los países más pobres del mundo enfrentan un riesgo 500 veces mayor de morir durante el parto en comparación con las mujeres en los países más ricos de occidente. Más del 90% de las muertes maternas e infantiles continúan ocurriendo en países en desarrollo⁸.



Fuente: Elaboración conjunta programas VITA y Azahar (AECID) a partir del sistema de información estadística online de la OMS (WHOSIS), 2006.



Sin embargo, los recursos dedicados a la salud se distribuyen de manera muy desigual y no guardan proporción con la distribución de los problemas de salud. Los países de ingresos bajos y medios, que representan el 18% de los ingresos mundiales, suponen el 11% del gasto sanitario mundial. No obstante, el 84% de la población del mundo vive en estos países y sobrellevan el 93% de la carga de morbilidad del mundo.

El gran escalón existente entre las necesidades de las personas más pobres y los recursos destinados a ellas, determinan la profunda inequidad que caracteriza el panorama sanitario mundial^a. Esta inequidad no sólo ocurre entre países desarrollados y en desarrollo, sino también entre grupos de personas dentro de estos países^{9,10,11}.

Cabe destacar dos ámbitos relacionados con la inequidad en salud que, no sólo tienen gran influencia sobre ésta, sino que constituyen en sí mismos prioridades horizontales de la Cooperación Española: la equidad de género y el respeto a la diversidad cultural.

DISTRIBUCIÓN DE CARGA ENFERMEDAD MUNDIAL		
Grupo países	% Población mundial	% Carga enfermedad mundial
Renta Alta	15,00	8,0
Renta Media		
• Media Alta	8,25	6,0
• Media Baja	35,60	27,0
Renta Baja	41,15	59,0

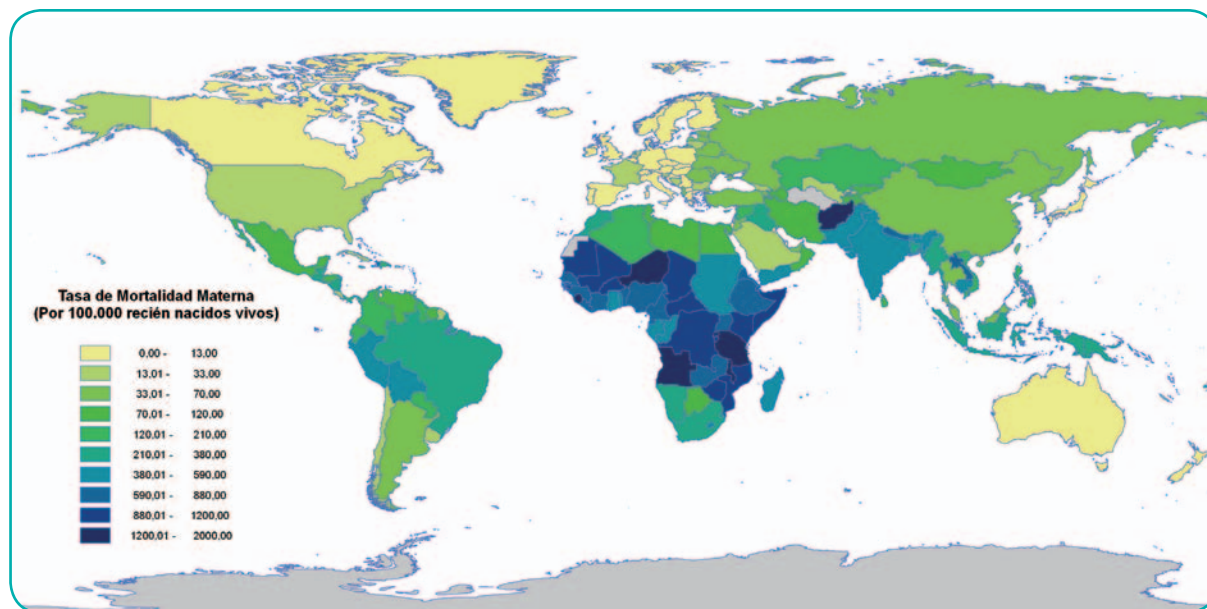
Fuente: OMS. Carga Global de Enfermedad revisada. Estimaciones 2002. Disponible: <http://www.who.int/>

Por un lado, las desigualdades de género condicionan de manera determinante una mayor carga de pobreza para las mujeres, que además soportan mayor carga de morbimortalidad^b. Existe una gran desigualdad para las mujeres en el acceso y utilización de los servicios de salud, que viene ligada en muchas ocasiones a una falta de autonomía y capacidad de tomar decisiones en relación con su salud, su cuerpo y su sexualidad. Esto es especialmente importante en el ámbito de la salud sexual y reproductiva¹². Un hecho que ejemplifica esta desigualdad son los mayores costos que tiene la atención sanitaria para las mujeres^{c,13}.

^a La inequidad hace referencia a las diferencias en materia de salud, que no sólo son innecesarias y evitables, sino que además son injustas.

^b Ver Anexo I, Tabla 4: "Carga de enfermedad Mundial por problemas de Salud Sexual y Reproductiva (en %)".

^c Ver Anexo I, Tabla 5: "Gasto de bolsillo en salud"



Fuente: Elaboración conjunta programas VITA y Azahar (AECID) a partir del sistema de información estadística online de la OMS (WHOSIS), 2006.

En lo que respecta a la identidad de los grupos étnicos, la barrera cultural a la que deben enfrentarse los hombres y mujeres indígenas se manifiesta, tanto en la incapacidad de comunicarse por cuestiones lingüísticas, como en la existencia de comportamientos, códigos, relaciones médico-paciente y objetos terapéuticos extraños a su cultura, que les hacen muy difícil establecer una relación satisfactoria que les permita beneficiarse de las prestaciones que ofrece el sistema oficial de salud. A esto se une la falta de conocimientos del personal del sistema sanitario convencional sobre los factores culturales de la salud.

Una tercera prioridad horizontal de la Cooperación Española que está determinando el estado de la salud mundial es la sostenibilidad medioambiental, ya que sólo un desarrollo sostenible es compatible con la preservación de la salud de las personas. La salud y el medio que nos rodea están íntimamente relacionados; la calidad y la salubridad de nuestro entorno son vitales para una buena salud. A nivel global, nuestra dependencia absoluta del medio ambiente nos hace vulnerables a los grandes cambios ambientales, como el cambio climático que puede ser origen de severas alteraciones en los ecosistemas y en la salud de las poblaciones humanas. Los niños y niñas son los más susceptibles a los efectos del medio ambiente, por lo que muchos de los esfuerzos dentro de las políticas deben dedicarse a salvaguardar su desarrollo en un medio ambiente sano¹⁴.

Por último, la aparición del VIH/SIDA como una epidemia global en un mundo sumamente conectado amenaza con comprometer y revertir el desarrollo económico y social en muchas partes del mundo. El VIH/SIDA tiene un impacto directo en la salud, sobrecargando los servicios de salud y empobreciendo a las familias que deben cubrir los gastos que ocasionan las enfermedades oportunistas. A nivel local, la pérdida de personas trabajadoras y cuidadoras merma la oferta de mano de obra productiva.

El VIH/SIDA supone un 9,2 % de la carga de enfermedad, y el número de afectados no cesa de aumentar en todas las regiones (excepto en Caribe). La epidemia afecta principalmente a África Subsahariana, que alberga el 65 % de la población mundial afectada, y el 77 % de las mujeres afectadas en el mundo. La feminización del SIDA es obvia en esta región, ya que el 59% de los adultos que la padecen son mujeres, y éstas son las que menos información y recursos tienen para prevenir la infección^{a,15}. Algunos datos sobre el estado de la epidemia se muestran en la siguiente tabla:

^a Ver Anexo I, Tabla 6: "Población que no conoce ninguna forma de prevención del SIDA, (Bangladesh, 1996)"

ESTIMACIONES DE LA EPIDEMIA DE VIH/SIDA (DICIEMBRE 2006)					
	Por edad		Por región		
	Adultos	Menores 15 años	África Subsahariana	Asia Meridional y Oriental	Resto del Mundo
Personas con VIH	39.500.000	2.300.000	24.700.000	7.800.000	7.081.000
Mujeres	17.700.000		13.300.000	2.200.000	2.146.000
Nuevas Infecciones por VIH	4.300.000	530.000	2.800.000	860.000	677.000
Defunciones por SIDA	2.600.000	380.000	2.100.000	590.000	281.000

Fuente: ONUSIDA. Situación de la Epidemia de Sida Diciembre de 2006.

2.1.3. Prioridades, obstáculos y retos en salud global

En la comunidad internacional existe un amplio consenso sobre cuáles son las principales prioridades que deben tratarse para mejorar la salud en los países en desarrollo. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) recogen los ámbitos en los que deben concentrarse la mayor parte de los recursos. Todos los Objetivos dependen para su consecución de la mejora de la salud. Además, tres de los ocho ODM están directamente relacionados con este sector:

- Objetivo 4: Reducir la mortalidad infantil
- Objetivo 5: Mejorar la salud materna
- Objetivo 6: Combatir el VIH/SIDA, el malaria y otras enfermedades

Adicionalmente, los objetivos relativos a la promoción de la igualdad entre los sexos y la autonomía de la mujer, la sostenibilidad medioambiental, y la llamada a la “asociación mundial para el desarrollo” tienen importantes implicaciones para la salud. En general, en relación al grado de consecución de los ODM en salud, puede afirmarse que la mayoría de regiones, de seguir la tendencia actual, no alcanzarán las metas previstas para 2015^a. Además, es importante tener en cuenta que las medias regionales no muestran la realidad de los países que las componen. Algunos de los países con los peores indicadores apenas si han logrado algún progreso.

El Foro de Alto Nivel sobre la consecución de los ODM de Salud identificó como uno de los principales obstáculos que estaban frenando el camino hacia los ODM, la falta de capacidad de los sistemas sanitarios. Éstos se ven enfrentados en los países de renta media y baja a multitud de limitaciones para su funcionamiento y el logro de sus objetivos, ligadas tanto a la escasez de recursos –humanos, técnicos y financieros –como al uso ineficiente y no equitativo de los mismos^b.

Debido a las limitaciones de los sistemas de salud, las acciones de la cooperación internacional han tendido a no canalizarse a través de ellos, puenteándolos, y estableciendo sistemas de gestión paralelos para abordar las enfermedades prioritarias mediante programas verticales. El fortalecimiento de los sistemas de salud, tras haber sido relegado a un segundo plano por este enfoque verticalista, se vuelve a considerar como un factor clave en la consecución de los ODM^{16,17}, y, en general, para la efectividad de la ayuda en salud^{c,18}.

^a Ver Anexo II, “Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud. Seguimiento y grado de consecución”.

^b Ver Anexo I, Tabla 8: “Limitaciones en los Sistemas de Salud de Países de Renta Media y Baja”.

^c El interés suscitado por las desigualdades sanitarias y la salud de los pobres ha venido oscilando. Entre los años 60 a 80 fueron objeto de atención a raíz de las iniciativas de Atención Primaria de Salud y “Salud para Todos”, siendo relegadas en los 90 por los procesos de Reforma Sanitaria centrados en la eficiencia y habiendo recobrado en la época actual un inusitado y especial interés.

2.2. Antecedentes, evolución y situación de la cooperación española en salud

La Cooperación Española ha ido adquiriendo una amplia experiencia en el sector salud desde la época en que España aún aparecía en la lista de países receptores de ayuda del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD)^a. En aquel período, la cooperación sanitaria era llevada a cabo sobre todo por organismos filantrópicos^b. En la segunda mitad de la década de los setenta se pone en marcha la cooperación oficial al desarrollo del Estado español, apareciendo en 1977 como donante oficial^{19,20,21}. Desde el primer momento, la salud ocupó un papel relevante y recibió buena parte de los recursos, si bien esto fue a expensas de un protagonismo especial de los créditos del Fondo de Ayuda al Desarrollo (FAD)^c, principal instrumento de cooperación en esos años. Estos créditos, gestionados hoy por el Ministerio de Industria, Turismo y Comercio, han venido prestando ayuda financiera que, en su mayor parte, debe ser reembolsada por los países receptores.

A principios de los años 80, muchos Ministerios llevaban a cabo sus propias acciones de cooperación, en el contexto de un sistema de cooperación desarticulado y sin líneas estratégicas claras. El Ministerio de Sanidad enviaba personal médico y sanitario, especialmente a países africanos^d, e incluso colaboraba con ONGD, en aquella época muy escasas. El Plan de Cooperación Integral para Centroamérica, impulsado en 1984, fue la oportunidad de iniciar actividades propiamente de cooperación oficial sanitaria fuera de los créditos FAD, aunque se basó casi exclusivamente en el envío de recursos humanos²².

Durante la segunda mitad de los años 80 se fue configurando la arquitectura institucional de la Cooperación Española^e, un proceso que tuvo continuidad en los años 90. En este proceso, en el que se fueron articulando las líneas en salud y los actores de la cooperación sanitaria española, este sector adquiere rango de prioridad oficial^f, cristalizando posteriormente en diversos marcos legales y de planificación, entre otros la LCID y el Plan Director 2001-2005²³.

La irrupción de la cooperación descentralizada^{g,24} en la ayuda oficial en los años 80 y, sobre todo, a partir de los 90, ha tenido una enorme importancia para la cooperación sanitaria^{25,26,27h}, por tres motivos: por el rango de prioridad que se le otorga al sector saludⁱ; por el volumen de recursos que le son destinados; y por su enfoque y estrategia, que hace que gran parte de dichos recursos vayan orientados al componente de salud básica.

La Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD) española en el sector salud está repleta de singularidades, y presenta diferencias respecto a la de otros países donantes del Comité de Ayuda al Desarrollo (CAD). España se incorporó al CAD de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) en 1990, y en el primer bienio (1990-1992) destinó a la salud 26 millones de dólares (3% de su AOD total). Posteriormente,

^aEspaña dejó de aparecer en esta lista en 1975.

^bEn una época en que no existía una verdadera cooperación oficial, las misiones religiosas e instituciones filantrópicas, sobre todo vinculadas a la Iglesia, desarrollaban acciones sanitarias en zonas de Latinoamérica y África, fundamentalmente. A ello se añadía la experiencia obtenida en los convenios de Cooperación Científica y Técnica de la época (fundamentalmente con Latinoamérica) y en los programas de becas.

^cCreados en 1976 mediante el Real Decreto-Ley 16/76, de 24 de agosto.

^dGuinea Ecuatorial, en concreto, ha sido un país histórico para la cooperación sanitaria española.

^eCreación en 1985 de la Secretaría de Estado de Cooperación Internacional y para Iberoamérica (SECIPI), en 1988 de la Agencia Española de Cooperación Internacional (AECID) y de la Oficina de Planificación y Evaluación (OPE).

^fComo se le otorga por el Congreso "Informe de 26 de noviembre de 1992, sobre los objetivos y líneas generales de actuación de la política española de cooperación y ayuda al desarrollo" (BOCG.-Congreso de los Diputados.- IV Legislatura. Serie E. 27 de febrero de 1992); y el Senado "Informe de 22 de noviembre de 1994 - Estudio sobre la política española de Cooperación para el desarrollo" (BOCG - Senado - V Legislatura. Serie I - 28 de noviembre de 1994). Ambos documentos claves, tienen sus antecedentes en el "Informe de la Comisión de Asuntos Exteriores del Senado sobre la Cooperación Internacional en España" de 1984.

^gEn un sentido estricto, consiste en la cooperación realizada por las administraciones subestatales (gobiernos autónomos, diputaciones y ayuntamientos). En un sentido amplio, se trata de un nuevo enfoque de la cooperación caracterizado por la descentralización de iniciativas y de la relación con el Sur, por la incorporación de una amplia gama de nuevos actores de la sociedad civil, y por una mayor participación de los actores de los países del Tercer Mundo en su propio desarrollo". Se toma aquí el sentido amplio del término.

^hEl 7 y el 9 de diciembre de 2005 se celebró en Cuba (Ciudad de La Habana), propiciado por el PNUD, el Encuentro Internacional sobre Cooperación Descentralizada "Marco multilateral y cooperación descentralizada para las Metas del Milenio", donde han participado activamente diversos Fondos de Cooperación de España (Andaluz, Vasco y Catalán). Disponible en: <http://www.onu.org/cu/pdhl/art/index.html>

Bien visible en los marcos legales y de planificación de las diferentes CCAA. Se puede acceder a ellos a partir de la web de la Confederación de Fondos de Cooperación y Solidaridad, y en concreto su Observatorio. Disponible en: <http://www.confederacionfondos.org/>

en 1996-98, esta cantidad pasó a ser de 117 millones de dólares, lo que situó a España en el séptimo lugar de los países donantes en términos de fondos absolutos destinados a salud; y en el segundo del ranking de los que mayor porcentaje de su AOD dedicaban a este sector²⁸. La evolución en la década de los 90 estuvo marcada por grandes fluctuaciones de la AOD sanitaria y por el elevado peso relativo que tuvieron los créditos FAD sobre el total de la ayuda en salud. Estos créditos absorbieron en este período más de la mitad de la ayuda española bilateral en salud^{a,29}, y dada su configuración, se centraron en determinados subsectores. Destaca el elevado volumen de fondos que se destinaron a inversiones en infraestructura y equipamiento de hospitales regionales (incluidos en el epígrafe salud general) y a otras infraestructuras sanitarias básicas, no pudiéndose financiar con los mismos y de manera preferente otras necesidades básicas en salud, como atención sanitaria básica, nutrición, educación sanitaria, control de enfermedades infecciosas o formación de personal sanitario^b. El desequilibrio entre todos estos componentes de la salud básica puede causar una falta de sostenibilidad o de aprovechamiento de las infraestructuras. Por otra parte, hay que destacar el hecho de que, entre 1995 y 2000, a la salud sexual y reproductiva se destinó únicamente un 5 % de la AOD sanitaria -en contraste con el 32 % promedio del CAD-.

En este periodo Latinoamérica absorbió el 55 % de los recursos en salud, siendo los países de renta media los principales receptores de la ayuda (un 62 %)^c.

En estos primeros años del siglo XXI, la AOD española en salud, aún con inercias históricas, se ha insertado en un proceso de cambio del conjunto de la cooperación de nuestro país^{30,31}. En este sentido, hay que señalar que el incremento de otros instrumentos de la AOD ha permitido una disminución del peso de los créditos FAD en nuestra cooperación, pasando de representar el 70% de la AOD bilateral en el año 1999, a ser el 15.2 % en 2005, siguiendo así las recomendaciones emitidas por el CAD³² en lo que a participación de la cooperación reembolsable en la AOD se refiere. Adicionalmente, los créditos FAD han sufrido una reestructuración, de manera que, a partir de 2006 parte de ellos han pasado a surgir a iniciativa del Ministerio de Asuntos Exteriores y Cooperación y se han convertido en ayuda no reembolsable. Este descenso del peso relativo de los créditos FAD en la AOD, unido a la disminución de los proyectos de salud financiados con este instrumento a favor de sectores como el transporte, la energía y las telecomunicaciones, puede explicar el descenso que se ha observado en los últimos años en el conjunto de la AOD bilateral destinada al sector salud, que en el año 2005 supuso el 6.7 % del total de la AOD (ver la tabla). Este descenso de la participación de los FAD todavía no ha sido completamente compensado por un aumento de la AOD gestionada por otros instrumentos de Ayuda bilateral. Otro factor causal podría ser la tendencia al incremento de la ayuda multilateral, a la que fue destinado todo el aumento en AOD sanitaria entre los años 2002 y 2003. Esta importancia de la cooperación multilateral es un elemento clave en el Plan Director³³ 2005-2008, y está plasmada ya en nuevos compromisos adquiridos para los próximos años con el Fondo Global de Lucha contra el VIH/SIDA, la Malaria y la Tuberculosis (GFATM, por sus siglas en inglés)^d. Estos cambios en la Administración General del Estado tienen su correlato en cambios en el Ministerio de Sanidad y Consumo, que de gestionar 1.263.982 euros (el 1 % de la AOD total en salud) en 2003, ha pasado en 2004 a 3.062.601 euros (el 2,7 %)³⁴.

^aEn 1997 el porcentaje de ayuda reembolsable fue del 59 %, del 60 % en 1998 y del 70 % en 1999, si bien el 2000 ya descendió al 47 %.

^bVer Anexo III: "Clasificación CRS de la AOD en Salud".

^cPor regiones un 2% el Magreb, 26,7 % África Subsahariana, 15 % Asia, 1 % Europa y 2 % Orinete Medio. Por nivel de renta: los Países Menos Adelantados recibieron el 18 % y otros de Ingreso Bajo el 20 %.

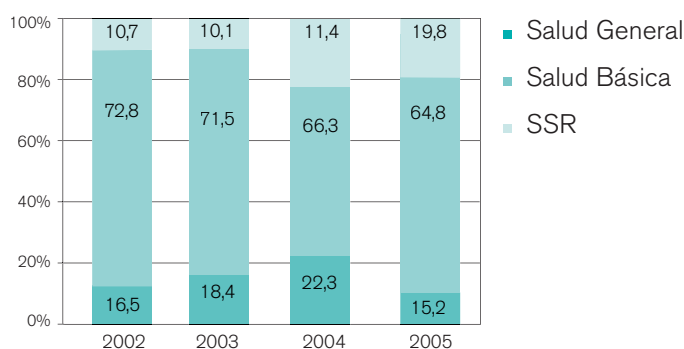
^dEn relación a este, por otra parte, se ha producido un hecho significativo en este año de 2005, en cuanto que la coordinación y gestión de la ayuda al GFATM se ha traspasado del Ministerio de Economía y Hacienda al de Exteriores y Cooperación.

También se ha producido un cambio de tendencias en la distribución subsectorial. La salud sexual y reproductiva ha pasado del promedio anual del 5% en el periodo 1995-2000, a constituir el 19.8 % en el año 2005, reconociendo el papel clave que desempeña para la salud y el desarrollo (ver gráfico)^a.

EVOLUCIÓN DE LA AOD ESPAÑOLA EN SALUD SEGÚN TIPOLOGÍA								
	Año 2002		Año 2003		Año 2004		Año 2005	
	Miles €	%	Miles €	%	Miles €	%	Miles €	%
Ayuda Bilateral								
No Reembolsable	64.950	58.0	61057	42.2	70.620	48.3	92.377	56.6
Reembolsable	35295	31.5	32370	22.4	22.187	15.2	24.760	15.2
Ayuda Multilateral	9075	10.4	51.357	36.5	53.272	36.5	45.937	28.2
Total Salud	109.321	100.0	144.783	100,0	146.079	100,0	163.074	100.0
% AOD Salud/ AOD Total	5.65		8.30		7.40		6.70	

Fuente: DGPOLDE

Evolución de la distribución sectorial de la AOD bilateral en Salud (2002-2005)



En la distribución geográfica también se ha producido cambios de tendencias. En lo que concierne al nivel de renta del país receptor, siguiendo los compromisos adoptados a nivel internacional –dedicar a los Países Menos Adelantados (PMA) el 20% de la AOD- se está produciendo una priorización progresiva hacia ellos. Los

^aPara profundizar en cómo se ha distribuido la AOD entre los componentes de los tres subsectores –salud general, salud básica y salud sexual y reproductiva –ver Anexo I, pág.6, Tabla 9: “Distribución de la AOD bilateral según componentes CRS, España 2003-2004(€ y %)”.

PMA en el periodo 1996-2001 recibieron el 17% de la AOD sanitaria, cifra que se ha elevado hasta el 31,1 % en 2004. Un reequilibrio que también se manifiesta en la distribución regional (ver tabla).

DISTRIBUCIÓN REGIONAL PORCENTUAL DE AOD ESPAÑOLA EN SALUD							
	África Subsahariana	África del Norte	Oriente Medio	Latino-américa	Asia	Europa	No especif.
Periodo 1996-2001	32,0 %	2,0 %	2,0 %	52,0 %	12,0 %	0,5 %	---
Año 2005	38,5 %	6,6 %	1,2 %	30,5 %	15,7 %	1,1 %	6,3 %
CAD 2000-2003	48,1 %	2,8 %	3,2 %	11,6 %	29,8 %	1,9 %	2,5 %

Fuente: La salud en la cooperación al desarrollo española y la acción humanitaria. Informes 2004 y 2005.

En este análisis merece ser destacado, como ya se ha señalado, el papel relevante que en estos últimos años ha adquirido la cooperación descentralizada en salud³⁵ y, en general, en el panorama de la Cooperación Española³⁶. Su dinamismo se manifiesta en la progresiva elaboración de marcos legales y de planificación. Éstos orientan la salud como prioridad, y se están elaborando documentos estratégicos y programáticos en relación a la salud. La cooperación descentralizada tiene sus propias peculiaridades en lo relativo al sector sanitario, y se presenta al mismo tiempo como un complemento de la AOD de la Administración General del Estado y como un interesante referente para la misma. Un ejemplo es el carácter no reembolsable del total de sus fondos de ayuda. Ello motivó que, en el año 2001, los 27 millones de euros canalizados a través de Comunidades Autónomas (CCAA) y Entidades Locales (EELL) supusieran el 57% del total de AOD bilateral no reembolsable española³⁷. En el año 2005, la cooperación descentralizada dedicó a salud el 12 % de su AOD (ver tabla), situándose así a la cabeza de todos los actores financiadores de la Cooperación Española en salud, con un 35 % de la AOD total en el sector^a.

Otro ejemplo es su mayor orientación hacia las necesidades básicas de salud: en 2005 se dedicó el 64,8 % a salud básica y el 19,8 % a salud sexual y reproductiva.

EVOLUCIÓN AOD DESCENTRALIZADA EN SALUD			
	AOD Total (miles euros)	AOD Salud (miles euros)	AOD Salud/Total
Año 2002	172.354	22.900	13,0 %
Año 2003	197.485	23.400	11,8 %
Año 2004	223.513		12,8 %
Año 2005	398.070	47.697	12,0

Fuente: La salud en la cooperación al desarrollo española y la acción humanitaria. Informes 2002, 2003 y 2004.

^a Ver Anexo I, Tabla 10: "Distribución de la AOD total en salud según actores financiadores, España 2004".

Geográficamente hay una cierta tendencia a aumentar sus inversiones en países de renta baja y PMA. Esto refleja un aumento en los fondos destinados a África Subsahariana a costa de un descenso en Latinoamérica.

En todo este proceso, han ido jugando progresivamente un papel cada vez más importante las instituciones de formación e investigación, tanto en el desarrollo del conocimiento, como en calidad de agentes asesores y ejecutores de las acciones. En este sentido, y en un primer plano, destaca la Universidad^{38,39}, que desde hace años ha ido ganando relevancia en el ámbito de la salud internacional, unos, en ámbitos universitarios específicamente sanitarios y otros, integrados en ámbitos diferentes. Fuera del marco universitario existen también diferentes centros que disponen de unidades con larga experiencia en la materia, tanto en el ámbito de ciertas autonomías, como en instituciones de carácter nacional.

Hay que señalar, por último, la iniciativa del Programa VITA^a lanzado en 2004, y que constituye un esfuerzo de coordinación y complementariedad entre todos los actores de la Cooperación Española en materia de salud, en este caso, hacia una región concreta como es África. El Programa ha sido impulsado por la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID), del Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación, con el apoyo de los Ministerios de Sanidad y Consumo, Economía y Hacienda, Educación y Ciencia, e Industria, Comercio y Turismo, y un total de 15 Comunidades Autónomas^b que se han ido adhiriendo al Programa progresivamente. Más aún, en el desarrollo de las actividades del Programa VITA participan corporaciones locales, organismos no gubernamentales para el desarrollo, asociaciones, instituciones, organismos de investigación, universidades, empresas y otras entidades españolas que desarrollan acciones en el marco de actuación de VITA. Este Programa se está consolidando como instrumento de coordinación efectiva de carácter técnico, complementario a los mecanismos de coordinación previstos por la Ley de Cooperación y a los espacios propios de actuación de cada participante.

2.3. Ubicación de la estrategia en el Plan Director y en el ciclo de planificación de las políticas de desarrollo

En Enero de 2005, vio la luz el *Plan Director de la Cooperación Española 2005-2008*, dando así cumplimiento al Art.8 de la Ley 23/1998, que concibe el Plan Director como una herramienta básica de planificación cuatrienal⁴⁰. El Plan Director contempla la salud como una prioridad sectorial, que corresponde a la cobertura de necesidades sociales y va encaminada a contribuir al aumento de las capacidades humanas, junto con las áreas de soberanía alimentaria y lucha contra el hambre, educación, protección de colectivos de mayor vulnerabilidad, habitabilidad básica y acceso al agua potable y saneamiento básico.

La Ley de Cooperación Internacional para el Desarrollo y el protagonismo que da la Declaración del Milenio a la cobertura de necesidades sociales hacen que este sector sea una prioridad del Plan Director que, a lo largo de su vigencia, pretende alcanzar el 20% del total de la AOD, según las recomendaciones del CAD.

Es en el Plan Director donde se contempla también la revisión de la Estrategia Española en Salud del año 2003^c. La Dirección General de Evaluación y Planificación de Políticas de Desarrollo (DGPOLDE), de la Secretaría de Estado de Cooperación Internacional (SECI) ha previsto un complejo ciclo de planificación estratégica que pretende mejorar la calidad de gestión de la Cooperación Española, y que contempla de forma simultánea la planificación geográfica, la renovación y adecuación de los Planes Anuales de Cooperación Internacional (PACI) y la planificación estratégica sectorial^d. Para ésta última, la DGPOLDE ha elaborado una Herramienta de Planificación de Estrategias Sectoriales (HPES)⁴¹ que pretende homogenizar los contenidos de los aproximadamente 14 Documentos Estratégicos Sectoriales (DES), favorecer su interrelación y armonización, integrar las prioridades horizontales^e y propiciar la participación y coordinación entre los distintos actores de la Cooperación Española.


^a El Programa VITA dispone de una página web propia (<http://www.AECID.es/vita>).

^b Generalitat de Catalunya, Xunta de Galicia, Junta de Andalucía, Comunidad Autónoma de Cantabria, Región de Murcia, Comunidad Autónoma de La Rioja, Generalitat Valenciana, Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha, Gobierno Foral de Navarra, Diputación General de Aragón, Gobierno de Canarias, Junta de Extremadura, Gobierno de las Islas Baleares, Junta de Castilla-León y Comunidad de Madrid.

^c "Será objeto de revisión (Estrategia de la Cooperación Española en Salud 2003) a partir de la puesta en marcha del presente Plan Director" 2005-2008 (pag. 46).

^d "Este Plan Director se integra en un ciclo de planificación que se completará con la elaboración ó revisión de los documentos de estrategia sectorial, de zona geográfica y países que sean objeto prioritario de la cooperación" (pag.15). Plan Director 2005-2008.

^e Las prioridades horizontales de la Cooperación Española son cinco: lucha contra la pobreza, defensa de los derechos humanos, equidad de género, sostenibilidad medioambiental y respeto a la diversidad cultural.

A large, stylized graphic of a hand with five fingers, rendered in a light teal color against a darker teal background. The hand is positioned in the upper half of the page, with the palm facing upwards. The fingers are slightly spread, and the overall shape is soft and rounded.

3

Marco de referencia

3.1. Marco normativo	19
3.1.1. Marco normativo internacional	19
3.2. Marco Institucional	19
3.3. Marco teórico:	
3.3.1. Principios	20
3.3.2. Enfoques	21
3.3.3. Conceptos	26

3 Marco de referencia



En esta tercera parte del documento se presentan los tres marcos de referencia a partir de los cuales se ha construido la estrategia: normativo, institucional y teórico.

3.1. Marco normativo

3.1.1. Marco normativo internacional

El marco normativo resume los principales referentes internacionales y nacionales que guían la intervención de la presente Estrategia. El Anexo VI recoge los instrumentos internacionales que han sido elaborados y ratificados por la mayoría de los países del mundo, entre ellos España, en conferencias internacionales o cumbres mundiales.

Los principales referentes son:

Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948) que establece en su artículo 25: *“toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación...asistencia médica...la maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales...”*.

Declaración del Milenio (2000), y **Cumbre Mundial 2005 (Cumbre del Milenio + 5)** que acuerda los objetivos de desarrollo

Conferencia Mundial sobre Financiación para el Desarrollo de 2001, en la que se aborda la necesidad de establecer consensos en un mundo cada vez más interdependiente.

La Declaración de París, de 2005, que reafirma las conclusiones de la Cumbre del Milenio y establece medidas para aumentar la eficacia de la ayuda al desarrollo. Define los principios de apropiación, alineamiento, armonización, gestión orientada a resultados y mutua responsabilidad.

La 4ª Cumbre sobre la Mujer, celebrada en 1995, en Beijing, supuso el reconocimiento mundial de la necesidad de luchar por conseguir, de forma efectiva, la igualdad entre hombres y mujeres, y la importancia que este objetivo tiene en la consecución de los objetivos de Desarrollo.

Los referentes normativos nacionales prioritarios son: la Ley de Cooperación al Desarrollo (1998) y el *Plan Director de la Cooperación Española 2005-2008*.

3.2. Marco institucional

En el Anexo VII se relacionan las diversas instituciones y organismos que, tanto a nivel internacional, como nacional, autonómico y local, tienen competencias u objetivos directamente relacionados con la Cooperación al Desarrollo. También se ofrece información sobre mecanismos y organizaciones que desarrollan tareas de coordinación, tanto directa como indirecta, es decir, no específicos del sector salud pero que tienen particular relevancia para mantener coherencia de políticas con la Estrategia de Salud.

3.3. Marco teórico

El objetivo de este apartado es establecer, definir y fundamentar los principios, conceptos y enfoques que subyacen a esta Estrategia y la nutren, siendo un aspecto esencial para disponer de un armazón y de unos pilares sólidos, conceptuales y metodológicos.

Las actuaciones de la Cooperación Española en salud se ajustarán a estos conceptos, principios y enfoques que han sido consensuados entre los Organismos Internacionales y los expertos a través de la investigación y la experiencia, tanto en el campo de la salud, como en el de la cooperación al desarrollo. La importancia de

compartir este marco teórico redundará en la mayor coherencia y armonización de las actuaciones, ayudando también a establecer criterios de evaluación de las mismas:

- Los principios fundamentales y operativos: basados en los Derechos Humanos definidos por el consenso internacional de la ONU, sobre los que se fundamenta la Estrategia, y aquellos otros principios, que siendo asumidos también con un amplio consenso internacional, se incorporan en el nuevo panorama de la cooperación con un carácter más operativo y regulador de las intervenciones.
- Los enfoques de desarrollo concretos en los que se basa el Plan Director (2005-2008) tanto de desarrollo en general, como la evolución de los enfoques de salud en particular.
- Los conceptos básicos: que a modo de glosario (en Glosario de conceptos) permitirán utilizar una terminología común a los actores de la cooperación.

3.3.1. Principios

La Cooperación Española contempla los principios fundamentales de la salud y el desarrollo en sus implicaciones teóricas y prácticas, tanto en los ámbitos de decisión política como técnica. Más aún, no sólo pretende hacerlos suyos como fundamento de sus acciones, sino contribuir a promoverlos y reforzarlos a nivel internacional, apoyando su histórico y reactualizado impulso por parte de las NNUU.

Para ello, y en primer lugar, se basa en tres elementos que constituyen el núcleo de los principios fundamentales de esta Estrategia, y que afirman que la salud, además de un derecho humano, es un condicionante y un indicador del crecimiento social y económico y del nivel del desarrollo individual y del país; un reto para la planificación, la gestión y la investigación (ver cuadro).

PRINCIPIOS Y VALORES NUCLEARES

- Salud como **derecho humano**
- Salud como **condición** (instrumento) y como objetivo (elemento constitutivo) **del desarrollo**
- Salud como **bien público** (global) y **responsabilidad pública** (nacional e internacional)

La salud aparece así como un bien público y una responsabilidad también pública. Desgraciadamente, sin embargo, mientras que en un número reducido de países la salud es considerada como un bien y un derecho al alcance de toda la población, en la mayor parte del planeta, la enfermedad o la falta de salud implica a menudo quedar expuesto a la exclusión social, limitando o inhabilitando las capacidades laborales y sociales.

Esta Estrategia asume los principios de igualdad y no-discriminación^a a través del principio de equidad^b, planteando medidas para que se dé el acceso al derecho a la salud en igualdad de condiciones para todas las personas y, sobre todo, en función de sus necesidades y dificultades. Las inequidades se presentan de muchas formas y, de hecho, muchas veces se suman varios factores, entre ellos la renta, el grupo étnico, el género o el ámbito geográfico (urbano vs. rural).

La equidad de género^c y el análisis de género en el ámbito de la salud se tornan imprescindibles. Las relaciones de género tienen efectos de largo alcance en la salud de niñas y mujeres y en su capacidad de ejercer

^aVer Glosario de conceptos.

^bVer Glosario de conceptos.

^cVer Glosario de conceptos.



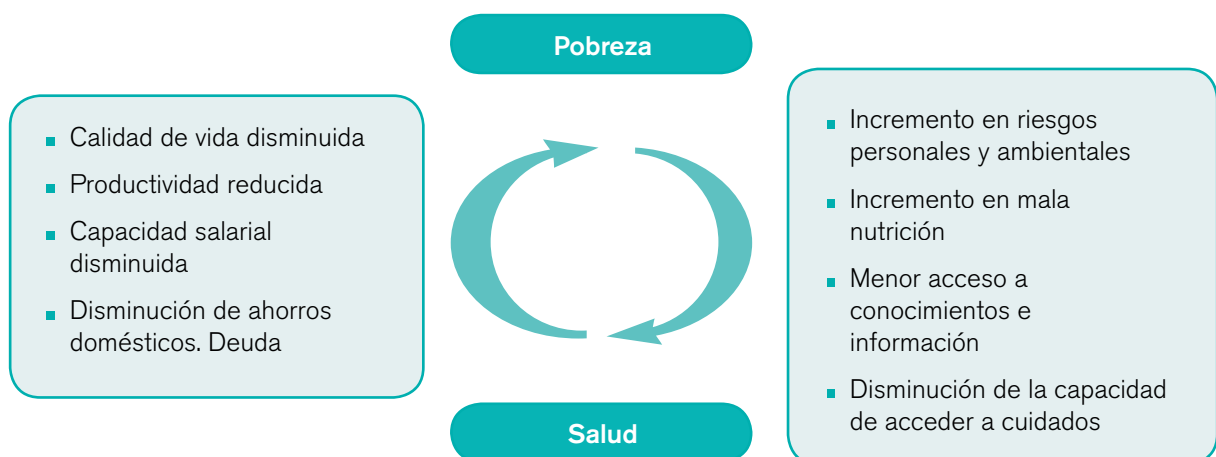
libremente elecciones que afecten a su propia salud. Las mujeres, especialmente las más pobres, se ven a menudo atrapadas en un círculo de mala salud agudizado por los embarazos y los trabajos físicos pesados. Un estudio del Banco Mundial sobre la salud de la mujer en India demuestra claramente que las mujeres sufren mayor índice de enfermedades y tienen menos probabilidades de recibir tratamiento médico antes de que la enfermedad se agudice⁴². En este contexto, hablar de derechos sexuales y reproductivos como aspecto estratégico de cambio es imprescindible.

En cuanto a los principios operativos (considerados básicos para que la Ayuda al Desarrollo sea eficaz) y tomando en cuenta la nueva arquitectura de la cooperación internacional para el desarrollo, esta Estrategia asume, en el marco de la Comisión Europea y del CAD/OCDE, el reto de aplicar los principios consensuados en la Declaración de París. Son las denominadas tres A: Apropiación, Alineamiento y Armonización, y el principio de mutua responsabilidad^a que el Plan Director asume como criterios de intervención y que resultan ineludibles a la hora de plantear acciones de cooperación en general y en el sector salud en particular.

3.3.2. Enfoques

El objetivo de la cooperación al desarrollo española es la erradicación de la pobreza, definida como aquella situación de carencia de oportunidades, capacidades y opciones para mantener un nivel de vida digno. Las dimensiones de la pobreza abarcan distintos aspectos de la capacidad humana: económicas (renta, medios de vida, trabajo digno), humanas (salud, educación), políticas (derechos, poder, voz), socioculturales (estatus, dignidad) y de protección (inseguridad, riesgo, vulnerabilidad). Además, la integración de la perspectiva de género es esencial para poder reducir la pobreza en todas sus dimensiones, y el mantenimiento del equilibrio de los recursos naturales es fundamental para que la reducción de la pobreza sea duradera.

Esta visión de la pobreza se encuentra en el origen de la noción de desarrollo humano sostenible, impulsada por el PNUD, entendido como un proceso de ampliación de oportunidades –y, por tanto, de capacidades y libertades de las personas-. Esta concepción del desarrollo humano, entendida como derecho de las personas y colectivos, tiene consecuencias para la cooperación internacional, al identificar como su prioridad el empoderamiento de las personas y las instituciones, de las libertades y de la participación y, por supuesto, la satisfacción de las necesidades materiales y sociales básicas. Además, el término “sostenible”^b hace referencia a “aquel desarrollo que satisface las necesidades de las generaciones presentes sin comprometer las posibilidades de las generaciones futuras para atender sus propias necesidades”.



Fuente: Adaptado de DFID (2000). *Better health for poor people*.

^aVer Glosario de conceptos.

^bDefinición asumida en la Declaración de Río (1992) propuesta en el informe Brundtland.

Como se ha apuntado ya en la introducción, la mala salud puede ser una consecuencia de la pobreza, debido a que la falta de capacidades y oportunidades en diversas esferas -socioeconómicas, políticas, medioambientales, etc.- puede actuar como barrera que impida el acceso al máximo nivel posible de salud de las personas. Pero la mala salud puede también ser causa de pobreza, ya que limita la capacidad de las personas para participar de los procesos de desarrollo y beneficiarse de ellos. Por último, el ampliar las capacidades y oportunidades de las personas para lograr el máximo nivel posible de salud es en sí mismo un eje constitutivo del desarrollo, por su condición de derecho humano y, por tanto, inherente a la dignidad de las personas.

Esta triple dimensión de la relación salud-pobreza-desarrollo se vincula con un enfoque multidimensional de la salud -y la enfermedad-, que se contempla como un proceso cuyas características exceden el ámbito estrictamente sanitario, y por tanto requieren modelos explicativos más amplios. Esta Estrategia hace suyo el enfoque según el cual el desarrollo en salud tiene que ver con la ampliación de las capacidades, oportunidades y opciones de las instituciones de salud y de las poblaciones para generar bienes de salud de manera equitativa y durable.

La Cooperación Española asume el concepto de salud tal y como lo define la OMS^a: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Esta definición concibe la salud de las personas en todas sus dimensiones, desde una visión holística, y poniendo al ser humano y a su derecho a la salud en el centro de la escena. Esta concepción se aleja así de visiones utilitaristas de la salud, que la contemplan únicamente como un bien de consumo, o en tanto inversión para mejorar la productividad. De la misma manera, se aleja de enfoques más reduccionistas que consideran únicamente la dimensión orgánica de la salud y la enfermedad, resultando en un sector sanitario medicalizado y desvinculado de los factores socioeconómicos, culturales, medioambientales etc., que tanto inciden en el bienestar físico, mental y social de las personas.

Esta concepción holística de la salud presenta limitaciones a la hora de ser operativa en la práctica, debido a que el amplio entramado de factores relacionados con la salud hace difícil una definición clara del alcance del sector y la toma de decisiones, y complica la medición y valoración del estado de salud de las personas y las poblaciones, por ser una circunstancia de carácter subjetivo⁴³. Por otra parte, se ha criticado su carácter utópico, ya que nunca, o muy rara vez, se alcanza un estado de completo bienestar. Sin embargo, abre las puertas a dimensiones del ser humano que es necesario tomar en consideración cuando hablamos de salud, para dar una respuesta que sea efectiva y sostenible, especialmente cuando contemplamos poblaciones excluidas o en situación de pobreza. También es así para las consideraciones culturales de los procesos de salud-enfermedad y la forma en que son atendidos, como en el caso de las poblaciones indígenas.

CONTINUUM SALUD-ENFERMEDAD. ASPECTOS SUBJETIVOS Y OBJETIVOS								
	Salud				Enfermedad			
	++++	+++	++	+	+	++	+++	++++
Bienestar (sentirse bien)								
Malestar (sentirse enfermo)								
Capacidad de funcionamiento								

Fuente: Terris M. La revolución epidemiológica y la medicina social. México, Siglo XXI, 1980.

^aRecogido en los Principios Básicos de la Constitución de la OMS



Además esta concepción de la salud se aleja de la definición negativa de la misma (se posee salud cuando no se está enfermo) y pasa a definir la salud como un estado positivo de bienestar, que debe ser objeto de atención en sí mismo y no sólo como medio para prevenir o curar la enfermedad. Entre ambos estados, positivo y negativo, existe un continuum dinámico⁴⁴, en el centro del cual existe una zona neutra en la que coexisten la salud y la enfermedad por igual.

Una aportación que dota de mayor operatividad a la definición de salud fue la del concepto de capacidad de funcionamiento, según la cual la salud tendría dos dimensiones: una subjetiva –la sensación de bienestar–, y otra objetiva y, por tanto, medible –la capacidad de funcionamiento–⁴⁵. Ambos conceptos son aplicables tanto a individuos como a comunidades.

Por último, en lo que a la concepción de la salud se refiere, es imprescindible hacer mención al enfoque del ciclo vital, según el cual la salud necesita ser protegida en todas las etapas de la vida, desde el embarazo al envejecimiento. Este enfoque asume la necesidad de unos cuidados de salud continuados a lo largo del ciclo vital, y que tengan en cuenta los distintos determinantes que afectan a la salud de las personas en función de sus características de edad, pero también de sexo, siendo imprescindible la inclusión de la perspectiva de género en los cuidados de salud^{46,47,48,49,50,51}.

Los determinantes de salud son definidos como los factores que provocan un resultado, existiendo factores contribuyentes e interacciones entre factores causales, además de la retroalimentación de un efecto en su causa inicial. Desde el enfoque biomédico^a que ha predominado desde el s. XIX, se pasó a los modelos epidemiológico (años 70), socioeconómico⁵² (años 80-90), ecológico^{b,53} (finales de los 90) y algunos otros, con una perspectiva más amplia y multidimensional. Entre ellos, el enfoque de la Salud Pública, definida como el esfuerzo organizado de la comunidad dirigido a proteger, fomentar y promocionar el bienestar de la población cuando esta está sana, y a restaurar y restablecer su salud cuando esta se pierde y, en caso de necesidad, rehabilitar y reinsertar al enfermo, integrándolo de nuevo en su medio social, laboral y cultural. Las acciones de Salud Pública adaptadas al continuum salud-enfermedad se resumen en: protección de la salud, prevención de la enfermedad, promoción de la salud y restauración de la salud.

Para comprender y actuar sobre los factores responsables de la desigualdad en salud –y poder incidir en ellos a través de nuestras actuaciones– es necesario adoptar una perspectiva de análisis amplia. Por ello, esta Estrategia asume que el estado de salud, individual y colectivo, depende de toda una compleja interrelación de determinantes muy diversos, una parte importante de los cuales se encuentra fuera del sector salud propiamente dicho. Esa compleja interacción surge entre varios niveles⁵⁴:

- a. Las condiciones generales socioeconómicas, culturales y medioambientales: acceso a la educación, al agua y saneamiento; estado del medio ambiente, nivel de ingresos, equidad de género, paz y seguridad humana, buen gobierno y voz de la población; respeto a la diversidad cultural, justicia social, vivienda, acceso a servicios de salud, etc.
- b. Las redes sociales y comunitarias.
- c. Los factores individuales de estilo de vida.
- d. La edad, el sexo y los factores hereditarios.

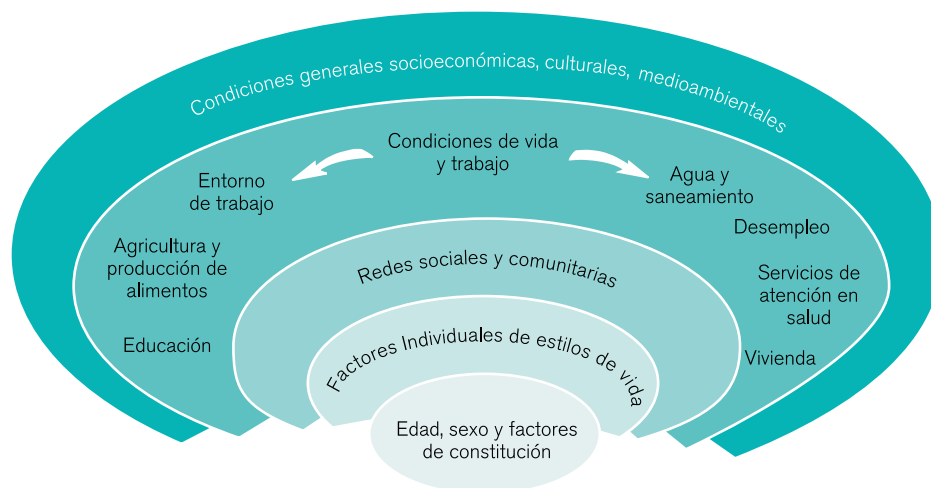
El género y los factores políticos y culturales influyen en la mayoría de los determinantes de la salud.

Estos determinantes de la salud⁵⁵ pueden dividirse en función de lo cercanos que se hallan del proceso de salud y enfermedad⁵⁶. Así, los determinantes proximales, afectan de forma directa a las personas, y su relación con el estado de salud es relativamente evidente, por lo que son más abordables desde el sector puramente sanitario⁵⁷. Los determinantes distales, sin embargo, guardan una relación indirecta con la salud, aunque no por ello menos importante. Suelen tener impacto a largo plazo y de gran alcance sobre la salud. Frecuentemente, estos determinantes entran en el ámbito de sectores no sanitarios (generalmente son de índole socioeconómica), enfatizando la necesidad de abordar la salud desde una perspectiva multisectorial^c. En la figura se

^aLos problemas de salud se explican por una causa orgánica, sin tomar en cuenta el contexto en el que los individuos afectados se desenvuelven y viven.

^bUn enfoque integrado que contempla los patrones de salud y enfermedad de la población en términos de nuestras interacciones con el mundo natural, con otras especies y sus complejos ecosistemas, y dentro y entre las sociedades humanas.

^cComo ejemplo para entender la diferencia entre determinantes proximales y distales puede tomarse el del tabaco: fumar es un determinante proximal, mientras que los factores sociales, económicos etc, que promueven su uso son distales.



Fuente: Adaptado de DFID (2000). *Better health for poor people*.

puede observar cómo los determinantes de la salud van desde los proximales (centrales) hacia los distales (periféricos).

Las acciones que se planteen en la cooperación al desarrollo en salud deben tomar en cuenta todos estos determinantes de la salud, debiendo considerar también los determinantes distales para que las actuaciones sean efectivas y sostenibles.

Es necesario, además, trascender fronteras disciplinarias, siendo especialmente importante la intersección entre las ciencias de la salud y las ciencias sociales. Esto conlleva la necesidad de una reorientación y un desarrollo de nuevas capacidades en los agentes de la Cooperación Española; un hecho que desde esta Estrategia se quiere impulsar como elemento esencial, para lo cual juegan un papel clave las instituciones de formación (Universidad, Escuelas de Salud Pública, etc.).

Otro marco teórico en el que se engloba esta Estrategia es el de la Atención Primaria de Salud (APS), que es al mismo tiempo un marco de análisis teórico, político y estratégico. Se define como: *“Cuidados primarios de salud que se basan en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puestos al alcance de los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país pueda soportar en cada una de las etapas de su desarrollo, con espíritu de auto responsabilidad y autodeterminación. Los cuidados primarios forman parte integral y central del sistema de salud y es el primer nivel de contacto entre los individuos, familias y comunidades con los sistemas nacionales de salud. Es el primer elemento de un proceso continuado de cuidados de salud”*.

La APS fue adoptada en la Conferencia de Alma-Ata, en 1978, y en ella se recogen los principios que deben orientar las acciones para la consecución de la meta de “Salud Para Todos”:

- Equidad, lo que significa brindar a las personas la oportunidad de alcanzar el pleno desarrollo de su salud sobre la base de la justicia distributiva.
- Acceso y cobertura universales, en función de las necesidades de las distintas personas y poblaciones.
- Enfoque multisectorial de la salud, asumiendo el modelo de determinantes señalado anteriormente, y reconociendo que el sector sanitario no puede por sí mismo proporcionar las condiciones previas ni asegurar las perspectivas favorables para la salud.
- Participación de la comunidad: introduce la importancia de la responsabilidad y participación de la comunidad en la planificación, administración, gestión y control de las acciones de salud.



Este último punto da paso al concepto de salud comunitaria, que entiende que la información y la educación sanitaria son necesarias para que los ciudadanos contribuyan activamente a la protección, la promoción y la restauración de su propia salud, pero también para que estén preparados a fin de que, mediante sus representantes democráticamente elegidos, puedan valorar las necesidades sanitarias de su comunidad, decidir acerca de las acciones prioritarias que deben emprenderse y evaluar la eficacia de tales acciones y la satisfacción de los usuarios ante su puesta en funcionamiento^{58,59}.

Esta Estrategia asume los principios de la APS como ejes directores de las acciones en salud, y promoverá la integración de este modelo comunitario con el modelo profesional clásico⁶⁰, buscando los puntos de articulación que favorezcan las sinergias, fortaleciendo así las aportaciones positivas de ambos y minimizando sus efectos negativos. Con esta visión integradora, este DES hace pues una orientación preferente hacia una perspectiva amplia de Salud Pública, integrando y articulando aquellos aspectos más pertinentes que le aporta la perspectiva de la Medicina⁶¹.

La APS, tal y como se definió en Alma-Ata, consta de varios componentes que se consideran de alto impacto sobre la salud:

- Promoción de la Salud (cuyo contenido se desarrolla en la carta de Ottawa, de 1986).
- Atención materno-infantil^a.
- Inmunizaciones.
- Saneamiento ambiental: control y tratamiento del agua.
- Salud y vivienda.
- Control de excretas y basuras.
- Alimentación y nutrición adecuadas.
- Prevención y control de enfermedades endémicas.
- Suministro de medicamentos esenciales.

Estos componentes deben servir de orientación de las acciones de la Cooperación Española en el sector salud, proporcionando las herramientas necesarias para hacer frente a los problemas de salud prioritarios, siempre aplicadas bajo los principios de equidad, cobertura universal, multisectorialidad y participación comunitaria.

En la definición, la APS se concibe como un “proceso continuado de cuidados de salud”, que se refiere tanto a los enfoques del continuum salud-enfermedad y del ciclo vital, como a una propuesta de organización del sistema de salud, en el que existe un primer nivel de atención en estrecho contacto con la comunidad y que coordina la actividades con los dos siguientes niveles: los hospitales de distrito y los regionales. La importancia concedida por la APS a la manera en que los diversos niveles del sistema se organizan e interrelacionan, da paso a un último enfoque que sirve de marco teórico para esta Estrategia: el de los **Sistemas de Salud**.

Un Sistema de Salud, tal y como los define la OMS, abarca todas las organizaciones, instituciones y recursos dedicados a producir actividades de salud, es decir, todas aquellas actividades en el ámbito de la salud personal, de los servicios de salud pública o de iniciativas intersectoriales cuyo principal objetivo sea mejorar la salud^{b,62}. Incluye a todos los agentes que estén operando en el sector, ya sean de propiedad pública o privada, con o sin ánimo de lucro, dentro del sistema occidental o del tradicional etc. En los últimos años se ha puesto en un lugar central el lograr su buen desempeño, es decir, alcanzar los mejores resultados posibles con los recursos existentes, consiguiendo la mejor salud y la mayor equidad. Para ello el sistema de salud debe escoger las acciones prioritarias y más acordes a la realidad socioeconómica, cultural, demográfica y geográfica del país.

La OMS dedicó su informe sobre la salud en el mundo del año 2000 a los sistemas de salud, y definió sus cuatro funciones básicas:

- La prestación de servicios, que deben estar disponibles, y ser accesibles, aceptables y de calidad.

^a El concepto de atención materno-infantil ha sufrido cambios en sus planteamientos al recibir sus influencias del enfoque de género en el desarrollo.

^b No debe confundirse con el concepto de sistema de atención sanitaria, que se limita a las instituciones, personas y recursos implicados en la prestación de salud a los individuos y que se corresponde, según la OMS, únicamente con una de las cuatro funciones que tiene el Sistema de Salud.

- La generación de recursos humanos y materiales que hagan posible estos servicios.
- La financiación del sistema, obteniendo los recursos necesarios.
- El ejercicio de la rectoría, estableciendo las reglas de juego y supervisando la totalidad del sistema, que está compuesto por una gran variedad de actores cuyos intereses y agendas suelen ser diferentes.

Mientras que las primeras funciones pueden ser desempeñadas por diversos actores, la última tan sólo puede serlo por el Estado. Esto va en la línea de lo apuntado por el PIDESC (Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales), que señala a los Estados como garantes y responsables últimos del ejercicio del derecho a la salud. En esta línea, el Plan Director 2005-2008 señala como uno de los cuatro ejes estratégicos el fortalecimiento institucional de los sistemas públicos de salud, aunando este enfoque sistémico con la visión del desarrollo basado en el aumento de las capacidades, y con los principios operativos en torno a la eficacia de la ayuda al desarrollo que recoge la Declaración de París.

Según el citado informe de la OMS (2000), la función de rectoría no sólo influye en las otras funciones, sino que permite alcanzar las metas de todo el sistema de salud. Puede desglosarse en tres funciones:

- Formular la política sanitaria, es decir, definir la visión y dirección del conjunto de sistema de salud.
- Ejercer influencia por medio de la reglamentación.
- Recabar y utilizar la información sanitaria.

También esta Estrategia adopta el enfoque sugerido por el Proyecto del Milenio de contemplar el sector salud y los sistemas de salud, no solamente como simples prestadores de intervenciones técnicas, sino como instituciones sociales esenciales, como parte de una verdadera fábrica de vida cívica y social; en el sentido de que pueden y deben ser un vehículo para la realización plena de los Derechos Humanos, para una ciudadanía activa, para la superación de la exclusión y las desigualdades (como las de género) y para un verdadero desarrollo democrático unido a la reducción de la pobreza⁶³.

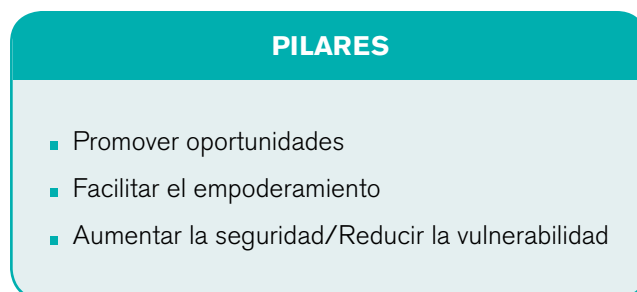
En definitiva, este DES adopta la perspectiva y el enfoque de salud global, refiriéndose, tanto a la globalización económica y su impacto sobre la salud⁶⁴, como al impacto de la globalización sobre la salud⁶⁵, al considerarla como un proceso que está cambiando la naturaleza de las interacciones humanas (sociocultural, política, económica, tecnológica y ecológica) al traspasar límites espaciales, temporales y cognitivos^{66,67}. El enfoque de salud global permite tener en cuenta los vínculos entre ambas que, aunque no completamente conocidos, ponen en relación la salud con procesos complejos, como el cambio climático, los procesos migratorios, el sistema financiero y comercial internacional, los conflictos y las guerras, los cambios globales de los patrones de consumo y hábitos de vida (alimentación, tabaco, transporte...). En ocasiones, coexisten procesos, en principio contradictorios, como el hambre, la malnutrición y la falta de acceso al agua, con el consumo excesivo y el despilfarro de fuentes de energía y determinados alimentos, lo que lleva a la degradación medioambiental y a padecer enfermedades como la obesidad.

Este enfoque de salud global, del que esta Estrategia se apropia, aporta elementos nuevos al enfoque clásico de salud internacional. El nacimiento del enfoque de salud internacional, fue paralelo al proceso de creación de la OMS (1946), motivados ambos por la preocupación de que la actividad internacional y el tráfico de personas, bienes y servicios a través de las fronteras propiciaran la propagación de enfermedades y generaran otros riesgos para la salud. La salud internacional toma en consideración, principalmente, la interacción entre las relaciones internacionales y la salud, pasando esta última a ser una preocupación internacional de la que todos los países son corresponsables^{68,69,70}.

Teniendo en cuenta los elementos citados en este marco teórico, las acciones de cooperación en salud abordarán e integrarán la salud internacional y la salud global, contemplándolas como un esfuerzo sistemático y organizado. Esto se hará en unión con otros actores de la sociedad internacional, para identificar y dar respuesta a los problemas y condiciones de salud que trascienden los límites territoriales del Estado, así como al complejo conjunto de fuerzas globales y locales que le afectan, utilizando para ello los principios de la salud pública^{71,72}.

3.3.3. Conceptos

Ver glosario de conceptos.



Para lograr esto, las acciones se dirigirán preferentemente a dos ámbitos de la sociedad, a los que se orientan los Objetivos Específicos de la Cooperación Española en Salud (como se verá más adelante):

- El sector público (gubernamental).
- La población y sociedad civil organizada.

Aún así, no debe olvidarse la necesaria colaboración con el sector privado lucrativo, cuyo papel es incuestionable local y globalmente.

Por otra parte, lograr todo esto de manera eficaz, hace referencia a la necesidad de seguir los estándares internacionales y las evidencias de buenas prácticas generadas, tanto en las Instituciones Internacionales definidas en el Marco Institucional, como las derivadas de las actuaciones en cada uno de los países en los que la Cooperación Española actúa. Además, es imprescindible aplicar los principios definidos y consensuados en la Declaración de París sobre Eficacia de la Ayuda al Desarrollo (París, 2005): Apropiación, Alineamiento, Armonización y principio de Mutua Responsabilidad^a. Éstos deben aplicarse en todas las acciones de la cooperación en salud.

Por último, cabe mencionar los principales referentes definidos en los Marcos Teórico y Normativo: los Derechos Humanos, la Atención Primaria de Salud (APS) y los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM)^b. Por un lado, los ODM priorizan los problemas de salud hacia los que debe dirigirse la cooperación y, por otro, la APS define un marco de actuación en el sector salud con una coordinación e integración de los niveles asistenciales, de los actores, y orientado hacia la cobertura y acceso universal, la equidad, la participación y el enfoque multisectorial. Además, sus componentes definen las herramientas con las que se debe trabajar para cubrir los problemas prioritarios de la mayoría de la población. Estos dos enfoques tienen una visión y un tipo de intervenciones que, no sólo son diferentes, sino que pueden dar la impresión de ser difíciles de conciliar⁷⁶. Sin embargo, es necesario asumir el desafío de hallar sus complementariedades y sinergias, como se expondrá al hablar de la acción en el sector salud.

En los siguientes apartados se desarrollan primero las pautas para la incorporación efectiva de las prioridades horizontales de la Cooperación Española en la actuación sobre el sector salud. Posteriormente, se elabora el marco de acción en el sector salud, apuntando los objetivos específicos, las líneas estratégicas de intervención, las actuaciones prioritarias y las pautas para la intervención en salud. Siguiendo el esquema presentado en el Marco Teórico de los niveles de determinantes de la salud que influyen en la desigualdad en salud y en la pobreza, las actuaciones y pautas de intervención irán dirigidas estratégicamente a esos niveles, teniendo en cuenta los diferentes mecanismos e instrumentos, tal como veremos más adelante. Para seguir dicho modelo, se actuará no sólo en el ámbito del sector salud, sino que se buscará de manera activa la colaboración y la sinergia con otros sectores que influyen en la salud, la pobreza y el desarrollo, tratando este ámbito de acción intersectorial de acuerdo a la sistematización y prioridades establecidas en el Plan Director 2005-2008.

^aDefinidos en el Glosario de conceptos.

^bVer Marco Teórico y Marco Normativo Internacional.

4

Marco de intervención

4.1. Marco metodológico	27
4.2. Marco instrumental	65
4.3. Marco geográfico	75

4 Marco de intervención



4.1. Marco metodológico

Dado que el fundamento y objetivo final de la política española de cooperación internacional al desarrollo es la lucha contra la pobreza, las intervenciones en el ámbito del sector salud deben ir dirigidas a ese fin. Ello plantea enormes desafíos a la hora de diseñar e implementar estrategias que tengan un impacto al mismo tiempo doble y sinérgico: por un lado, sobre la salud y, por otro, sobre la pobreza. El reto consiste en trabajar en pro de la salud de las personas, pero de forma que se contribuya a su desarrollo, es decir, a la ampliación de oportunidades, capacidades y libertades de las personas, de manera sostenible^a. Esta Estrategia hace suyo ese desafío, y quiere dar un paso adelante haciendo aportaciones al respecto.

Sobre la base de los elementos y marcos de referencia abordados, se ha formulado un Objetivo General que guíe la Estrategia de la Cooperación Española en el Sector Salud.

OBJETIVO GENERAL

Contribuir de manera **eficaz** a establecer las condiciones para **mejorar la salud** de las poblaciones, en especial aquellas en mayor situación de pobreza y vulnerabilidad, de forma que se contribuya a **reducir la pobreza** y **fomentar el desarrollo humano sostenible**.

Mejorar el nivel de salud de la población significa que la población tenga menor carga de morbilidad y mortalidad y que se encuentre segura y protegida frente a los riesgos de salud, y tenga capacidad para manejarlos. De acuerdo con el modelo de determinantes de la salud definido en el Marco Teórico, para el logro de resultados a corto, medio y largo plazo, la Cooperación Española actuará a dos niveles de intervención/impacto: el estado de salud y los determinantes de la salud⁷³ (ver cuadro).

NIVEL DE ACCIÓN	IMPLICACIONES
Estado de salud	Busca disminuir la incidencia y prevalencia de enfermedades, así como reducir la carga psicológica, social y económica de enfermedad y sufrimiento en los individuos y la sociedad, a través de medidas preventivas, curativas y de rehabilitación.
Determinantes de salud	Requiere una comprensión de cuáles son los factores que afectan a la salud y contribuyen a condiciones específicas. Las tendencias en los determinantes son unos buenos indicadores o predictores de los futuros cambios en el estado de salud. Actuar sobre ellos es necesario para lograr cambios efectivos y sostenibles en el estado de salud.

Pero el Objetivo de mejorar la salud debe lograrse de forma que simultáneamente se contribuya a la promoción del Desarrollo Humano Sostenible. Para ello, debe construirse sobre tres pilares, que se corresponden y dan respuesta a las dimensiones que caracterizan a la pobreza y que hay que revertir^{74,75} (ver cuadro). Todas las acciones de la Cooperación Española en salud deberán, de una u otra forma, contribuir a fortalecer estos pilares.

^aVer en el marco teórico y en el Glosario de conceptos de Desarrollo Humano Sostenible.



4.1 Marco metodológico

4.1.1. Cruce con prioridades horizontales	29
4.1.2. Sector prioritario: objetivos específicos, líneas estratégicas, actuaciones prioritarias y pautas de intervención	35
4.1.3. Integración de acciones y prioridades intersectoriales	56



4.1.1. Cruce con prioridades horizontales

El Plan Director 2005-2008 contempla unas prioridades que deben nutrir y atravesar horizontalmente el conjunto de acciones y sectores: lucha contra la pobreza, defensa de los Derechos Humanos, equidad de género, sostenibilidad medioambiental, y respeto a la diversidad cultural. Por ello, las prioridades horizontales de la Cooperación Española mantienen una presencia transversal en la presente Estrategia de Salud. En este apartado se definen pautas de intervención de carácter general que deben aplicarse en todas las actuaciones sobre el sector salud, para hacer efectivo el desarrollo de cada eje horizontal. Estas pautas aparecen reflejadas en la tabla siguiente.

CRUCE CON PRIORIDADES HORIZONTALES DEL PLAN DIRECTOR EN LAS ACTUACIONES DE SALUD	
PRIORIDAD HORIZONTAL	PAUTAS PARA LA INTERVENCIÓN DE CARÁCTER GENERAL (Reflejan consideraciones fundamentales y actividades estratégicas mínimas necesarias para hacer efectivo el desarrollo de cada eje horizontal en el sector salud)
Lucha contra la pobreza	<p>La erradicación de la pobreza, en su concepción multidimensional, es el objetivo de la Cooperación Española en general y, por tanto, de la cooperación en cada uno de los sectores, incluido la salud. En el marco teórico se ha mencionado también la relación entre salud y pobreza como una de sus posibles causas, una de sus consecuencias y como uno de sus elementos constitutivos. Por ello:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ En la identificación y selección de actuaciones en el sector salud, priorizar aquellas que tengan el objetivo principal de lucha contra la pobreza y las que estén alineadas con las prioridades de reducción de la pobreza de los países socios y en armonización con otros actores y países donantes. Las intervenciones en salud deben enmarcarse en un proceso más amplio de reducción de la pobreza, liderado por el país o países, o las organizaciones competentes. ■ Fomentar que los planes nacionales y/o locales de salud se orienten estratégicamente hacia la reducción de la pobreza. ■ Orientar todas las actuaciones hacia la equidad en las contribuciones financieras, y de forma que se generen mecanismos de protección social y financiera ante la pérdida de salud y la enfermedad. ■ Orientar todas las actuaciones hacia la equidad en la prestación de servicios de salud, de manera que aquellas personas en situación de pobreza y vulnerabilidad, que presentan las mayores necesidades sanitarias, vean cubiertas sus principales necesidades en salud. ■ Fomentar y facilitar la participación activa de las personas en situación de pobreza en el diseño e implementación de las actuaciones, de forma que éstas se orienten de manera más efectiva hacia sus necesidades reales. ■ En la planificación de las acciones en salud, llevar a cabo un análisis de la manera en que éstas contribuyen a la reducción de la pobreza. Apoyar el diseño de indicadores de proceso y resultado sobre la erradicación de la pobreza para cualquier tipo de programa, proyecto o actuación en salud.

(Continúa)

(Continúa)

CRUCE CON PRIORIDADES HORIZONTALES DEL PLAN DIRECTOR EN LAS ACTUACIONES DE SALUD	
PRIORIDAD HORIZONTAL	PAUTAS PARA LA INTERVENCIÓN DE CARÁCTER GENERAL
Defensa de los Derechos Humanos	<p>El respeto a los Derechos Humanos está íntimamente relacionado con la reducción de la pobreza y la promoción del Desarrollo Humano Sostenible. Por ello, todas las actuaciones de la cooperación en salud deben orientarse de forma que contribuyan a garantizar el cumplimiento de los Derechos Humanos. También, la consecución del nivel máximo posible de salud es en sí mismo un Derecho Humano y, por tanto, inherente a la dignidad de las personas. También es importante el marco de los Derechos Humanos para las personas que viven con VIH/SIDA, y con otros problemas de salud que pueden ser motivo de discriminación para el ejercicio de los DDHH. Por último, los Derechos Sexuales y Reproductivos y los Derechos del Niño, son marcos de referencia fundamentales en las acciones en salud. Para garantizar el Derecho a la Salud y otros DDHH, las actuaciones de Cooperación Española en salud se centrarán en:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Enmarcar todas las actuaciones en la estrategia de la Atención Primaria de Salud y Salud Para Todos para el S. XXI, uno de cuyos principios es garantizar el acceso y la cobertura universal de los servicios de salud en función de las necesidades. El sistema de salud debe organizarse de forma que se eliminen las barreras de acceso a los cuidados de salud, financieras, geográficas o de cualquier otro tipo, para asegurar que todas las personas tengan acceso en condiciones de igualdad a los servicios de salud. ■ Luchar contra todas las formas de discriminación que puedan vulnerar el derecho de las personas a la salud y otros DDHH. Así, las acciones en salud tratarán de abordar las discriminaciones por motivos de género, de origen étnico, de religión o cualquier otra que puedan impedir el acceso de las personas a cuidados de salud en igualdad de condiciones. ■ Promover y fortalecer el enfoque y la práctica de la vinculación entre la salud y la protección y derechos del niño. ■ Luchar por garantizar los Derechos Sexuales y Reproductivos. Existe una gran desigualdad para las mujeres en el acceso y utilización de los servicios de salud, que viene ligada en muchas ocasiones a una falta de autonomía, de capacidad de tomar decisiones en relación con su salud, su cuerpo, su sexualidad y su función reproductiva, y otras vulneraciones de sus derechos.

(Continúa)



(Continúa)

CRUCE CON PRIORIDADES HORIZONTALES DEL PLAN DIRECTOR EN LAS ACTUACIONES DE SALUD	
PRIORIDAD HORIZONTAL	PAUTAS PARA LA INTERVENCIÓN DE CARÁCTER GENERAL
Equidad de género	<p>La perspectiva de género, ubicada en el enfoque GED, supone la consideración sistemática de las diferencias entre las necesidades, condiciones y situaciones específicas que tienen los hombres y las mujeres, y el análisis de las relaciones que se dan entre ambos en una sociedad determinada o en un proceso de desarrollo, según el ámbito de actuación en el que se incorpore. En el sector salud, tradicionalmente, se ha supuesto que las diferentes necesidades en materia de atención sanitaria entre las mujeres y los hombres se debían exclusivamente a sus distintos papeles en la procreación, por lo que los servicios de salud para las mujeres han estado centrados en los aspectos relacionados con el embarazo, el parto y el período de posparto. De ahí la denominación generalizada de "atención materno-infantil" que ha guiado la prestación de servicios de salud dirigidos a las mujeres.</p> <p>El análisis de género ha hecho visible la construcción social de la feminidad y la masculinidad, según patrones que modelan distintos perfiles de salud y enfermedad; asimismo, ha llamado la atención sobre las desigualdades entre los géneros en el acceso a bienes y recursos esenciales para una vida digna, entre ellos los servicios que pueden permitir a las mujeres el disfrute de una vida saludable, permitiendo una más adecuada detección y atención de los problemas de salud de la población femenina. Aunque los problemas de salud de las mujeres pueden incrementarse durante la edad reproductiva, éstos comienzan desde la infancia y se continúan a lo largo de la vida, cambiando las necesidades en cada etapa (ver Marco Teórico: enfoque del ciclo vital). El rol de cuidadoras de la salud familiar, asignado a las mujeres, es perpetuado por los servicios sanitarios, que lo consideran una función exclusivamente femenina, sin tener en cuenta el tiempo, la disposición ni las condiciones en que este trabajo se realiza.</p> <p>La pobreza acentúa las desigualdades de género en salud, y cuando las situaciones son más adversas, las mujeres suelen estar en una situación más vulnerable. Esto contrasta con el menor acceso de las mujeres a servicios de salud, hecho relacionado fundamentalmente con la falta de tiempo para su propio cuidado y la falta de capacidad para la toma de decisiones sobre la asistencia a los centros de salud.</p> <p>Una verdadera implementación de la transversalidad de género en el sector salud precisa de la incorporación de las cuestiones de género, a través de cinco herramientas, a lo largo de toda la gestión:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Datos desagregados por sexo. ■ Análisis y planificación de género. ■ Indicadores sensibles al género^a. ■ Actividades concretas dirigidas a la igualdad de género. ■ Sensibilización y formación en género de todos los actores implicados.

(Continúa)

^a Ver Anexo IV: indicadores de salud

(Continúa)

CRUCE CON PRIORIDADES HORIZONTALES DEL PLAN DIRECTOR EN LAS ACTUACIONES DE SALUD	
PRIORIDAD HORIZONTAL	PAUTAS PARA LA INTERVENCIÓN DE CARÁCTER GENERAL
Equidad de género	<p>Por último, algunos niveles de actuación en los que se debe trabajar para transversalizar el enfoque de género en salud son:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ El diseño de las intervenciones debe contemplar las diferencias entre hombres y mujeres en los patrones de enfermedad y en el acceso a los recursos de atención sanitaria. Se deben analizar los condicionantes de género que explican dichas diferencias en cada cultura, para proponer y apoyar actuaciones concretas que contribuyan a la eliminación de las desigualdades. ■ Fortalecimiento de la institucionalización de la equidad de género en los Organismos Públicos y otros agentes de la Cooperación Española en salud, y la transversalidad (o gender mainstreaming, en inglés). ■ Trabajar con las Instituciones Públicas de los países socios para lograr la sensibilización y la adecuada comprensión de la relación de género y salud. <ul style="list-style-type: none"> • Fomentar que dichas instituciones se orienten hacia los acuerdos internacionales alcanzados en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de Naciones Unidas (El Cairo, 1994) y en la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer de Naciones Unidas (1995, Beijing), así como a los ODM. • Trabajar con los sistemas públicos de salud, garantizando una atención adecuada a las mujeres en cuanto a sus especificidades de género y diversidad de identidades, edades y culturas. • Fomentar medidas de acción positiva para la participación de mujeres en los cargos de decisión de los programas y políticas. ■ Formar a los trabajadores sanitarios para que sean capaces de integrar el enfoque de género en su área de competencia en salud, con especial énfasis en la salud sexual y reproductiva. Reforzar la participación, presencia y formación de mujeres como personal sanitario especializado en todos los niveles de atención. ■ En las comunidades, fomentando la participación activa de las mujeres en las decisiones vinculadas a las políticas y sistemas de salud, dándoles poder para la toma de decisiones sobre su salud y el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos. Tomar especialmente en cuenta el enfoque de género y de derechos sexuales y reproductivos en el VIH/SIDA. ■ Desarrollar instrumentos analíticos y metodologías de investigación que permitan la integración de la equidad y el género en la investigación en salud. Desarrollar y promover el uso de indicadores de salud sensibles al género. ■ Prestar una especial atención a las situaciones de crisis humanitarias, como desastres naturales o conflictos civiles y políticos, en los que la salud de las mujeres suele verse especialmente afectada.



CRUCE CON PRIORIDADES HORIZONTALES DEL PLAN DIRECTOR EN LAS ACTUACIONES DE SALUD	
PRIORIDAD HORIZONTAL	PAUTAS PARA LA INTERVENCIÓN DE CARÁCTER GENERAL
Sostenibilidad medioambiental	<p>Las cuestiones ambientales afectan a la pobreza en sus tres dimensiones fundamentales: los medios de vida, la salud y la vulnerabilidad; y son precisamente las poblaciones más pobres las que más dependen de los recursos naturales para su supervivencia y, por tanto, las que presentan mayor vulnerabilidad ante los efectos derivados de la mala calidad ambiental: peor salud, más incidencia de enfermedades, inseguridad alimentaria etc.</p> <p>Es necesario prevenir, controlar, corregir y evaluar los factores ambientales que pueden afectar de forma adversa la salud de las generaciones presentes y futuras.</p> <p>Para perseguir el objetivo de la mejora de la salud con orientación a la sostenibilidad medioambiental, se trabajará a varios niveles:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Fortaleciendo la institucionalización de la protección del medio ambiente en los Organismos Públicos y otros agentes de la Cooperación Española en salud. ■ Fomentar que las Instituciones Públicas internacionales, nacionales y locales se orienten hacia la consecución de los acuerdos internacionales alcanzados en las dos Cumbres de la Tierra (Río de Janeiro, 1992; y Johannesburgo, 2002) y que, a nivel local, se prioricen acciones relativas al medioambiente natural, comunitario y familiar. ■ Formar a los trabajadores sanitarios en medio ambiente, sostenibilidad y educación para la salud medioambiental. ■ Con la población, apoyando la educación medioambiental y el empoderamiento de las personas, para que tengan la información y la capacidad suficiente para tomar decisiones que afectan a su medio ambiente y que inciden de forma directa sobre su salud, incluyendo lo relativo al impacto medioambiental y de salud de sus modelos de producción y consumo. Fomentar la participación de la población en las políticas y acciones que afecten a su medioambiente.

**CRUCE CON PRIORIDADES HORIZONTALES DEL PLAN DIRECTOR
EN LAS ACTUACIONES DE SALUD**

PRIORIDAD HORIZONTAL	PAUTAS PARA LA INTERVENCIÓN DE CARÁCTER GENERAL
Respeto a la diversidad cultural	<p>Incorporar el enfoque intercultural en el sector salud implica la creación de un modelo de atención en salud que tenga en consideración los determinantes culturales de la salud, y que reconozca el conjunto de culturas que coexisten en un mismo espacio geográfico y clínico, así como las necesidades diferenciadas que presentan. La barrera cultural a la que deben enfrentarse los hombres y mujeres indígenas, y pertenecientes a minorías étnicas y culturales, se manifiesta tanto en la incapacidad de comunicarse por cuestiones lingüísticas, como por la existencia de comportamientos, códigos, relaciones médico-paciente y objetos terapéuticos extraños a su cultura, que hace muy difícil establecer una relación satisfactoria que les permita beneficiarse de las prestaciones que ofrece el sistema oficial de salud. A esto se une la falta de conocimientos del personal del sistema sanitario convencional sobre los factores culturales de la salud. Para que los pueblos indígenas y las minorías étnicas y culturales reciban unos cuidados de salud plenamente accesibles, de calidad y adaptados a sus necesidades, se debe lograr un efectivo desarrollo e integración del enfoque intercultural de la salud a través de las siguientes acciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Se deben diseñar actuaciones sensibles a estas diferencias y destinadas a garantizar los Derechos Humanos de los pueblos indígenas, así como fomentar la sensibilización e inclusión de este enfoque en la Cooperación Española y en aquellas Instituciones nacionales o locales con las que se trabaje. Promocionar la inclusión de los derechos de los pueblos indígenas y la diversidad cultural en las agendas políticas internacionales, nacionales y locales, que garantice una mayor sensibilización hacia estos temas en los espacios políticos y entre otras poblaciones no indígenas. ■ Apoyo en el fortalecimiento de las capacidades institucionales de los organismos públicos, para la introducción y el desarrollo de sistemas locales de salud que consideren la especificidad indígena y de las minorías étnicas y culturales. ■ Fortalecimiento de los RRHH del sistema de salud para que integren el enfoque intercultural, así como el apoyo a la formación, capacitación y contratación de hombres y mujeres indígenas como profesionales de salud. ■ Fomentar el empoderamiento de las personas indígenas para que sean capaces de tomar decisiones que afectan a su salud y la de su comunidad, estableciendo mecanismos para su participación plena y efectiva en la planificación, implementación, seguimiento y evaluación de las políticas y acciones de salud. Esto es importante en todas las esferas, pero especialmente, en las campañas de promoción de la salud y educación para la salud, que deben estar culturalmente adaptadas para ser efectivas. ■ Promover el desarrollo de instrumentos analíticos y metodologías de investigación que permitan la integración de la equidad y la interculturalidad en la investigación en salud.



4.1.2. Sector prioritario: objetivos específicos, líneas estratégicas, actuaciones prioritarias y pautas de intervención:

La Atención Primaria de Salud (APS) y los ODM consideran a los sistemas de salud como el núcleo de la problemática y de las soluciones para la mejora de la salud y la reducción de la pobreza^{a,b,c,77,78,79,80,81} (ver Marco teórico y Anexo III). En coherencia con ello, esta Estrategia sitúa al sistema de salud, su fortalecimiento y desarrollo, como el centro sobre el que van a gravitar y articularse las diferentes líneas de intervención. En este sentido, España dispone de valores añadidos que permiten conceder prioridad al fortalecimiento de los sistemas de salud como el elemento clave de la agenda internacional de la salud; y a hacerla operativa, ya que, a pesar del consenso internacional, en último término, ni los donantes ni los planificadores sanitarios locales les dedican la suficiente atención. Esta priorización implica, además, que cualquier otra línea estratégica se valore en la medida en que sea capaz de influir en el fortalecimiento de los sistemas públicos de salud, como eje central de la ayuda en salud.

Para avanzar en el camino de lograr los ODM, los actores se han orientado fuertemente hacia las enfermedades prioritarias, ejecutando programas verticales de forma paralela a los sistemas de salud nacionales –que aparecen demasiado débiles y fragmentados para poder canalizar la enorme cantidad de recursos que se movilizan hacia los ODM-. Estos enfoques asumen que, a través de la implementación de intervenciones específicas, el sistema se beneficiará en su conjunto, fortaleciéndose de manera colateral. La experiencia ha mostrado que esto no ocurre en realidad y que, incluso, esta gran cantidad de financiación y recursos a corto plazo, pueden distorsionar las prioridades y la planificación nacional, contribuyendo a la fragmentación y a la pobre rectoría por parte del sistema público –yendo también en contra de los principios de la Declaración de París-. Estos programas verticales se enfrentan todos al mismo problema: la prestación de servicios de calidad no puede tener un incremento de escala mientras que los sistemas de salud permanezcan frágiles, fragmentados y no equitativos^{82,83}.

El proyecto del Milenio es claro al respecto: “Las actividades de lucha contra las enfermedades deben llevarse a cabo de manera que fortalezcan la administración, los recursos humanos y la gestión de los servicios, para mejorar los resultados generales de salud y revertir las principales epidemias”^{d,84}. También recomienda enérgicamente que las medidas clave –aquellas que, aplicadas de manera amplia y equitativa, podrían permitir el logro de cada uno de los Objetivos de salud- sean aplicadas “por conducto de un sistema de salud integrado a nivel de distrito, centrado en la atención primaria de la salud y hospitales de consulta de primer nivel”^{85,86}. Esta es una afirmación con carácter político, estratégico y operativo, pues pretende articular los ODM y la APS apostando por la integración, elementos que la Cooperación Española debe hacer suyos.

En coherencia con esta evidencia y este consenso internacional, los programas e intervenciones de la Cooperación Española en salud no deben afrontar las limitaciones de los sistemas de salud de los países socios, ejecutando su ayuda de una manera paralela a dichos sistemas; sino que deben tener en cuenta el contexto del

^aAlgo bien explicitado en los últimos tiempos en la “Política de Salud para Todos en el Siglo XXI” adoptada en 1998 por la OMS (Resolución WHA 51.7), y en la Reunión Mundial sobre Futuras Direcciones Estratégicas para la APS, de Madrid, 27-29 octubre de 2003, y en su Informe “APS: un marco para futuras direcciones estratégicas” (disponible en: http://www.who.int/chronic_conditions/primary_health_care/en/phc_report_oct03.pdf).

^bEl Proyecto del Milenio, en su cometido de desarrollar un plan de acción para alcanzar los ODM, y en su Informe Invirtiendo en Desarrollo, al considerar los elementos clave de un capital humano adecuado incluye “Un sistema de salud que permita a las personas vivir una vida larga y saludable”(pág 10). Y al abordar la salud dentro de los procesos en el plano nacional para lograr los ODM, hace una apuesta clara por los sistemas de salud como clave para ello (págs. 92-101). Y el Informe del Equipo de Tareas sobre la salud de los niños y de las madres, se titula ¿Quién tiene el poder? Transformando los sistemas de salud para la mujer y el niño (Disponible en: http://www.unmillenniumproject.org/reports/tf_health.htm), y considera que “el avance potencial se encuentra en situar a los sistemas de salud en el centro de las estrategias de los ODM”.

^cLa OMS, en su reciente informe sobre la Salud y los ODM, señala que los “sistemas de salud plenamente funcionantes y equitativos es un prerrequisito para alcanzar los ODM en salud” (cap 2 –págs: 31-41).

^dY añade: “La clave de la expansión satisfactoria y sostenible de estas actividades es el fortalecimiento de los sistemas de salud, cuyo estado deplorable es uno de los principales obstáculos para mejorar los resultados en materia de salud en muchos países. El valor agregado de invertir actualmente en sistemas de salud es que se creará una base sostenible que permitirá a los países responder a la nueva ola de desafíos sanitarios, entre ellos las enfermedades crónicas, que representan una proporción cada vez mayor de las enfermedades existentes en los países en desarrollo” (página 93).

sistema de salud en su conjunto, y contribuir a fortalecerlo. Ello no conlleva abandonar las prioridades o perder de vista una orientación hacia resultados, sino reconocer la complejidad de los sistemas de salud y la necesidad de abordar las raíces de sus problemas, para producir una mejora significativa a largo plazo en la cobertura y la calidad de la atención⁸⁷-y así mejorar la salud y combatir la pobreza de manera eficaz y sostenible-.

Este enfoque tiene implicaciones prácticas en lo que concierne a la manera en que se organizan y prestan las intervenciones en salud. Las acciones dirigidas a determinados grupos poblacionales (por ejemplo infantil) o a problemas de salud específicos (por ejemplo el VIH/SIDA) no deben ejecutarse exclusivamente en forma de programas verticales –lo que ocurre en muchos casos-, sino que la Cooperación Española debe en todo momento buscar y promover la viabilidad de la integración de esos programas dentro de los servicios y en el conjunto del sistema de salud^{88,89}. Dicho de otra manera, la Cooperación Española debe avanzar en la búsqueda de las sinergias entre la ejecución de los programas y proyectos, de manera vertical y horizontal^{90,91}.

La Cooperación Española no debe soslayar la importancia que, para el funcionamiento adecuado de los sistemas públicos de salud, tiene la sociedad civil organizada, por lo que, complementariamente, (...) las actuaciones dirigidas a fortalecer la capacidad de los ciudadanos para marcar las pautas generales y los objetivos de un sistema de salud. Así como con capacidad de decidir fuentes de financiación adecuadas y suficientes que permitan asegurar la sostenibilidad del sistema.

En resumen, los Objetivos Específicos de la Cooperación Española son los que permiten fortalecer el sistema de salud, tanto en lo que concierne al sistema público como a la sociedad civil que hace uso de él y participa de sus decisiones. Proponemos como tales los que figuran el siguiente gráfico.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	
Sistema público de salud	Población en situación de pobreza y vulnerabilidad
<ul style="list-style-type: none"> ■ Que se oriente hacia la equidad y la lucha contra la pobreza ■ Con recursos ■ Con buena gobernanza y rectoría estatales ■ Que se oriente hacia necesidades prioritarias de las poblaciones en situación de pobreza ■ Que provea de servicios de calidad, accesibles, equitativos, eficientes y sostenibles ■ Que transversalice el género ■ Que tenga en cuenta la interculturalidad y las necesidades de las poblaciones indígenas ■ Con capacidades de desarrollo de conocimiento e innovación ■ Con capacidad para el manejo de epidemias y desastres 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Que disponga de conocimiento, poder y mecanismos para generar salud y participar en decisiones que afectan a su propia salud y la de su comunidad ■ Con Instituciones sociales fortalecidas y orientadas hacia la equidad y la lucha contra la pobreza, que transversalicen el género y tengan en cuenta la interculturalidad de la salud ■ Con mecanismos de protección social para mitigar el impacto de los problemas de salud

Todas las actuaciones de la Cooperación Española deben contribuir a alguno de estos Objetivos Específicos estratégicos, con el fin último de mejorar la salud promoviendo el desarrollo.

^a El Proyecto del Milenio vuelve a expresarse de nuevo claramente al respecto: "Las iniciativas verticales no deberían, en general, pasar por encima del sistema de salud en la prestación de servicios, ya que ello tiende a menoscabar los sistemas de salud existentes, al duplicar las estructuras de gestión y competir por recursos escasos, especialmente de personal cualificado". Ver Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas (2005). op.cit.



Con el objetivo prioritario definido, este documento propone varios objetivos estratégicos complementarios. No son objetivos alternativos sino que, en cada caso, el diseño de programas en torno a las líneas estratégicas debe realizarse con la idea de conseguir, complementariamente, el objetivo prioritario, seleccionando recursos, instrumentos y medidas acordes con los principios de armonización, apropiación y alineamiento de la Declaración de París.

Esto tiene una importancia crucial en el diseño e implementación de las diferentes líneas estratégicas y actuaciones prioritarias, cuyo valor e impacto no depende en exclusiva de sus logros individuales, sino de los vínculos que establecen entre ellas y las posibilidades que abren para actuar de manera sinérgica. Éste es un paso esencial en el sentido de superar una de las limitaciones que históricamente ha contribuido a que las acciones de cooperación internacional en salud no hayan tenido un impacto significativo y sostenible sobre la pobreza y el desarrollo.

A continuación se exponen las Líneas Estratégicas de Intervención de la Cooperación Española en salud, que se basan en las propuestas en el Plan Director 2005-2008, y que han sido enriquecidas con nuevas líneas en esta Estrategia.

LÍNEAS ESTRATÉGICAS DE INTERVENCIÓN SOBRE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD	
Línea estratégica	Contenido
Fortalecimiento institucional de los sistemas públicos de salud	Mejorar las capacidades de rectoría y gobernanza del sistema público de salud que le permitan progresivamente lograr un mejor desempeño, así como liderar y dar una respuesta equitativa, pertinente y sostenible a la situación del sector salud en entornos complejos, dinámicos y cambiantes. Los Estados son los responsables últimos de los resultados en salud, y los garantes del ejercicio del derecho a la salud de las poblaciones. Por tanto, deben tener las oportunidades y la capacidad para asumir esta responsabilidad.
Mejora de los servicios básicos de salud	Apoyar unos servicios básicos de salud fundamentados en la APS para que dispongan de los recursos -humanos, financieros, medicamentos e instalaciones- y de las capacidades para aumentar la calidad de su atención y gestión, facilitando las oportunidades para que la población acceda y participe en ellos de manera equitativa -tanto en las aportaciones financieras como en los servicios recibidos-. Estos servicios básicos basados en los nueve componentes de la APS (ver marco teórico) previenen y atienden las enfermedades prioritarias, que originan la mayor carga de morbilidad y mortalidad de las poblaciones en situación de pobreza y vulnerabilidad, por lo que su fortalecimiento resulta crucial.
Mejora del acceso a medicamentos esenciales^a y otros productos sanitarios	La meta 17 del objetivo 8 de los ODM asume el compromiso de proporcionar acceso a medicamentos esenciales en los países en desarrollo. Éstos son una selección de medicamentos necesarios, incluidos los anticonceptivos, para satisfacer las necesidades sanitarias de la mayoría de la población. Las actuaciones prioritarias se basan en apoyar y desarrollar acciones en los ámbitos políticos, de los sistemas de salud, sectores informales, lucrativos y de las comunidades, que faciliten la disponibilidad, el acceso y el uso racional, equitativo y sostenido de medicamentos esenciales y de otros productos sanitarios básicos. Ambos son insumos imprescindibles para los Servicios Básicos de Salud y para el Sistema de Salud en su conjunto.

(Continúa)

^aVer Glosario de conceptos.

(Continúa)

Fortalecimiento de los Recursos Humanos del Sistema de Salud	Conseguir que los trabajadores adecuados y con las capacidades pertinentes estén en el lugar oportuno haciendo lo que corresponde. Para ello, se deben apoyar los programas de formación de Recursos Humanos sanitarios adaptados a las necesidades y la realidad locales, así como los programas que fomenten el ejercicio de su profesión en su país de origen y en equilibrio entre las regiones, en correspondencia con las necesidades existentes. Esto es necesario para mejorar los niveles de salud de la población. Los Recursos Humanos son el insumo individual más importante para los sistemas de salud a todos los niveles, y es necesario garantizar que todas las personas tengan acceso a trabajadores sanitarios cualificados, motivados y bien respaldados. El número y calidad de los trabajadores sanitarios está relacionado con la cobertura de inmunización, el alcance de la atención primaria y la supervivencia de los lactantes, los niños, niñas y las madres.
---	---

LÍNEAS ESTRATÉGICAS DE INTERVENCIÓN SOBRE CONDICIONES Y PROBLEMAS DE SALUD

Línea Estratégica	Contenido
Mejora de la Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos^a	Guiadas por la Conferencia de El Cairo, 1994, las acciones de la Cooperación Española en este ámbito se guiarán por el respeto y la defensa de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y los hombres, protegidos por la legislación internacional, contemplando todo el ciclo de vida sexual de las personas. Las acciones se basarán en apoyar y desarrollar programas y actuaciones que mejoren la calidad y el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, con un enfoque que: a) contribuya a la reducción de la carga de enfermedad derivada de estos problemas; b) contemple y promueva el desarrollo pleno de los derechos en este ámbito, en igualdad de oportunidades para hombres y mujeres; c) se articule e integre con los otros programas y servicios de salud en el contexto del fortalecimiento de los sistemas de salud.
Mejora de la Salud Infantil	La infancia es uno de los colectivos más vulnerables a la enfermedad y la muerte. La mayor parte de las muertes infantiles se producen antes de los 5 años, la gran mayoría de ellas por causas evitables por medio de la aplicación de medidas mínimas de prevención. Para reducir la mortalidad infantil, es necesario apoyar y desarrollar programas y acciones que mejoren la calidad y el acceso a los servicios de salud infantil, y su respuesta a los problemas de salud prioritarios con un abordaje integral que: a) se dirija a la mejora del estado de salud de la población infantil, contribuyendo a la reducción de su carga de enfermedad; b) contribuya a la promoción y protección de sus derechos en lo que concierne a su salud y su desarrollo; c) se articule e integre, tanto con los otros programas y servicios de salud relacionados (salud reproductiva, etc.) como con el conjunto de los sistemas de salud.
Lucha contra las Enfermedades Prevalentes y Olvidadas^b (incluye SIDA, malaria, Tuberculosis)	La cobertura de estas enfermedades es una prioridad para la Cooperación Española, que apoyará y desarrollará programas y acciones dirigidas a los problemas de salud prevalentes y olvidados, fundamentalmente debidos a enfermedades infecciosas, que afectan a las poblaciones en situación de pobreza y mayor vulnerabilidad. Facilitar la accesibilidad y calidad de los servicios dirigidos a estas enfermedades, así como su integración en los servicios básicos de salud, con un especial énfasis en la lucha contra el VIH/SIDA, la Malaria y la Tuberculosis.

(Continúa)

^aVer Glosario de conceptos.^bVer Glosario de conceptos.



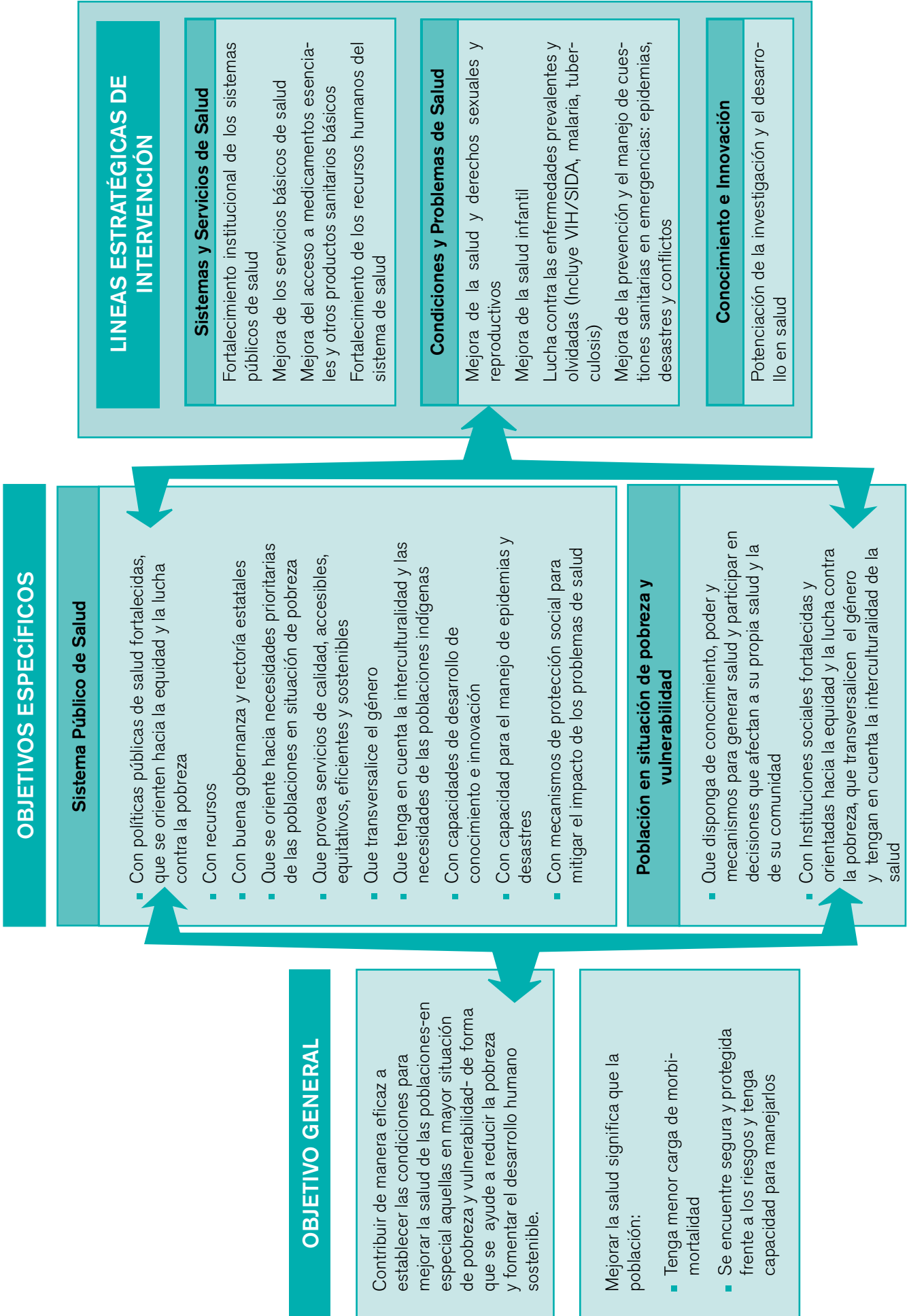
(Continúa)

<p>Mejora de la prevención y el manejo de cuestiones sanitarias en emergencias: epidemias, desastres y conflictos</p>	<p>Apoyar la prevención y control de los problemas de salud prevalentes en los desastres y conflictos: la malnutrición, las consecuencias sanitarias del hacinamiento, de la falta de acceso al agua potable, la propagación de enfermedades infectocontagiosas –como las infecciones respiratorias agudas, la malaria, el sarampión o las enfermedades diarreicas-, de enfermedades de transmisión sexual, los problemas de salud mental etc.; así como prevenir y controlar el deterioro de servicios e infraestructuras de salud. Las actuaciones en materia de salud son prioritarias durante los desastres y conflictos.</p> <p>Apoyar a los países en la detección y respuesta a las amenazas de enfermedades emergentes y con tendencia a producir epidemias, a fin de reducir al mínimo su impacto en la salud y la economía de la población. Esto es importante, dado que las epidemias pueden suponer una demanda cuantiosa y repentina para los sistemas sanitarios. Cuando éstos son débiles, a las consecuencias sanitarias de la epidemia se suman los impactos negativos sobre el sistema de salud y sobre la economía.</p>
--	--

LÍNEAS ESTRATÉGICAS DE INTERVENCIÓN SOBRE CONOCIMIENTO E INNOVACIÓN

Línea estratégica	Contenido
<p>Potenciación de la investigación y el desarrollo en salud</p>	<p>Apoyar la aplicación efectiva de la investigación, encaminada a la generación de nuevos conocimientos sobre la salud y nuevas tecnologías dirigidas a las necesidades y el contexto de los Países en Desarrollo. La investigación en salud se reconoce como una de las fuerzas directoras del desarrollo y la lucha contra la pobreza, sin embargo, tan sólo un 10% de los recursos destinados a ella se aplican a las necesidades de los Países en Desarrollo, que además, sufren el 90% de los problemas de salud (brecha 10/90. Esto es importante, ya que hay muchas preguntas de investigación que un país necesita responder si quiere asegurar una provisión de servicios de salud efectivos y eficientes que cubran las necesidades de la población y sean accesibles.</p>

A continuación se muestra un esquema del Objetivo General, los Objetivos Específicos y las Líneas Estratégicas de Intervención de la cooperación en salud. En las siguientes páginas se desarrolla el contenido de cada una de las líneas estratégicas de intervención, apuntando las actuaciones prioritarias y algunas pautas de intervención que es necesario considerar como buenas prácticas a la hora de desarrollar las actuaciones. En el Anexo VIII se muestra la totalidad de las actuaciones así como de las pautas de intervención. También se muestra una tabla con una selección de pautas de intervención generales de todo el sector salud, y aplicables a la totalidad de las líneas estratégicas.





PAUTAS GENERALES PARA LA INTERVENCIÓN EN EL SECTOR SALUD

Son buenas prácticas que deben ser aplicadas por la cooperación al desarrollo en el sector salud independientemente de la línea estratégica en la que se ubique la acción (programa, proyecto...) de cooperación en el sector salud.

- Aplicar el **marco de la APS**, la **Estrategia Salud Para Todos** en el S. XXI y los **ODM** en las actuaciones, así como fomentar la adopción de estos principios por parte de las instituciones u organizaciones con las que se trabaje. Apoyar prioritariamente las actuaciones en el nivel de atención primaria bajo los principios de acceso universal, equitativo y sostenible.
- Aplicar los principios de la **Declaración de París sobre Eficacia de la Ayuda**: Apropiación, Alineamiento, Armonización y Mutua Responsabilidad. Para cumplir con ellos, las actuaciones se alinearán con los Planes Regionales o Planes Nacionales de desarrollo, de Reducción de la Pobreza, de Sanidad o relativos a temáticas concretas cuando éstos existan, y con las prioridades definidas por éstos. También se apoyarán los instrumentos y mecanismos que contribuyan a la armonización con otros donantes (por ejemplo, el enfoque sectorial).
- Instaurar la **gestión basada en resultados**: en lugar de comenzar por insumos y acciones planificadas y posteriormente ver sus efectos e impactos, el enfoque analiza los efectos e impactos deseados (reducción de la pobreza) y después, identifica acciones necesarias para lograrlos⁹².
- Luchar por una **coordinación efectiva** entre los diversos actores de la Cooperación Española por medio de los órganos e instrumentos necesarios (por ejemplo, contribuyendo a la colaboración con el **Programa VITA** de cooperación en salud para África).
- **Priorizar el trabajo con las instituciones públicas** en el campo de que se trate -si bien para incidir en muchos de los problemas de salud se puede requerir una cooperación y unos objetivos comunes entre el sector público y el privado, especialmente en contextos en los que este último está muy desarrollado y tiene muchas competencias en salud-.
- Priorizar también el trabajo con la **sociedad civil organizada** local. En los programas de sensibilización y formación a nivel comunitario es importante contar con material educativo con lenguaje apropiado, enfocado a los cuidados básicos de salud, y con especial énfasis para las mujeres y aquellas personas con poder de decisión en las comunidades.
- Seguir las **directrices internacionales y las recomendaciones de buenas prácticas** emitidas por las Instituciones Internacionales de referencia (las referidas en el Marco Institucional), para el campo en que se trabaje.
- Actuar siempre de forma que no se genere dependencia de la ayuda al desarrollo dada por los países donantes, siendo especialmente importante cuando esta ayuda constituye una proporción notable del presupuesto sanitario del país.

1. Líneas estratégicas sobre sistemas y servicios de salud

LÍNEA ESTRATÉGICA: FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL DE LOS SISTEMAS PÚBLICOS DE SALUD ^a	
Actuaciones prioritarias	Pautas para la intervención
<p>1. Fortalecimiento de las capacidades (tanto técnicas como políticas) generales de rectoría y otras áreas.</p> <p>a. Formulación y desarrollo de la política de salud y labores de planificación y gestión (Ej.: plan nacional de salud, plan de gastos, cuentas sanitarias nacionales etc.).</p> <p>b. Liderazgo y regulación del sistema.</p> <p>c. Desarrollo del sistema de información sanitaria, de vigilancia epidemiológica y de gestión de la información, utilizando tecnologías adecuadas de información y comunicación (TIC).</p> <p>d. Desarrollo de capacidades para las funciones esenciales de salud pública, que se agrupan en diferentes categorías: Prevención, vigilancia y control de enfermedades transmisibles y no transmisibles. Monitorización de la situación sanitaria. Promoción de la salud; Salud ocupacional. Protección del medio ambiente. Legislaciones y regulaciones sanitarias. Gestión de la salud pública. Servicios de salud pública específicos. Atención de grupos vulnerables y de riesgo.</p> <p>e. Desarrollo de capacidades para la gestión de la cooperación internacional.</p> <p>2. Garantizar la cobertura universal de los servicios de salud mediante el desarrollo de sistemas equitativos de financiación y protección social en salud.</p> <p>3. Apoyo y acompañamiento en los procesos de descentralización de los servicios sanitarios -apoyando la generación de las capacidades técnicas y políticas necesarias para este proceso- para la mejora en el acceso universal a los cuidados de salud.</p> <p>4. Apoyo al enfoque de género en las instituciones de salud, institucionalizándolo como condición imprescindible para que las acciones emanadas de ellas sean sensibles al género:</p> <p>a. Fomentar medidas de acción positiva para igualar las oportunidades y trato de las mujeres y los hombres en las instituciones de salud.</p> <p>b. Fomentar medidas de conciliación de la vida laboral y familiar.</p> <p>5. Apoyo en la introducción y el desarrollo de sistemas locales de salud que consideren la especificidad indígena.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Aplicar el marco de la Atención Primaria de Salud y la Estrategia de Salud para Todos en el Siglo XXI, y la orientación hacia los ODM, así como apoyar a la integración de éstos conceptualmente, políticamente y en los marcos de planificación por parte del Sistema Público de Salud. ■ Tratar de establecer alianzas y asociaciones estables con los países socios. ■ Valorar la aplicación de estrategias e instrumentos innovadores: La estrategia incrementalista^{b,93} el enfoque sectorial (que se analizará en el marco instrumental), etc. ■ Tener en cuenta que el desarrollo de esta línea cobra especiales características según los contextos, como en los Estados Frágiles en los que, sin obviar este fortalecimiento, se requieren aproximaciones diferentes. ■ Tratar de capitalizar y orientar estratégicamente las ventajas comparativas, potencialidades, proceso histórico etc., del sistema de salud español y de los mecanismos de protección social.

^aMinisterio de Sanidad e Instituciones Públicas sanitarias

^bFrente a la denominada estrategia convencional implica aspectos como: internamente motivada (frente a motivación externa), experimental (frente a un proyecto cerrado), adaptado a las circunstancias locales (y no genérica), incremental y continua (frente a limitación temporal), etc.



LÍNEA ESTRATÉGICA: MEJORA DE CALIDAD Y ACCESO A SERVICIOS BÁSICOS DE SALUD

Actuaciones prioritarias	Pautas para la intervención
<p>1. Apoyar actuaciones en el nivel de servicios básicos, formando parte de un sistema de Atención Primaria de Salud integral, atendiendo a sus componentes definidos en Alma-Ata, así como a algunos nuevos, como la Salud Sexual y Reproductiva.</p> <ol style="list-style-type: none"> Promoción de la salud -y educación para la salud de los problemas prevalentes y sobre los métodos para prevenirlos y controlarlos- Atención Materno-infantil y Salud Sexual y Reproductiva. Inmunización contra las principales enfermedades infecciosas. Abastecimiento adecuado de agua potable y saneamiento básico. Salud y vivienda. Control de excrementos y basuras. Promoción del suministro de alimentos y de una nutrición apropiada. Prevención y control de las enfermedades endémicas locales. Suministro de medicamentos esenciales (que constituye una línea de actuación en sí misma). <p>2. Mejora de la igualdad de oportunidades de hombres y mujeres en el acceso a los servicios de salud, con un especial énfasis en la atención a los derechos sexuales y reproductivos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ El diseño de las intervenciones debe contemplar las diferencias entre hombres y mujeres en los patrones de enfermedad y en el acceso a los recursos de atención primaria. ■ Introducir la perspectiva medioambiental en el marco de la APS, especialmente en el trabajo relacionado con la nutrición y la seguridad alimentaria, el abastecimiento de agua potable y saneamiento básico, el control de excrementos y basuras, y la habitabilidad. Actuar siempre de forma que se fomente la conservación y sostenibilidad de los recursos naturales. ■ La inversión en infraestructura y equipamiento debe racionalizarse y guiarse por las necesidades, capacidades y prioridades locales.

LÍNEA ESTRATÉGICA: ACCESO A MEDICAMENTOS ESENCIALES Y OTROS PRODUCTOS SANITARIOS BÁSICOS^a

Actuaciones prioritarias	Pautas para la intervención
<p>El acceso a medicamentos esenciales en países en desarrollo en cooperación con empresas farmacéuticas constituye la Meta 17 del Objetivo 8 de los ODM. Los habitantes en países en desarrollo representan cerca del 80% de la población mundial, pero sólo suponen el 20% de las ventas mundiales de medicamentos. Para estas poblaciones, el desequilibrio entre sus necesidades y la disponibilidad real de medicamentos tiene consecuencias fatales.</p>	

(Continúa)

^aVer Glosario de conceptos.

(Continúa)

LÍNEA ESTRATÉGICA: ACCESO A MEDICAMENTOS ESENCIALES Y OTROS PRODUCTOS SANITARIOS BÁSICOS^a	
Actuaciones prioritarias	Pautas para la intervención
<p>1. Marcos políticos y regulatorios: Actuaciones en los ámbitos nacionales e internacionales para promover y apoyar el desarrollo de marcos políticos, reguladores y otros mecanismos que faciliten el acceso equitativo a los medicamentos esenciales</p> <p>2. Investigación y Desarrollo (con especial hincapié en Enfermedades Olvidadas):</p> <p>a. Instar a la comunidad internacional, en particular la OMS (Grupo de Trabajo sobre Medicamentos para Enfermedades Olvidadas), a definir una agenda de I+D basada en necesidades reales, con el fin de ayudar a los responsables políticos, las agencias de financiación y la comunidad de investigación a establecer prioridades para el desarrollo de medicinas seguras, eficaces y asequibles.</p> <p>b. Apoyar iniciativas de financiación seguras y a largo plazo de I+D en enfermedades prevalentes y olvidadas, que apuesten por un acceso equitativo y asequible del producto final. En este sentido, cabe destacar la existencia de Iniciativas Público-Privadas que trabajan para lograr la producción de medicamentos para enfermedades olvidadas y prevalentes.</p> <p>3. Calidad y seguridad de medicamentos: Apoyar y promover en los ámbitos políticos y de los sistemas de salud las actuaciones para la mejora de la calidad y la seguridad de los medicamentos, con dos actuaciones prioritarias:</p> <p>a. Apoyo al desarrollo y aprobación prioritaria de presentaciones, formulaciones y protocolos de tratamiento, adaptados a las necesidades y modos de vida de las poblaciones afectadas (como las formulaciones pediátricas o las formulaciones que no requieran refrigeración para el tratamiento del VIH/SIDA).</p> <p>b. Apoyo a iniciativas para el control y lucha contra las falsificaciones y medicamentos fraudulentos.</p> <p>4. Aprovisionamiento y gestión: Fortalecimiento de los sistemas locales de aprovisionamiento y gestión de medicamentos, dentro del contexto de fortalecimiento del conjunto del sistema de salud:</p> <p>a. Las actuaciones en algunas de las secuencias de esta parte del ciclo de gestión (aprovisionamiento, selección, adquisición, almacenamiento y distribución) dirigidas a mejorar las capacidades del sistema, deben estar bien priorizadas y definidas en función de los “cuellos de botella” principales y en articulación con los otros actores.</p> <p>b. Al ser un área escasamente priorizada, la Cooperación Española debe fomentar la organización y gestión de sistemas de eliminación adecuada de medicamentos, en coordinación con el sector medioambiental.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Por su impacto en la salud y la pobreza es una de las líneas claves que requiere unas pautas imprescindibles a varios niveles: <ul style="list-style-type: none"> • En el ámbito internacional: se utilizarán los principios y marcos estratégicos y operativos internacionales de la OMS y FNUAP, en el caso de acceso a anticonceptivos y productos de salud reproductiva. • En el ámbito nacional: el diálogo, la coordinación y complementariedad entre los actores implicados en el acceso a medicamentos (Ministerio de Sanidad y Consumo: Agencia Española del Medicamento, Ministerio de Industria, Turismo y Comercio, Industria Farmacéutica, etc.) y los agentes de la Cooperación Española • En el ámbito de los países socios: se buscará una sinergia estratégica a nivel central y periférico. ■ En el ámbito del aprovisionamiento y la gestión de los medicamentos es esencial no generar mecanismos múltiples y paralelos de aprovisionamiento, sino más bien, coordinarse con los diferentes actores locales y fortalecer los pertinentes canales disponibles (nacionales y/o regionales). ■ En general, se promoverá y apoyará la política de genéricos, tanto en los países receptores como en las donaciones y exportaciones españolas.

^a Ver Glosario de conceptos.



LÍNEA ESTRATÉGICA: FORTALECIMIENTO DE LOS RECURSOS HUMANOS DEL SISTEMA DE SALUD (TRABAJADORES SANITARIOS)	
Actuaciones prioritarias	Pautas para la intervención
<p>La OMS dedica el Informe sobre la salud en el mundo del año 2006 al personal sanitario, reconociendo que la carencia de recursos humanos supone una barrera en la consecución de los ODM, e identificado un umbral en la densidad de personal sanitario según el cual hay actualmente 57 países con escasez crítica equivalente a un déficit de 2,4 millones de personal médico, de enfermería y comadronas. La propia UE⁹⁴ ha elaborado una estrategia para afrontar la crisis de recursos humanos para la salud en países en desarrollo.</p>	
<p>1. Apoyar la entrada de trabajadores sanitarios en el sistema. Se refiere a las áreas de planificación y gestión del sistema de producción de personal sanitario; formación y contratación de personal.</p> <ol style="list-style-type: none"> Preparación del personal, mediante inversiones estratégicas en formación y en prácticas de contratación eficaces y éticas. Apoyo al desarrollo de instituciones docentes sólidas, que formen a un número suficiente de trabajadores cualificados con competencias técnicas, garantizando la calidad de la formación y evitando lagunas en la cobertura de servicios. Atender al adecuado equilibrio de los equipos sanitarios (por ejemplo, la razón personal médico/personal de enfermería). Producir trabajadores sanitarios cuyos orígenes, idioma y atributos sociales los hagan accesibles y capaces de llegar a personas y poblaciones diversas. Lograr una mayor compatibilidad social entre los trabajadores y la población que atienden, en cuanto a sexo, idioma, origen étnico y ubicación geográfica. Capacitación y empleo de personas indígenas cualificadas, con inclusión de mujeres indígenas, para elaborar, gestionar, administrar y evaluar los programas de atención de la salud. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Priorizar el apoyo a las Instituciones Públicas de Formación y las estructuras públicas de planificación y gestión de los RRHH, aunque teniendo en cuenta el papel relevante que puede jugar el sector privado en ciertos contextos, y la necesidad de cooperar con éste en determinados casos. ■ Para crear esquemas de incentivos que sean eficaces, es necesario investigar, analizar y consultar directamente con los trabajadores sanitarios. ■ Para dar una respuesta efectiva a la crisis de los RRHH, es imprescindible tener en cuenta las políticas de género, especialmente si se considera la creciente feminización del personal sanitario. ■ Considerar el empleo de instrumentos de cooperación, como el apoyo presupuestario y el apoyo sectorial, especialmente adecuado para la financiación de costes recurrentes como puede ser el apoyo al fortalecimiento de los RRHH.

(Continúa)

(Continúa)

LÍNEA ESTRATÉGICA: FORTALECIMIENTO DE LOS RECURSOS HUMANOS DEL SISTEMA DE SALUD (TRABAJADORES SANITARIOS)	
Actuaciones prioritarias	
<p>2. Apoyar en la gestión de RRHH durante su etapa laboral y evitar la salida de éstos del sistema.</p> <p>a. Apoyar políticas y programas encaminados a aumentar la seguridad laboral del personal sanitario, mediante la identificación y gestión de los riesgos físicos y el estrés mental, así como fomentar el cumplimiento de las directrices de prevención y protección frente a riesgos, entre ellos el VIH/SIDA. Esto es especialmente importante para las mujeres, que afrontan mayores riesgos, muchas veces relacionados con la violencia.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apoyar acciones encaminadas a evitar que los trabajadores más cualificados emigren. Las migraciones se dan en tres sentidos: del medio rural a las ciudades, del sector público al privado, y de los países en desarrollo a los países más desarrollados. Es necesario apoyar políticas y programas que incentiven la permanencia del personal sanitario en su país de origen para que la distribución de los trabajadores en el interior del país responda a las necesidades de la población. <p>b. Tratar de establecer partenariados especiales con aquellos países de los que España importa RRHH sanitarios, teniendo en cuenta que la recepción de éstos supone un ahorro en términos de capacitación de personal.</p>	
<p>3. Apoyar las estrategias nacionales de RRHH:</p> <p>a. Apoyar y financiar las políticas y planes nacionales sobre RRHH.</p> <p>b. Fomentar la inclusión del tema de los RRHH en las estrategias nacionales de reducción de la pobreza.</p> <p>c. Apoyar la creación de mapas nacionales de RRHH.</p>	



2. Líneas estratégicas sobre condiciones y problemas de salud

LÍNEA ESTRATÉGICA: MEJORA DE LA SALUD Y LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS ^a	
Actuaciones prioritarias	Pautas para la intervención
<p>El Objetivo 5 (Meta 6) de los ODM se refiere a la mejora de la salud materna: persigue la reducción, entre 1990 y 2015, en tres cuartas partes de la mortalidad materna, y el incremento del porcentaje de partos con asistencia de personal sanitario especializado y el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva.</p>	
<p>1. Fortalecimiento de los derechos sexuales y reproductivos a través de las siguientes acciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> Refuerzo de los marcos normativos y del compromiso político y presupuestario hacia estos derechos. Fortalecimiento de la sociedad civil, especialmente de los movimientos de mujeres y jóvenes que trabajan por la defensa de estos derechos. Apoyo a acciones de incidencia política y sensibilización dirigidas a las instituciones públicas y la sociedad civil. Promover la incorporación de la salud y los DSR en las estrategias de reducción de la pobreza. <p>2. Fortalecimiento de los servicios de Salud Sexual y Reproductiva dentro de la APS a través de:</p> <ol style="list-style-type: none"> Promover la existencia de servicios integrales de salud sexual y reproductiva con enfoque de ciclo vital, cultural y de género. Promover servicios de asesoramiento e información en materia de planificación familiar y prevención de embarazo. Promover el aprovisionamiento, distribución y acceso a una amplia gama de anticonceptivos (incluidos métodos de barrera masculinos y femeninos, a precios asequibles). Garantizar la atención a las complicaciones causadas por el aborto inseguro y el acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) dentro de los marcos legales de cada país. Garantizar programas de información, prevención, diagnóstico y tratamiento de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), incluyendo el VIH/SIDA. Promover la información, educación y asesoramiento sobre sexualidad, paternidad responsable y embarazos precoces, particularmente entre los jóvenes, y con una perspectiva cultural. Promover programas de lucha contra las prácticas perjudiciales para la salud (como por ejemplo en ciertos contextos la mutilación genital femenina) y contra la violencia de género. 	<p>En general habrá que tener en cuenta:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ La promoción de la salud y los derechos sexuales y reproductivos exige transversalizar los aspectos, conocimientos y enfoques que aporta la perspectiva de género a las disciplinas de salud. ■ Para seguir los criterios del Plan CIPD y el Proyecto del Milenio, una pauta esencial es el desarrollo del enfoque y los servicios de salud sexual y reproductiva en contextos descentralizados, tomando como punto focal los sistemas de distrito basados en la atención primaria de salud con continuidad de cuidados hospitalarios. <ul style="list-style-type: none"> • Es imprescindible avanzar en la inclusión y participación de los hombres, lo que requiere un trabajo de proximidad, estratégico y de proceso. • Prestar una especial atención a adolescentes y jóvenes en tanto colectivos en situación de mayor vulnerabilidad, y elaborar acciones focalizadas y dirigidas a sus especificidades. ■ Un componente esencial en la mejora de los servicios es la disponibilidad de los “suministros esenciales” (anticonceptivos, preservativos, test diagnósticos, antibióticos, etc.), siendo el FNUAP una importante fuente de referencia y aprovisionamiento^b. ■ Las cuestiones de índole ética y socio-cultural deben ocupar un espacio preponderante en la formulación y desarrollo de las acciones, y exigen conocimientos y enfoques más allá de las disciplinas de la salud. ■ Para la elaboración de pautas de intervención en situaciones de conflicto o desastre, es interesante como referencia el sistema desarrollado por FNUAP-OMS-ACNUR⁹⁵.

(Continúa)

^aVer Glosario de conceptos.

^bEn este sentido es interesante señalar la denominada “Supply Initiative”, para reunir las necesidades en los suministros para salud reproductiva. Fue establecida en 2003 para crear un foro en el que las principales organizaciones que trabajan en este ámbito puedan identificar los problemas más importantes al respecto y hacer las pertinentes recomendaciones a los gobiernos y donantes. Ver: <http://www.rhsupplies.org/index.shtml>

(Continúa)

LÍNEA ESTRATÉGICA: MEJORA DE LA SALUD Y LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS^a	
Actuaciones prioritarias	
<p>3. Acceso de los y las jóvenes a información y servicios mediante:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Apoyo a iniciativas que faciliten el acceso de este colectivo a servicios abiertos, de confianza y adaptados a sus necesidades. b. Apoyar actividades orientadas a la educación y difusión de información sobre igualdad de género, relaciones sexuales seguras, reproducción, prevención de ITS (incluido VIH/SIDA), prevención de embarazos y anticoncepción. <p>4. Transversalización de la salud y los derechos sexuales y reproductivos a través de programas que favorezcan su integración en:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Otros programas de salud, especialmente los relacionados con el VIH/SIDA. b. Los procesos e instrumentos de cooperación (Enfoques Sectoriales, Estrategias País, etc.). c. Situaciones de emergencias y desastres (naturales, conflictos, etc.). 	

LÍNEA ESTRATÉGICA: MEJORA SALUD INFANTIL	
Actuaciones prioritarias	Pautas para la intervención
<p>El Objetivo 4 (Meta 5) de los ODM persigue la reducción de la mortalidad infantil (niños menores de 5 años) en dos terceras partes entre 1990 y 2015.</p>	
<p>1. Estrategia de Atención Integrada de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI): apoyo al desarrollo de un enfoque integrado de la salud infantil a través de esta estrategia^a que tiene tres objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Reducir la mortalidad en la infancia. b. Reducir la incidencia y gravedad de las enfermedades y problemas de salud que afectan a los niños y niñas. c. Mejorar el crecimiento y desarrollo durante los primeros años de vida de los niños y niñas. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Promover y fortalecer el enfoque y la práctica de la vinculación entre la salud y la protección y derechos del niño, así como la integración del enfoque de género.

(Continúa)

^a Ver Glosario de conceptos.

(Continúa)

LÍNEA ESTRATÉGICA: MEJORA SALUD INFANTIL	
Actuaciones prioritarias	Pautas para la intervención
<p>Y tres componentes:</p> <p>d. Mejorar el desempeño del personal de salud para la atención de los menores de cinco años y sus familias (componente de personal de salud).</p> <p>e. Mejorar la organización y el funcionamiento de los servicios de salud para brindar una atención eficiente y de calidad adecuada (componente de servicios de salud).</p> <p>f. Mejorar los conocimientos y las prácticas, en las familias, para el cuidado y atención de las niñas y niños en el hogar (componente comunitario).</p> <p>Las actividades se adecuarán al perfil epidemiológico del país</p> <p>2. Promoción del uso de intervenciones básicas y costo-efectivas para mejorar la supervivencia infantil en el marco de los componentes de la AIEPI: mosquiteras impregnadas de insecticidas para la prevención de malaria, suplementos de micronutrientes (vitamina A), Suero de Rehidratación Oral (SRO).</p> <p>3. Priorizar la equidad en salud, dedicando una especial atención a actuaciones dirigidas a niños y niñas en circunstancias especialmente difíciles y de vulnerabilidad (niños y niñas de la calle, niños y niñas trabajadores, entornos de emergencia y/o conflictos armados, etc.) que contemplen su situación sanitaria y psico-social.</p> <p>4. Fortalecimiento y creación de sinergias entre los programas de salud infantil, salud reproductiva, VIH y planificación familiar en el marco de la Atención Primaria de Salud</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Para el desarrollo de la AIEPI es esencial: <ul style="list-style-type: none"> • Fortalecimiento de su integración (y su adaptación) a nivel de la política y del sistema de salud. • Fortalecimiento de los servicios de salud (en recursos y capacidades) para la integración e implementación de la AIEPI. • Actuar en las familias/comunidades (promover prácticas adecuadas, claves en familias y comunidades, a nivel de supervivencia infantil, fortaleciendo además las redes de apoyo y protección social - integrando herramientas de salud pública y ciencias sociales), tomando el enfoque y el ámbito de la salud comunitaria como un pilar imprescindible.

LÍNEA ESTRATÉGICA: LUCHA CONTRA ENFERMEDADES PREVALENTES Y OLVIDADAS	
Actuaciones prioritarias	Pautas para la intervención
<p>La cobertura de enfermedades prevalentes en los países en desarrollo es una actuación prioritaria de la Cooperación Española. Entre estas enfermedades sobresalen el VIH/SIDA, la Malaria y la Tuberculosis, así como las enfermedades olvidadas.</p> <p>1. En la lucha contra las enfermedades infecciosas^a habrá que tener en cuenta también: el apoyo a la erradicación de la polio y la eliminación del tracoma.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Un elemento estratégico clave es la sinergia y la integración: <ul style="list-style-type: none"> • De los programas específicos (verticales) en los servicios horizontales. • De las acciones de cooperación en los programas nacionales. • De las iniciativas regionales y globales en las locales.

^aPara las definiciones de erradicación, extinción, eliminación y control ver el "Glosario de conceptos".

SIDA	
Actuaciones prioritarias	Pautas para la intervención
El Objetivo 6 (Meta 7) de los ODM hace referencia a la lucha contra el VIH/SIDA.	
<p>1. Se promoverá y facilitará la construcción de voluntades, consensos y alianzas entre el conjunto de actores implicados, teniendo en cuenta tres líneas claves en los países socios:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fortalecer y apoyar a los gobiernos, y en concreto a sus Ministerios de Salud, para el liderazgo de la respuesta y el desarrollo de los marcos legales, políticos y estratégicos. 2. Especial énfasis en el apoyo y fortalecimiento de la sociedad civil organizada (ONGD, organizaciones comunitarias). 3. Exigir que el VIH/SIDA sea una acción prioritaria para los gobiernos, la sociedad y las acciones del sector privado. 4. Apoyo y desarrollo de programas VIH/SIDA integrales que contemplen los siguientes componentes: <ol style="list-style-type: none"> a. Proveer de información y educación sobre la prevención del VIH/SIDA y sobre relaciones sexuales seguras, particularmente a adolescentes y jóvenes. Promover el uso de métodos de barrera, que se han revelado eficaces en la contención de la epidemia. Prevenir la transmisión del VIH a través del consumo de drogas intravenosas, implementando medidas para la reducción de daños. b. Acceso al test de VIH y orientación individual y familiar, especialmente en determinados sectores vulnerables, como en el caso de mujeres embarazadas o en el de mujeres y hombres que ejercen la prostitución. c. Acceso equitativo y asequible a servicios de seguimiento clínico, tratamiento con ARV, tratamiento de enfermedades oportunistas y cuidados paliativos. d. Acceso a prevención de la transmisión vertical y a profilaxis post-exposición en profesionales sanitarios, así como a transfusiones seguras. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Es imprescindible enfatizar la orientación e integración permanente en todas las acciones de una triple perspectiva: <ul style="list-style-type: none"> • Derechos humanos (sobre todo en cuanto a estigma y no discriminación). • Derechos sexuales y reproductivos, y enfoque de género. • Perspectiva socio-cultural: su integración y articulación en las acciones requiere contemplarlas en todo el ciclo de los proyectos y programas (desde la misma formulación). ■ La formulación y la implementación de las actuaciones irán dirigidas a fortalecer sistemas integrados de atención primaria de salud como una de las piedras angulares para asegurar la eficiencia, equidad y sostenibilidad de la respuesta, y no duplicar recursos. De esta manera dichas actuaciones promoverán y facilitarán: <ul style="list-style-type: none"> • La articulación y la sinergia entre los programas VIH/SIDA y otros programas y servicios claves (Tuberculosis, Salud Sexual y Reproductiva, Salud Infantil). • La integración con los servicios horizontales de atención primaria de salud (centros de salud). • La integración sistémica de las iniciativas globales (como el Fondo Global). ■ La búsqueda de la eficacia de la AOD española en sus intervenciones sobre el VIH/SIDA requiere un importante esfuerzo por el conjunto de actores implicados, para la canalización estratégica de los recursos (evitando su dispersión), promoviendo la definición y complementariedad de papeles y responsabilidades en las acciones y los actores. Se requiere una armonización y complementariedad en el seno de las acciones de Cooperación Española y con el resto de actores nacionales e internacionales claves identificados. ■ Dada la complejidad de este problema de salud y de sus respuestas, sus efectos y expectativas, se potenciará el apoyo y desarrollo de iniciativas de investigación, tanto en salud como en ciencias sociales (integrada en la línea estratégica Desarrollo de Investigación).

(Continúa)



(Continúa)

SIDA	
Actuaciones prioritarias	Pautas para la intervención
<p>5. El apoyo a programas VIH/SIDA y al sistema de salud implica invertir y priorizar en ciertos aspectos claves como:</p> <ol style="list-style-type: none"> La disponibilidad de suministros esenciales (ej: test diagnósticos) y medicamentos ARV. El desarrollo de capacidades en los RRHH para el abordaje integral de la enfermedad. El apoyo a los sistemas de información local, el desarrollo de un sistema que permita, en relación al SIDA, su vigilancia epidemiológica, así como el seguimiento y evaluación de las acciones. Programas destinados a satisfacer las necesidades específicas y a prevenir la infección en aquellos colectivos expuestos a más riesgo y grupos afectados clave: mujeres y niñas, jóvenes, varones que tienen relaciones sexuales con varones, consumidores de drogas intravenosas, personas que ejercen la prostitución, personas que viven en la extrema pobreza, reclusos, trabajadores migrantes... <p>6. Por su importancia, complejidad e impacto, se deben abordar estrategias específicas en situaciones de emergencias, desastres naturales y conflictos, para atender las necesidades de personas en situación de conflicto o posguerra y refugiados y desplazados.</p> <p>7. Aunque implícita en los puntos anteriores, la Cooperación Española mantiene su compromiso de colaborar con el resto de países donantes, en reducir la brecha de financiación de la atención al VIH/SIDA en la cuantía que correspondería a España, según las necesidades mundiales calculadas por ONUSIDA.</p> <p>8. Se fortalecerán las capacidades técnicas y de recursos en las Instituciones de la Cooperación con el fin de incrementar la calidad y eficacia de la respuesta al SIDA</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ La formulación y la implementación de las actuaciones irán dirigidas a fortalecer sistemas integrados de atención primaria de salud como una de las piedras angulares para asegurar la eficiencia, equidad y sostenibilidad de la respuesta, y no duplicar recursos. De esta manera dichas actuaciones promoverán y facilitarán: <ul style="list-style-type: none"> • La articulación y la sinergia entre los programas VIH/SIDA y otros programas y servicios claves (Tuberculosis, Salud Sexual y Reproductiva, Salud Infantil). • La integración con los servicios horizontales de atención primaria de salud (centros de salud). • La integración sistémica de las iniciativas globales (como el Fondo Global). ■ La búsqueda de la eficacia de la AOD española en sus intervenciones sobre el VIH/SIDA requiere un importante esfuerzo por el conjunto de actores implicados, para la canalización estratégica de los recursos (evitando su dispersión), promoviendo la definición y complementariedad de papeles y responsabilidades en las acciones y los actores. Se requiere una armonización y complementariedad en el seno de las acciones de Cooperación Española y con el resto de actores nacionales e internacionales claves identificados. ■ Dada la complejidad de este problema de salud y de sus respuestas, sus efectos y expectativas, se potenciará el apoyo y desarrollo de iniciativas de investigación, tanto en salud como en ciencias sociales (integrada en la línea estratégica Desarrollo de Investigación).

MALARIA	
Actuaciones prioritarias	Pautas para la intervención
El Objetivo 6 (Meta 8) de los ODM hace referencia a la lucha contra la malaria (y otras enfermedades).	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Fortalecimiento de las instituciones públicas para la formulación de políticas y planes, asegurando su compromiso hacia la enfermedad. <ol style="list-style-type: none"> a. El fortalecimiento de los sistemas de salud implica el desarrollo de capacidades humanas (profesionales formados) organizativas y de gestión, así como el apoyo con recursos. b. Un elemento clave son los sistemas de información sanitaria, en los cuales, además, es importante integrar y obtener la información desagregada por sexo, que permita desarrollar un análisis de género. c. Fortalecer los sistemas de salud (en especial de distrito) como factor clave en la calidad, acceso y equidad sostenible de la lucha contra la malaria. 2. Apoyar y desarrollar programas preventivos mediante: <ol style="list-style-type: none"> a. El control vectorial. b. El tratamiento preventivo intermitente en el embarazo. 3. Fortalecer la prevención y el manejo de epidemias, y apoyar e implementar acciones para su control, en situaciones estables y de emergencias (por ejemplo en "emergencias complejas"). 4. Fortalecer las sinergias, tanto con otros programas claves (Tuberculosis, VIH/SIDA, infantil) como su integración con los sistemas de salud, fundamentalmente a nivel de distrito. Primordial como en SIDA y Tuberculosis la sinergia e integración con las Iniciativas Globales. 5. Facilitar y desarrollar la investigación básica y aplicada. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Una pauta clave del éxito es la adaptación de las intervenciones a las características locales (epidemiológicas, ecológicas, sociales, infraestructuras, etc.) y singularidades (territoriales, estacionales, etc.). ■ El imprescindible el apoyo de la cooperación a las acciones preventivas de control vectorial (mosquiteras, fumigaciones en casas o control larvario) lo cual requiere una sólida valoración previa de sus implicaciones e impacto (por ejemplo medioambiental) además de establecer un proceso de análisis y alianzas estratégicas con multiplicidad de actores (p ej: comerciantes). En cualquier caso el apoyo a la disponibilidad (sin costo) de mosquiteras impregnadas de insecticidas a todos los niños y niñas que viven en zonas de malaria endémico es una iniciativa eficaz de resultados positivos rápidos^a. ■ Las intervenciones basadas en la comunidad no deben desarrollarse aisladas del sistema de salud, sino integradas, supervisadas y apoyadas por el distrito. ■ El desarrollo de estrategias de información, educación y comunicación es crucial, tanto en lo que concierne a la prevención como a la gestión efectiva de los casos, y requiere capacidades específicas que hay que adquirir y desarrollar. ■ En el ámbito de la investigación en malaria, España dispone de capacidades humanas e institucionales para hacer una aportación internacional en la materia (Centro Nacional de Medicina Tropical de Instituto de Salud Carlos III-MSD, Fundación Clinic), y fortalecer las capacidades locales.

^a Iniciativas de resultados positivos rápidos ("Quick Wins") así denominadas y promovidas por el Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas, en su Informe Invertiendo en el desarrollo: Un plan práctico para conseguir los Objetivos de Desarrollo del Milenio (2005), como medidas que en corto plazo pueden inducir mejoras sustanciales y de gran escala.



TUBERCULOSIS	
Actuaciones prioritarias	Pautas para la intervención
El Objetivo 6 (Meta 8) de los ODM hace referencia al control de la Tuberculosis.	
<p>La Estrategia para Detener la Tuberculosis (basado en el Plan Mundial de la OMS y el partenariado Stop TB) abarca seis componentes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ampliación y perfeccionamiento del tratamiento DOTS (Directly Observed Treatment Short - tratamiento breve bajo observación directa) de alta calidad. 2. Afrontar la combinación de tuberculosis y VIH. 3. Contribuir al fortalecimiento de los sistemas de salud. 4. Colaborar con todos los dispensadores de atención. 5. Potenciar la capacidad de acción de los enfermos de tuberculosis y de las comunidades. Los proyectos de atención comunitaria de la tuberculosis han demostrado que las personas y las comunidades pueden realizar algunas tareas esenciales de lucha contra la tuberculosis. 6. Fomentar y promover las investigaciones. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Se deberá destinar un especial esfuerzo a la integración del enfoque de género en las intervenciones y en la investigación sobre esta enfermedad, debido al impacto epidemiológico y social en las mujeres, importante, pero apenas visible⁹⁶. ■ A partir de la larga experiencia de España en el control de la Tuberculosis se consideran valores añadidos que pueden resultar valiosos en la cooperación en este ámbito: <ul style="list-style-type: none"> • Descentralización e integración de estos programas verticales en los servicios de atención primaria. • Atención en contextos específicos y complejos: prisiones y campos de refugiados.

LUCHA CONTRA ENFERMEDADES OLVIDADAS	
Actuaciones prioritarias	Pautas para la intervención
Las Enfermedades Olvidadas son aquellas que están normalmente fuera del mercado que interesa al I+D porque no resultan beneficiosas. Hay dos tipos de enfermedades olvidadas, por un lado aquellas que constituyen un mercado, aunque pequeño, en los países desarrollados, como la Malaria y la Tuberculosis y la mayoría de las Enfermedades Olvidadas que afectan únicamente a la población con menos recursos en los países en desarrollo. Las enfermedades olvidadas incluyen: Enfermedad del Sueño (tripanosomiasis africana), Enfermedad de Chagas (tripanosomiasis americana), Leishmaniasis (como la Leishmaniasis visceral o enfermedad de kala-azar), Lepra y Úlcera de Buruli, Dengue y otras fiebres hemorrágicas y parasitosis intestinales.	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Promover en los gobiernos y la sociedad civil, incluyendo el sector privado lucrativo, que las enfermedades olvidadas pasen a ser una prioridad de la salud pública (actualmente, al no constituir “verdaderas emergencias epidemiológicas” pasan, en efecto, desapercibidas u olvidadas). 2. Apoyar un sistema de información sanitaria y de recogida de datos, ya que en la actualidad muchas de ellas no son de declaración obligatoria a las autoridades sanitarias competentes. 3. Apoyar iniciativas que promuevan la investigación y el desarrollo de medicamentos que sean eficaces, financieramente accesibles, y que se adapten al tratamiento de las enfermedades olvidadas y suplan las discrepancias que existen en I+D de medicamentos para estas dolencias. 	<p>Trabajar a nivel intersectorial, junto con los programas de control de vectores, veterinarios, medioambientales, y los proyectos de tejido económico empresarial (por ejemplo ganadería y enfermedad del sueño o esquistosomiasis y piscicultura).</p> <p>Promover la integración de la prevención y la atención de estas enfermedades dentro del marco de la Atención Primaria de Salud.</p>

LÍNEA ESTRATÉGICA: PREVENCIÓN Y MANEJO DE CUESTIONES SANITARIAS EN EMERGENCIAS: EPIDEMIAS, DESASTRES Y CONFLICTOS	
Actuaciones prioritarias	Pautas para la intervención
DESASTRES (naturales) y CONFLICTOS (civiles y políticos)	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Apoyar en el desarrollo de mecanismos nacionales y/o locales de prevención y respuesta del sistema de salud ante desastres y conflictos. 2. Apoyar en el establecimiento de estructuras de planificación y gestión nacionales y/o locales tras el desastre o conflicto. 3. Apoyar en la atención a los impactos inmediatos sobre la salud: lesiones personales que ocurren en el momento y lugar del impacto. 4. Apoyar en la prevención y la atención de los problemas de salud potenciales, que no aparecen de manera inmediata y que vienen determinados por los desplazamientos de población, el hacinamiento, el refugio inadecuado, las malas condiciones de higiene ambiental –interrupción de los servicios de agua potable y alcantarillado-, la escasez de alimentos, el manejo inadecuado de los cadáveres, cambios ecológicos que favorecen el desarrollo de vectores, etc. 5. Apoyar en la prevención y la atención de los daños en infraestructuras sanitarias básicas, intentando restablecer lo antes posible los programas ordinarios de salud pública. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Enmarcar todas las actuaciones de la Cooperación Española en salud en situaciones de emergencia, en el marco de los documentos de planificación estratégica sectorial en acción humanitaria. ■ Tener una perspectiva multisectorial en la preparación y la respuesta sanitaria ante los desastres y conflictos. Esto es fundamental, ya que la influencia de los determinantes socioeconómicos y medioambientales, entre otros, es de una importancia decisiva para la salud en las crisis humanitarias. Además, es imposible que el sector salud mejore su capacidad de respuesta en la mitigación de los efectos del desastre sin la participación de los sectores de infraestructuras, economía, educación, vivienda, etc. ■ Tratar siempre de utilizar los mecanismos locales para la gestión de la crisis y alinearse con sus prioridades. ■ Realizar en todos los casos una evaluación de las necesidades reales y una planificación de las actuaciones. ■ Promover y establecer mecanismos para la coordinación de la ayuda humanitaria internacional. ■ Tratar de conciliar el apoyo de emergencia con la rehabilitación y la reconstrucción del sistema de salud en el medio-largo plazo. Esto es especialmente importante, dado que la salud suele ser una de las áreas más rápidas y profundamente afectadas por las crisis humanitarias, al tiempo que la recuperación de los servicios sanitarios exige un desarrollo y planificación de recursos a largo plazo.
EPIDEMIAS	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Fortalecer los sistemas nacionales de salud pública. 2. Enfatizar la provisión coordinada de ayuda internacional para apoyar los esfuerzos locales, y fortalecer la capacidad e infraestructura local para disminuir la carga de enfermedad y muerte, y prevenir la propagación. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Enmarcar las actuaciones en el Reglamento Sanitario Internacional (OMS) -de alerta y respuesta rápida a epidemias para evitar su difusión internacional- y la Red Mundial de Alerta y Respuesta ante Brotes Epidémicos.



3. Líneas estratégicas sobre gestión del conocimiento e innovación

LÍNEA ESTRATÉGICA: POTENCIACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO (I+D) EN SALUD	
Actuaciones prioritarias	Pautas para la intervención
<p>1. Apoyo al desarrollo de las capacidades de I+D en países receptores, entendido como el proceso por el cual individuos, organizaciones y sociedades desarrollan habilidades (individual y colectivamente) para, de una manera efectiva, eficiente y sostenible, definir problemas, establecer objetivos y prioridades, construir instituciones e impulsar soluciones sostenibles a los problemas nacionales claves⁹⁷.</p> <p>2. Apoyar a nivel internacional, nacional y local, la inclusión de las necesidades de las poblaciones en situación de pobreza y vulnerabilidad en los programas de I+D:</p> <ol style="list-style-type: none"> Promover el debate y el análisis en torno a la relación salud-pobreza, tomándolo como uno de los ejes directores del establecimiento de prioridades de I+D. Lograr equidad en la investigación, para que aborde los problemas prioritarios para aquellos con mayores necesidades, y para que las personas se beneficien equitativamente de los resultados de la I+D. Desarrollo de instrumentos analíticos y metodologías de I+D que permitan la integración de la equidad, la discapacidad, la pobreza, el género y la interculturalidad en la investigación en salud. Desarrollo de indicadores de salud sensibles a género y pueblos indígenas, y obtención de datos desagregados por sexo, edad, origen étnico, pertenencia a una colectividad cultural o tribal e idioma. <p>3. Tomar especialmente en cuenta las siguientes líneas de I+D:</p> <ol style="list-style-type: none"> Priorizar la I+D en enfermedades prevalentes en los países en desarrollo (especialmente VIH/SIDA, tuberculosis y malaria) y enfermedades olvidadas. La falta de medicamentos adecuados para el tratamiento de algunas enfermedades, en particular las enfermedades olvidadas, con especial énfasis en los medicamentos esenciales. Salud y derechos sexuales y reproductivos. Tecnologías apropiadas y su aplicabilidad en determinados contextos, así como TIC (Tecnologías de la Información y la Comunicación) aplicadas a la salud. Políticas, sistemas y servicios de salud, así como la interrelación de éstos con los determinantes macroeconómicos. Estudios de economía de la salud, teniendo en cuenta las aportaciones de las mujeres a los sistemas y aplicando el enfoque de género. Determinantes de la salud y relación salud-pobreza. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Promover y facilitar la participación de la población y la sociedad civil organizada en los procesos de priorización de la I+D y de su aplicación práctica. ■ En el ámbito español se debe luchar por la coordinación entre los actores que actualmente investigan en problemas de salud que afectan a los Países en Desarrollo, o que están interesados en abrir estas líneas de I+D. Para ello se deben establecer herramientas de coordinación y de intercambio de información. ■ Se debe otorgar una especial importancia a la integración horizontal del enfoque de género en el conjunto de las investigaciones. ■ Alineamiento con la Agenda y Comisiones Nacionales de Investigación (por ejemplo la "Estrategia de Investigación Sanitaria Nacional Esencial" (ENHR) impulsada por el Consejo de Investigación en Salud para el Desarrollo (Council on Health Research for Development, CORHED). ■ Introducción de las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC) adecuadas en cada contexto.

(Continúa)

(Continúa)

LÍNEA ESTRATÉGICA: POTENCIACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO (I+D) EN SALUD	
Actuaciones prioritarias	
<p>4. Promoción de acciones dirigidas a la aplicación práctica y el compromiso político con los resultados de las investigaciones.</p> <p>5. Apoyo a la difusión del conocimiento generado en las investigaciones entre los actores claves, tanto a nivel nacional como global.</p> <p>6. Apoyo y desarrollo de alianzas y redes de I+D nacionales, bilaterales e internacionales. Fomentar especialmente las redes de investigación Sur-Sur.</p>	

4.1.3. Integración de acciones y prioridades intersectoriales

Una de las apuestas y aportaciones importantes del Plan Director 2005-2008 es que, si bien cada sector priorizado se dirige estratégicamente al aumento de unas capacidades específicas que contribuyen a la lucha contra la pobreza, su verdadero y multiplicativo efecto sobre ella se logra a través de la integración y articulación de las acciones y los sectores entre sí. Ello está en estrecha relación con el enfoque y carácter multidimensional que se adopta sobre la pobreza. En este sentido, el sector salud es una de las áreas dentro de las necesidades sociales básicas^a que contribuye al aumento de las capacidades humanas.

A pesar de la importancia del enfoque intersectorial, el desarrollo del conocimiento al respecto es muy limitado, como lo son las iniciativas para ponerlo en práctica y llevar a cabo una verdadera y eficaz acción intersectorial⁹⁸. Considerando que este enfoque es fundamental para la efectividad de la ayuda en salud y su vinculación a la reducción de la pobreza, esta Estrategia propone un plan operativo para su aplicación, dotándola de dos ejes de acción:

- Reconocer que el logro de una verdadera integración horizontal y acción intersectorial es uno de los mayores retos pendientes de la cooperación, y situarlo como una de las prioridades en la agenda de la cooperación.
- Diseñar unas líneas estratégicas y operativas para la aplicación eficaz y eficiente del enfoque intersectorial, teniendo en cuenta sus dimensiones socio-políticas y técnicas^{99,100}.

Para apoyar la priorización y puesta en marcha del enfoque intersectorial, deben tenerse en cuenta dos pautas de actuación generales:

- Apoyar y facilitar la generación de evidencia para la Acción Intersectorial, fomentando la investigación aplicada y el desarrollo de herramientas que guíen la puesta en práctica del enfoque intersectorial (por ejemplo, la guía elaborada por el programa VITA: *Medio Ambiente y Salud en África*, en 2005).
- Facilitar y fortalecer los mecanismos de coordinación entre Organizaciones o Instituciones del sector salud y las de otros sectores.

En la siguiente tabla se muestran las relaciones de intersectorialidad que tiene la salud con las demás prioridades sectoriales de la Cooperación Española, y se apuntan algunas acciones y algunas pautas a tener en cuenta para la aplicación del enfoque intersectorial en la salud.

^a Junto a la educación, la soberanía alimentaria, la protección de los colectivos en situación de mayor vulnerabilidad, la habitabilidad básica y el acceso a agua potable y saneamiento básico (PDCE 2005-2008).



CRUCE INTERSECTORIAL DE LA ESTRATEGIA DE SALUD CON OTRAS PRIORIDADES SECTORIALES	
Prioridad sectorial que se cruza	Pautas para la intervención intersectorial
Gobernabilidad democrática, participación ciudadana y desarrollo institucional	<p>El Plan Director 2005-2008 reconoce a las Instituciones como el factor primordial para garantizar el ejercicio de los derechos y las libertades, y el acceso e igualdad de oportunidades. Aunque la titularidad de los derechos corresponde a la población (en su calidad de ciudadanos y ciudadanas), la garantía y la promoción de su ejercicio corresponde a las Instituciones, que a su vez responden ante sus ciudadanos. Para que esto suceda, es necesario que exista rendición de cuentas y transparencia, y que rijan el Estado de Derecho; pero también es necesario que existan capacidad y mecanismos que posibiliten la participación real y efectiva de la población.</p> <p>En esta Estrategia de salud, se ha enfatizado la necesidad de priorizar la cooperación con dos actores clave en este escenario: las Instituciones Públicas de salud, apoyando su fortalecimiento y su orientación hacia la reducción de la pobreza y el respeto a los Derechos Humanos; y la sociedad civil, capacitándola para tomar decisiones y participar de forma efectiva en las políticas y los planes de salud que les afectan.</p> <p>En el sector salud, la gobernabilidad democrática, la participación ciudadana y el desarrollo institucional se concretan en:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Una Administración Pública sanitaria que se dirija a la garantía de la equidad y la calidad en el acceso, gestión y prestación de los servicios públicos de salud, al servicio de la población. ■ Una Sociedad Civil participativa y vigilante, a través del fortalecimiento de los procesos auto-organizativos y el empoderamiento, especialmente de los sectores más vulnerables.
Lucha contra el hambre	<p>La disponibilidad y accesibilidad de alimentos culturalmente adecuados es algo fundamental para mantener la salud de las personas y evitar la desnutrición. Pero, a su vez, el sector salud debe orientar la producción para evitar dietas desequilibradas que conducen a la malnutrición y déficit vitamínicos y merman las capacidades de las personas para llevar a cabo una vida activa y sana. Muchas de las medidas importantes de la salud pública, con un impacto directo en las posibilidades de desarrollo personal y comunitario, están relacionadas con la alimentación.</p> <p>Además, el sector salud debe incidir sobre la higiene en el almacenamiento, distribución y procesado de los alimentos, para garantizar la inocuidad de los mismos. También debe llevar a cabo actividades para comprobar la bioseguridad de los alimentos, asegurándose de que se halla libre de parásitos y contaminantes.</p> <p>Por todo ello, el sector salud debe tener muy en cuenta y participar activamente de las actividades destinadas a garantizar la soberanía y seguridad alimentarias. Algunas de las actividades prioritarias a desarrollar son:</p>

(Continúa)

(Continúa)

CRUCE INTERSECTORIAL DE LA ESTRATEGIA DE SALUD CON OTRAS PRIORIDADES SECTORIALES	
Prioridad sectorial que se cruza	Pautas para la intervención intersectorial
Educación	<p>La educación y la salud están íntimamente relacionadas: para que las personas puedan aprovechar sus oportunidades de educación deben estar sanas y, a su vez, las personas con mayor educación tienen más opciones para desarrollar plenamente su salud –la educación es, en sí misma, un determinante de la salud-. Además, existen campos compartidos por ambos sectores en los que es imprescindible su cooperación y coordinación para lograr resultados adecuados:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Apoyar la introducción en los currículos escolares de contenidos de Educación para la Salud. ■ Apoyar los programas educativos de formación ocupacional y cualificación profesional elemental y superior, destinados a la formación de Recursos Humanos para el sector salud. ■ Fomentar la creación y sostenibilidad de servicios sanitarios escolares, así como atención a las necesidades educativas de la infancia y la juventud enferma.
Cultura y desarrollo	<p>Los sectores de salud y de cultura y desarrollo deben trabajar conjuntamente para preservar, potenciar e integrar la Medicina Tradicional MT y para contribuir a la cooperación cultural al desarrollo, al mismo tiempo que se pueden conseguir impactos muy positivos sobre la salud de las personas. Algunos de los retos a los que se enfrenta la MT son: los distintos grados con los que la reconocen los gobiernos; la falta de evidencia científica respecto a la eficacia de muchas de sus terapias; dificultades relacionadas con la protección de los conocimientos indígenas de la MT; y problemas a la hora de asegurar su uso correcto. En este campo, uno de los marcos fundamentales es la OMS y su <i>Estrategia sobre Medicina Tradicional 2002-2005</i>, que da respuesta a los retos mencionados. En ella se apuntan cuatro objetivos en relación a la Medicina Tradicional, con los que la Cooperación Española se alinea y cuya implementación apoyará en los países con los que coopera:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Política: Integrar la MT/MCA en los sistemas de salud nacionales, según sea apropiado. ■ Seguridad, eficacia y calidad: fomentar la seguridad, la eficacia y la calidad de la MT, ampliando la base de conocimiento y evidencia científica sobre la MT. ■ Acceso: incrementar la disponibilidad y la asequibilidad de la MT. ■ Uso racional: fomentar el uso terapéuticamente sólido de una MT/MCA apropiada por parte de proveedores y consumidores.
Protección de colectivos en situación de mayor vulnerabilidad	<p>Todas las actuaciones de cooperación al desarrollo, incluyendo las que se llevan a cabo en el sector salud, deben prestar especial atención a aquellos sectores poblacionales que se encuentran en situación de mayor vulnerabilidad y que sufren procesos más acusados de exclusión y marginación social. Entre estos colectivos se encuentran, entre otros, la infancia y la primera juventud, las personas discapacitadas y la tercera edad, especialmente si se trata de mujeres.</p>

(Continúa)



(Continúa)

CRUCE INTERSECTORIAL DE LA ESTRATEGIA DE SALUD CON OTRAS PRIORIDADES SECTORIALES	
Prioridad sectorial que se cruza	Pautas para la intervención intersectorial
Protección de colectivos en situación de mayor vulnerabilidad	<p>Las políticas y planes de salud deben esforzarse en ampliar la cobertura de los cuidados de salud a estas personas, que son las que mayores necesidades sanitarias presentan. Es preciso apoyar el establecimiento de medidas para disminuir su vulnerabilidad, atendiendo a la variedad de determinantes de la salud que les afectan (ver marco teórico). Los sistemas de salud deben establecer programas específicos destinados a estos colectivos, para atender sus necesidades concretas y diferenciadas de otros grupos poblacionales, incorporando una perspectiva generacional en las políticas públicas de salud. Esto incluye el apoyo a las acciones encaminadas a procurar atención médica, psicológica y sociológica para la rehabilitación y la integración de los enfermos y discapacitados.</p> <p>Al mismo tiempo, se apoyará al sistema de salud para que se eliminen las barreras que estas personas encuentran en el acceso a los servicios, especialmente las barreras económicas, estableciendo sistemas de financiación equitativos que protejan a estas poblaciones vulnerables del impacto económico de la enfermedad. También se apoyará el fortalecimiento de los sistemas de seguridad social y los sistemas públicos de pensiones.</p>
Medio ambiente Habitabilidad básica, agua y saneamiento	<p>La salud de las personas está muy relacionada con el medio ambiente que las rodea. Algunas de las áreas relacionadas con el medio ambiente tienen una incidencia especialmente importante sobre la salud:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ La falta de agua o su contaminación química o biológica. ■ La seguridad alimentaria. ■ La ausencia de letrinas o las malas condiciones de las mismas. ■ La mala calidad de las viviendas. ■ La falta de canalizaciones y drenajes de aguas. ■ Las basuras descontroladas. ■ El abuso de plaguicidas. ■ Los cambios medioambientales globales (como el cambio climático) que están determinando cambios en los ecosistemas. <p>Desde el sector salud es importante fomentar la sostenibilidad medioambiental como un eje transversal de todas las (...) y que ambos trabajen conjuntamente para mejorar el acceso al agua, la seguridad alimentaria, el saneamiento, la vivienda etc. Uno de los marcos para desarrollar esta intersectorialidad es la Estrategia de la Atención Primaria de Salud, que incluye diversos componentes relacionados con determinantes de la salud medioambientales. En general, desde el sector salud se trabajará con una perspectiva medioambiental.</p>

(Continúa)

(Continúa)

CRUCE INTERSECTORIAL DE LA ESTRATEGIA DE SALUD CON OTRAS PRIORIDADES SECTORIALES	
Prioridad sectorial que se cruza	Pautas para la intervención intersectorial
Desarrollo económico sostenible	<p>El sector salud está muy interrelacionado con la actividad económica local, nacional e internacional, y precisa de actuaciones conjuntas con este sector con el fin de promover el desarrollo económico sostenible y beneficiarse de él. Algunos de los puntos en los que es necesario aplicar este enfoque intersectorial son:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ El sector de la salud es en sí mismo un sector económico con gran capacidad para generar empleo y motivar inversiones. En este sentido, es muy recomendable la inclusión de los sistemas de Medicina Tradicional y Medicina Complementaria y Alternativa en los sectores formales, para que pueda ser una vía hacia la integración de pueblos indígenas y minorías étnicas y culturales en la economía local, nacional e internacional. ■ También, las condiciones socioeconómicas generales, especialmente la reducción de las desigualdades económicas y la justicia social, tienen un impacto positivo en el nivel de salud de las personas, siendo uno de los determinantes distales de la salud (ver marco teórico). ■ El sector salud depende de muchos insumos básicos generados en el sector privado de forma mayoritaria y, en muchos casos, los sistemas de aprovisionamiento de estos insumos dependen de mecanismos de producción y de distribución internacionales. Tal es el caso de los medicamentos, equipamientos y otras tecnologías sanitarias. Las políticas de innovación tecnológica y de adquisición de conocimientos son vitales para el sistema de salud. Se apoyarán especialmente las iniciativas de investigación y desarrollo del propio país y las redes Sur-Sur, que desarrollen tecnologías apropiadas a sus contextos. También se apoyará el establecimiento de mecanismos y reglamentación que ligen el desarrollo económico motivado por la generación, distribución y venta de estos insumos con el acceso universal y equitativo a los mismos. ■ Las políticas macroeconómicas nacionales tienen un impacto directo en el sistema público de salud, en la medida en que se generan recursos financieros y materiales que lo sustentan. En este sentido, políticas restrictivas, como las promovidas por los Programas de Ajuste Estructural, que redujeron drásticamente los presupuestos destinados a salud, han tenido un impacto muy negativo sobre los indicadores sanitarios y sobre el propio sistema, ejemplificado en la crisis de Recursos Humanos en África Subsahariana. El sector salud debe establecer mecanismos de evaluación del impacto de las políticas macroeconómicas sobre la salud. ■ En base a los dos puntos anteriores, se deben establecer también mecanismos de evaluación del impacto de los sistemas monetario internacional, financiero y comercial sobre el desarrollo en el sector salud, así como promover la responsabilidad social y sanitaria de las políticas y planes en estos ámbitos. ■ En la misma línea, las inversiones económicas de empresas extranjeras en los países en desarrollo deben ser social y medioambientalmente responsables, adoptando y aplicando códigos éticos de conducta que promuevan el respeto a los Derechos Humanos. ■ Por último, en la planificación de infraestructura de transporte y comunicación, deben tenerse en cuenta las necesidades del sector salud, para la provisión de suministros médicos y la accesibilidad a los centros sanitarios.

(Continúa)



(Continúa)

CRUCE INTERSECTORIAL DE LA ESTRATEGIA DE SALUD CON OTRAS PRIORIDADES SECTORIALES	
Prioridad sectorial que se cruza	Pautas para la intervención intersectorial
Cooperación con los pueblos indígenas.	<p>El objetivo global de la política española de cooperación con los pueblos indígenas es contribuir al reconocimiento y ejercicio efectivo de los derechos de estos pueblos a definir y articular sus propios procesos de desarrollo social, económico, político y cultural, en consonancia con el respeto universal de los Derechos Humanos.</p> <p>Para que los pueblos indígenas puedan disponer de unos cuidados de salud adaptados a sus especificidades, y que no presenten barreras lingüísticas ni culturales a su acceso, es necesario aplicar el enfoque intercultural de la salud, definido en el cruce horizontal entre la salud y el respeto a la diversidad cultural. Pero además, es preciso implementar acciones específicas destinadas al desarrollo en salud de los pueblos indígenas, para que éstos adquieran protagonismo en los procesos de identificación, formulación, ejecución, seguimiento y evaluación de las intervenciones en salud, aplicando sus propios procesos participativos. Para ello es necesario:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Valorizar y fortalecer los sistemas de Medicina Tradicional de los pueblos indígenas, en el marco de lo definido en el cruce sectorial de cultura y desarrollo. ■ Mejorar el acceso de los pueblos indígenas a los servicios de salud. ■ Apoyar las organizaciones, agrupaciones, instituciones y autoridades tradicionales de los pueblos indígenas con competencias en salud, fortaleciendo la generación de estrategias propias para este sector. ■ Apoyo a la formación, capacitación y contratación de hombres y mujeres indígenas como trabajadores sanitarios. ■ Fomentar el empoderamiento de las personas indígenas para que sean capaces de tomar decisiones que afectan a su salud y la de su comunidad, logrando su participación efectiva, y proporcionándoles el espacio para definir su propio modelo de desarrollo sanitario. ■ Apoyar el establecimiento de mecanismos nacionales de supervisión, para que las comunidades indígenas puedan informar respecto de abusos y negligencias del sistema del país a las autoridades sanitarias nacionales, y que se cree un marco jurídico para abordar eficazmente estas cuestiones. ■ Para que la cooperación a favor del auto-desarrollo sea posible y eficaz, es necesario la adopción de indicadores y otras herramientas técnicas y metodológicas interculturales con las que poder comprender y evaluar adecuadamente los modelos y planes de desarrollo indígenas en el sector salud.

(Continúa)

(Continúa)

CRUCE INTERSECTORIAL DE LA ESTRATEGIA DE SALUD CON OTRAS PRIORIDADES SECTORIALES	
Prioridad sectorial que se cruza	Pautas para la intervención intersectorial
Género	<p>Como se ha analizado en el cruce de la salud con el eje horizontal de género, el enfoque de género en el desarrollo ha ampliado la comprensión de los problemas de salud de las mujeres¹⁰¹, al tiempo que se ha señalado la influencia de su condición de subordinación en las enfermedades que con mayor frecuencia les aquejan, por ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Los problemas de salud sexual y reproductiva¹⁰²: <ul style="list-style-type: none"> • Las complicaciones durante el embarazo, el parto y el post-parto, así como la interrupción voluntaria del embarazo realizado en malas condiciones constituyen la principal causa de muerte y la segunda causa de pérdida de años de vida saludable, tras el VIH/SIDA, de las mujeres en edad fértil. También se debe considerar la problemática del embarazo adolescente, que ocurre en el 50% de las jóvenes menores de 20 años, en Guatemala y en el 80%, en Bangladesh. • La violencia de género, definida, según Naciones Unidas, como “todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino, que tenga o pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o privación arbitraria de la libertad, tanto si se produce en la vida pública como en la privada”, y anclada en la desigualdad entre hombres y mujeres, afecta directamente a la salud sexual y reproductiva. La Mutilación Genital Femenina en cualquiera de sus 4 formas (sunna ligera, sunna modificada, clitoristomía e infibulación) afecta a 130 millones de niñas y mujeres en el mundo. Además de esta forma de violencia, el cebamiento, las bodas forzadas, las violaciones, el feminicidio, etc, dejan también secuelas sumamente graves en miles de mujeres. • El riesgo de padecer una ETS, entre ellas el VIH/SIDA, es mayor entre las mujeres que entre los hombres. Esta diferencia se explica en gran medida por prácticas sexuales sobre las cuales las mujeres tienen poco poder de decisión –por ejemplo, no poder exigir al hombre el uso del preservativo-. • La incapacidad o dificultad para situar la sexualidad en el lugar central que le corresponde como manifestación de identidades, roles, erotismo, placer, etc. ■ Las consecuencias de la violencia, en forma de daños físicos, lesiones o discapacidades permanentes, embarazos no deseados, así como miedo, ansiedad, depresión, problemas alimentarios y disfunciones sexuales, entre otros problemas de salud mental. ■ La fatiga, el estrés y otras somatizaciones causadas por el doble rol reproductivo y productivo de las mujeres, a lo que se suma la “doble jornada” desempeñada por las mujeres que trabajan dentro y fuera del hogar.

(Continúa)



(Continúa)

CRUCE INTERSECTORIAL DE LA ESTRATEGIA DE SALUD CON OTRAS PRIORIDADES SECTORIALES	
Prioridad sectorial que se cruza	Pautas para la intervención intersectorial
Género	<ul style="list-style-type: none"> ■ Los riesgos para la salud asociados con ciertos trabajos remunerados, caracterizados por la repetición, la sobrecarga física y el uso de maquinaria generalmente diseñada a la medida de la fuerza de los hombres. Así mismo, el acoso sexual en el ambiente laboral puede ocasionar problemas de salud mental, como ansiedad, miedo, depresión u otros. O bien, los riesgos para la salud relacionados con el trabajo doméstico. El contacto con aguas contaminadas afecta más a las mujeres que a los hombres, pues son ellas las que se encargan del lavado de ropa; asimismo, las afecciones respiratorias son más prevalentes en la población femenina, debido al humo de las cocinas, lugar en donde ellas desarrollan buena parte de su jornada doméstica. ■ La malnutrición, que significa desnutrición en algunos países y obesidad en otros. En el primer caso, a la pobreza de millones de hogares se suman las pautas culturales sobre la alimentación, que ubican a las niñas y a las mujeres en el último lugar a la hora de recibir el poco alimento con que cuenta la familia. Esta situación se agrava en situaciones de desastre, hambruna y conflicto. <p>Además de las acciones para transversalizar el género y mejorar la cobertura y calidad de los cuidados de salud a las mujeres –que han sido analizadas en el cruce horizontal-, los sectores de salud y género deben trabajar conjuntamente para dar respuesta a los problemas de salud mencionados, cuyas profundas raíces socioculturales necesitan un abordaje global para lograr una respuesta efectiva.</p>
Prevención de conflictos y construcción de la paz	<p>La guerra es una de las amenazas mundiales mayores para la salud. La guerra fue la causa más común de homicidio y una de las más comunes de enfermedad y muerte durante el S. XX. Gran parte de la morbilidad viene determinada por el hambre, las enfermedades, las migraciones y la pérdida de recursos. Los servicios de salud funcionan mal, la salubridad de la vivienda o refugio empeora, faltan servicios de agua y saneamiento, escasea el alimento, merma el número de trabajadores sanitarios, faltan las medicinas y otros insumos sanitarios y disminuyen los servicios de salud, como la inmunización. Las consecuencias negativas abarcan las esferas física, psicológica y social, teniendo por tanto alto impacto en la salud. Además, la salud en el medio-largo plazo tarda en restaurarse. Algunos de los países con mayores tasas de mortalidad infantil son aquellos que han sufrido una guerra en los últimos años.</p> <p>Es indudable que la prevención de los conflictos debe ser una de las prioridades a nivel mundial para mejorar las condiciones de salud, pero a su vez, desde el trabajo en el sector salud se pueden llevar a cabo acciones para prevenir la violencia y la guerra. La prevención de los conflictos requiere afrontar las causas que provocan el surgimiento de la violencia en los conflictos contemporáneos: factores estructurales, socio-culturales, económicos y medioambientales.</p>

(Continúa)

(Continúa)

CRUCE INTERSECTORIAL DE LA ESTRATEGIA DE SALUD CON OTRAS PRIORIDADES SECTORIALES	
Prioridad sectorial que se cruza	Pautas para la intervención intersectorial
Prevención de conflictos y construcción de la paz	<p>Al abordar la prevención de conflictos desde la perspectiva de la salud, se establecen tres niveles de prevención, en analogía con los tres niveles de prevención que existen en la salud pública: primario (prevenir la aparición de la enfermedad), secundario (diagnosticarla precozmente para instaurar un tratamiento que minimice sus consecuencias) y terciario (curar o paliar la enfermedad o sus síntomas y/o evitar que reaparezca, lo que incluye la rehabilitación). Aunque el sector salud clásicamente se ha implicado en los niveles secundario y terciario mediante programas de atención a las víctimas y rehabilitación post-conflicto, puede jugar un papel importante en la prevención primaria evitando que los conflictos estallen y apoyando en la construcción de la paz. En este sentido, es posible mencionar algunas implicaciones que puede tener el sector salud en la prevención de los conflictos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Construir un sistema de salud equitativo y accesible que ayude a disminuir la vulnerabilidad de las poblaciones en situación de pobreza y exclusión social, y que contribuya a aumentar la justicia social, son elementos reconocidos de cohesión social, imprescindibles en la cultura de paz. Para ello es importante garantizar que todos los grupos de población, independientemente de su origen étnico o filiación política, tengan un acceso igualitario a los cuidados de salud y se beneficien de las mismas oportunidades. Los servicios de salud y sus trabajadores pueden ser figuras clave y símbolos de esta cohesión. Es revelador que en situaciones de conflicto, los ataques a infraestructuras sanitarias y el acoso y/o tortura de los trabajadores de salud es usado como medida de presión y terror. ■ El sector salud puede contribuir en las investigaciones de campo y recopilación de datos que muestren las consecuencias de las guerras para la salud de las personas, como una de las vías para desincentivar los conflictos armados. ■ Las Instituciones de Salud tienen también un papel importante que jugar en los debates para limitar el armamento que pueda estar disponible para eventuales conflictos. Un ejemplo es que, durante la década de los 80, la Asamblea Mundial de la Salud fue la que primero pidió explicaciones sobre la legalidad de las armas nucleares al Tribunal Internacional de Justicia. En la misma línea se desarrolla el trabajo de la International Physicians for the Prevention of Nuclear War (IPPNW, Médicos Internacionales para la Prevención de la Guerra Nuclear). Las reclamaciones referidas a las minas anti-persona son otro ejemplo. El sector salud debe colaborar con otros sectores en la promoción y apoyo a acuerdos internacionales que prohíban la utilización de determinados armamentos. <p>Posiblemente sea el primer punto el que encaja más en el concepto de prevención primaria, en la línea apuntada por el Plan Director 2005-2008 de aumentar la seguridad humana, referido a mantener la seguridad de las personas, su integridad física, su bienestar económico y social, el respeto por su dignidad y su valor como ser humano, así como la protección de sus derechos y libertades fundamentales.</p>



4.2 Marco instrumental

4.2.1. Acción bilateral y multilateral	65
4.2.2. Instrumentos de la cooperación	66



4.2. Marco instrumental

En el marco instrumental se analizan aquellos instrumentos de cooperación internacional para el desarrollo a través de los cuales pueden implementarse las líneas de actuación descritas en este marco de intervención. La puesta en práctica del marco instrumental de la Cooperación Española ha de ajustarse a los principios operativos –ya mencionados en el marco teórico de esta Estrategia- y a las directrices establecidas en el Consenso de Monterrey (2002), en el Tratado de Roma (2003) y en la Declaración de París (2005) sobre la eficacia de la Ayuda al Desarrollo: coherencia de políticas, apropiación, alineamiento, armonización, mutua responsabilidad y gestión basada en resultados. Para esto último se enmarcará también en las conclusiones de la Mesa Redonda de Marrakech.

Los países socios (y/o las determinadas regiones y/o comunidades) deben definir y liderar sus propios procesos de desarrollo y formular sus propios planes de reducción de la pobreza (apropiación). La Cooperación Española debe apoyar este proceso y alinearse con dichos planes –y las prioridades de acción que estos establezcan- cuando sean compatibles con los objetivos de desarrollo internacionalmente consensuados y con los de la propia Cooperación Española. Además, debe lograrse una coherencia de políticas en España de forma que no vayan en contra de dichos objetivos de desarrollo y no impongan barreras a su consecución. Además, la Cooperación Española debe armonizar sus prácticas y procedimientos de gestión con los del resto de los donantes, para evitar sobrecargar con trabajo no productivo las Instituciones de sus países socios, así como contribuir a generar una experiencia y aprendizaje común de buenas prácticas por parte de la comunidad donante. También, cuando sea posible, se utilizarán los propios procedimientos de gestión del país socio, con el fin de reforzarlos y de no imponer cargas administrativas adicionales. Por otro lado, es necesario asumir los conceptos de predictibilidad y transparencia, por los que los países donantes se comprometen a proporcionar la ayuda en un marco multianual de manera predecible y en tiempo oportuno, mientras que los países socios se comprometen a proporcionar informes transparentes y oportunos sobre la ejecución del presupuesto.

Por último, la Cooperación Española debe asumir la responsabilidad correspondiente de las acciones de cooperación que implemente, reconociendo la corresponsabilidad de España y de sus países socios en el logro de las metas del desarrollo en salud. Se implementará además una gestión basada en los resultados obtenidos con las actuaciones, en contraposición con aquella guiada por los fondos desembolsados o la realización de actividades concretas.

Estos principios son aplicables a todos los instrumentos de la cooperación y deben ser la base a la hora de planificar las acciones de la misma.

4.2.1. Acción bilateral y multilateral

La AOD Española en salud se canaliza tanto de manera bilateral y multilateral, como multi-bilateral.

La acción bilateral corresponde a 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 diferentes 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 CCAA y, en muchos casos, a partir de ONGD, universidades o centros de estudios públicos españoles.

La acción multilateral es el aporte que el gobierno de España hace a los diferentes organismos internacionales (OOII), que en esta etapa apuesta por un multilateralismo activo, selectivo y estratégico. Tiene un doble objetivo:

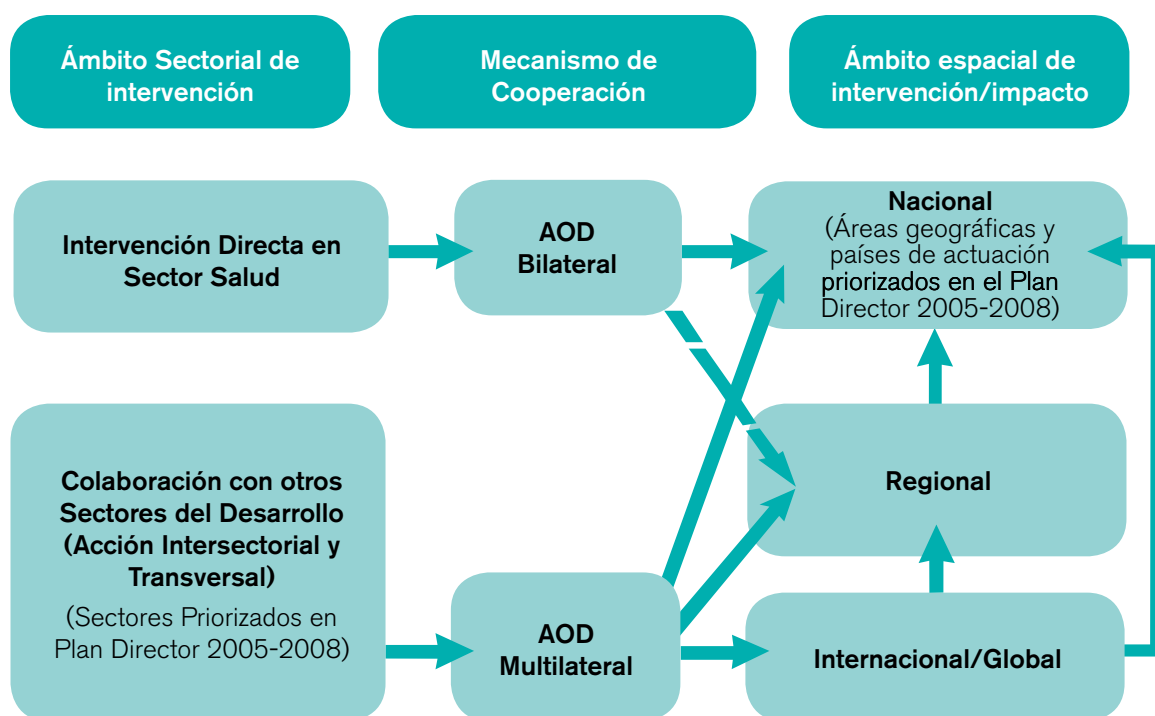
- Apoyar a la comunidad internacional para el cumplimiento de los ODM, incrementando no sólo los recursos destinados a diferentes organismos, sino también apoyando y fortaleciendo la labor realizada por los principales OOII en el sector de la salud.
- Impulsar y consolidar una mayor y más activa participación de España en los foros internacionales y, por consiguiente, en la elaboración de la normativa y marcos teóricos de desarrollo y cooperación de los organismos multilaterales, especialmente en las regiones en las que dispone de una ventaja comparativa (Latinoamérica).

Teniendo en cuenta que en el actual ciclo de planificación de la Cooperación Española está prevista la elaboración de una estrategia multilateral específica, en esta Estrategia nos centraremos en el primer objetivo.

Las acciones multi-bilaterales se computan como AOD multilateral, y son ayudas que complementan las aportaciones a los organismos multilaterales a través de contribuciones voluntarias asignadas por España a los OOI, mediante proyectos o programas específicos que gestionan los mismos organismos, o como financiación de puestos de personas expertas en un período determinado.

En el año 2004, la Cooperación Española en salud, canalizó el 80% de sus fondos a través de ayuda bilateral, y el 20% restante, de multilateral. En el cuadro siguiente se muestra la relación entre los tipos de cooperación bilateral y multilateral con los ámbitos sectoriales y espaciales de intervención.

Sectores, mecanismos de cooperación y ámbitos espaciales de intervención/impacto



Los tres tipos de cooperación –multilateral, bilateral y multi-bilateral- y los distintos instrumentos que engloban no son excluyentes ni contrapuestos, sino que se complementan entre sí, deben interactuar, coordinarse y potenciarse para lograr el objetivo común de la mejora de la salud y la lucha contra la pobreza.

4.2.2. Instrumentos de la cooperación

Como ya se ha mencionado, existen diversos instrumentos para canalizar la ayuda española en salud, tanto en el ámbito bilateral como multilateral y multi-bilateral. En el siguiente cuadro se muestran ejemplos de instrumentos de los tres ámbitos.



INSTRUMENTOS DE LA COOPERACIÓN		
Bilateral	Multilateral	Multi-bilateral
<ul style="list-style-type: none"> ■ Apoyo presupuestario general ■ Apoyo presupuestario sectorial (vinculado o no a SWAP) ■ Enfoque sectorial (SWAP) ■ Asistencias Técnicas ■ Proyectos ■ Convenios ■ Conversión y condonación de deuda ■ Créditos FAD ■ Becas y Lectorados 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Acciones de ganancia rápida (Quick Win). ■ Fondos Globales 	<p>Constituida por fondos asignados por España a los organismos multilaterales, canalizándolos a un proyecto o programa específico en el que sea visible la contribución española. (ej. Acuerdos Marco con agencias de las NNUU, Asistencias Técnicas en OOII, etc.)</p>

El Plan Director 2005-2008 concede una especial importancia al análisis de estos instrumentos, cuya elección adecuada y correcta implementación son elementos clave en la eficacia y la calidad de la ayuda, y hace una apuesta por su revisión, actualización y mejora. La selección del instrumento a utilizar debe hacerse de forma meditada y consensuada por todas las partes involucradas, y dependerá fundamentalmente de la finalidad de la intervención, el nivel de intervención (sectorial, nacional, subnacional o local) y del contexto concreto. Es deseable utilizar simultáneamente diversos instrumentos, debiendo interrelacionarlos y complementarlos para potenciar el impacto global. Todos los instrumentos deben adaptarse a los principios de eficacia de la ayuda, además del marco estratégico descrito -con especial énfasis a la integración del cruce horizontal e intersectorial, enmarcándose en un proceso de cambio con el que la Cooperación Española se ha comprometido.

Las herramientas de implementación de la Cooperación Española pueden dividirse entre aquellas denominadas instrumentos tradicionales, que incluyen los proyectos y programas, la asistencia técnica, convenios, conversión y condonación de deuda, créditos FAD, becas y lectorados; y los llamados nuevos instrumentos de la cooperación: el apoyo presupuestario general y/o sectorial, el enfoque sectorial (SWAP, Sector Wide Approach) y Fondos e iniciativas Globales. Los nuevos instrumentos se deben complementar o alternar con los instrumentos tradicionales.

Como todos los donantes, la Cooperación Española debe decidir cómo asignar sus propios fondos dependiendo de lo que otros donantes realizan, de los vacíos existentes, así como de sus preferencias políticas y de sus capacidades técnicas. En último término, la combinación apropiada de los instrumentos de ayuda dependerá principalmente del grado de consenso sobre las políticas y de la capacidad del país socio para implementarla; asumiendo que la capacidad no sólo es técnica, sino también de gestión financiera y de respeto por los Derechos Humanos¹⁰³. En los cuadros siguientes se ofrece una definición de los instrumentos más utilizados en el sector salud.

INSTRUMENTOS TRADICIONALES	
Instrumento	Definición
Proyecto	“Conjunto autónomo de inversiones, actividades, políticas y medidas institucionales o de otra índole diseñado para lograr un objetivo específico de desarrollo en un periodo determinado, en una región geográfica delimitada y para un grupo predefinido de beneficiarios que continúa produciendo bienes y/o prestando servicios tras la retirada del apoyo externo, y cuyos efectos perduran una vez finalizada su ejecución” (AECID) ¹⁰⁴ .

INSTRUMENTOS TRADICIONALES	
Instrumento	Definición
Asistencia Técnica	<p>“La cooperación técnica abarca un amplio rango de actividades de asistencia diseñadas para desarrollar los recursos humanos a través de la mejora a nivel de habilidades, conocimiento, know-how técnico y capacidad productiva de la población en un país en desarrollo. Un objetivo particularmente importante de la cooperación técnica es el desarrollo institucional basado en el desarrollo de los recursos humanos”.</p> <p>“Los principales instrumentos de la cooperación técnica son: proveer el acceso a la formación, provisión de expertos expatriados y nacionales, asesoría política y técnica, asistencia en la preparación de encuestas y estudios, y contribuciones a la ciencia, la investigación y el desarrollo tecnológico” (CAD)¹⁰⁵.</p>

NUEVOS INSTRUMENTOS	
Instrumento	Definición
Enfoque sectorial (SWAP-Sector-Wide Approach)	<p>“Es un proceso orientado a lograr que los recursos financieros que el gobierno del país receptor y la cooperación externa dedican a un sector respondan a una política, un plan de actuación y un plan de gastos únicos, que han sido elaborados bajo el liderazgo del gobierno del país receptor que es quien los gestiona. La sociedad civil, los países donantes y el Ministerio o ministerios responsables, actuando como socios bajo el liderazgo del país receptor, han participado en el establecimiento de estrategias, objetivos y metas, y disponen de mecanismos de seguimiento y evaluación del logro de los mismos” (Plan Director 2005-2008).</p>
Apoyo Presupuestario	<p>“Cualquier forma de apoyo financiero al presupuesto público del país receptor” Existen dos tipos de apoyo presupuestario: el apoyo presupuestario sectorial, que puede englobarse o no en un enfoque sectorial; y el apoyo presupuestario general, que apoya la gestión general del gobierno receptor a través de su estrategia de reducción de la pobreza u otro plan de desarrollo.” (Plan Director 2005-2008).</p>
Fondos Globales	<p>Son Fondos cuyo objetivo es recaudar, gestionar y asignar recursos para la lucha contra determinados problemas de salud a través de alianzas publico-privadas, que buscan la asociación entre los gobiernos, la sociedad civil, el sector privado y las comunidades afectadas. Representan un enfoque innovador de la financiación internacional de la salud. Los fondos globales incluyen términos como¹⁰⁶: Alianzas Sanitarias Globales (Global Health Partnership, GPH), Alianzas Globales Público-Privadas (Global Public Private Partnerships, GPPPs), Alianzas Público-Privadas para la salud (Public Private Partnerships for Health, PPPH), Alianzas Público-Privadas para el Desarrollo de Productos (Product Development Public Private Partnerships, PPPs).</p>

Los instrumentos tradicionales tienen su valor añadido, y pueden proporcionar al país receptor referencias para introducir una nueva intervención (proyectos piloto), para abordar problemas de diseño o ejecución de determinadas intervenciones (asistencia técnica) o para reforzar competencias gerenciales o técnicas en unidades o instituciones específicas (asistencia técnica-know how).

Los proyectos tienen cabida entre las estrategias e instrumentos de la cooperación en salud, siempre que respondan a las prioridades nacionales, que sean solicitados por el país o región, y diseñados, ejecutados y evaluados principalmente por personal nacional, al cual pueden unirse técnicos y expertos de fuera, en caso de que sea



necesario. Además, es imprescindible que los proyectos se enmarquen en otras iniciativas de desarrollo del país, bien en el ámbito sectorial (enfoque sectorial) o más amplio (estrategia de reducción de la pobreza). Uno de los valores añadidos de los proyectos, especialmente cuando son ejecutados por ONGD, es su flexibilidad y capacidad para trabajar con la población y la sociedad civil organizada de los países en desarrollo, algo imprescindible para la plena operatividad de las líneas de actuación descritas en esta Estrategia.

Por tanto, la cooperación por proyectos en el sector salud se mantendrá, especialmente en las actuaciones que necesiten un período de experimentación antes de ser generalizadas; en países o regiones donde las circunstancias no permitan la implementación de actuaciones a medio y largo plazo; en actuaciones dirigidas a poblaciones o grupos muy delimitados en cuanto a sus características, necesidades y/o ubicación geográfica; o cuando vaya dirigido a problemas o sectores de población a los que aún no alcanza la política de salud del gobierno del país socio.

La **Asistencia Técnica (AT)** también es un instrumento muy valioso para la cooperación al desarrollo en salud, pero necesita ser actualizado. Aunque pocos cuestionan la necesidad de dar aportes técnicos para reforzar las instituciones sanitarias locales, es la gestión de la AT lo que plantea problemas a los países receptores de la ayuda. En el sector salud, la AT es particularmente importante, pues el fortalecimiento de los RRHH del sistema de salud en su conjunto constituye en sí misma una línea de intervención estratégica, y la AT es uno de los instrumentos más adecuados para esta finalidad. Sin embargo, es necesario que la AT responda a una necesidad real y a una demanda por parte del propio país; que se contextualicen las capacidades a desarrollar en función de los planes y políticas de salud que se estén desarrollando en ese país; y que no se limite a cubrir lagunas de capacidad, sino que se oriente de forma que el apoyo al fortalecimiento de capacidades técnicas a nivel local sea el principal objetivo.

Junto a estos enfoques más clásicos, son aplicables en la cooperación en salud los **nuevos instrumentos**, que presentan diversos valores añadidos, entre otros: su mayor capacidad para responder a las necesidades de los sectores de salud de los países socios, ampliando el liderazgo del gobierno en la definición e implementación de la estrategia de desarrollo en salud y contribuyendo al aumento de sus capacidades de rectoría, una de las actuaciones prioritarias para la Cooperación Española. Además, por su naturaleza, constituyen un instrumento muy valioso para lograr la efectiva coordinación y alineamiento entre los países donantes, e incluso, con los OOH. Muchos de los nuevos instrumentos vienen incluidos en lo que se denominaba “enfoque basado en programas”^{a,107}. El enfoque incluye cuatro elementos claves: 1) liderazgo por el país o la organización anfitriona; 2) un programa y un marco presupuestario único; 3) coordinación y armonización de procedimientos; 4) esfuerzos para incrementar el uso de los procedimientos locales a lo largo del tiempo con respecto al diseño, implementación, gestión financiera, seguimiento y evaluación del programa.

En el Plan Director 2005-2008 la Cooperación Española se propone ampliar la utilización de los nuevos instrumentos, asumiendo que es un proceso que requerirá de distintas etapas hasta su consolidación. El avanzar en la aplicación de los nuevos instrumentos requiere un abordaje a medio plazo que, desde un punto de vista estratégico, requiere dos acciones en el sector salud:

1. El desarrollo de capacidades institucionales y humanas, relacionadas con los nuevos instrumentos, en el conjunto de los actores de la Cooperación Española.
2. El desarrollo de experiencias piloto que permitan ir generando **know-how**, y aprendizaje de buenas prácticas sobre la aplicación de los nuevos instrumentos.

Según la definición del CAD de la OCDE, la **ayuda por programas** se compone de todas las contribuciones puestas a disposición del beneficiario con fines generales de desarrollo que no están vinculadas a unos proyectos específicos, lo que incluye programas plurianuales gestionados por el donante, líneas de actuación a partir de fondos de contravalor o ayuda sectorial de apoyo presupuestario. Esto permite, entre otras cosas, que las acciones de cooperación sean mucho más predecibles, que se puedan elaborar intervenciones de mayor tamaño y alcance y que se mejoren su planificación e impacto. Por ello, la Cooperación Española apuesta por

^aEn Noviembre de 2001 se constituyó una importante red al respecto denominada LENPA (Learning Network on Program-Based Approaches)

el enfoque basado en programas, y los distintos actores dispondrán de marcos de intervención plurianual. Un ejemplo son los convenios que se han establecido entre la AECID y las ONGD del sector salud acreditadas por ésta, que reciben financiación por cuatro años (prorrogables dos años más) para la realización de intervenciones en una región, en un sector y con un objetivo determinado.

El Enfoque Sectorial (SWAP), tal y como se ha definido, es un instrumento de gestión que consiste en un proceso de trabajo conjunto de países donantes y receptores. Los instrumentos financieros que se asocien al SWAP pueden ser muy variados, desde ayudas destinadas a acciones concretas dentro de la estrategia sectorial del país, hasta aportaciones de fondos directamente al presupuesto de salud del país para que sea éste quien lo asigne y lo gestione. De hecho, en el marco del SWAP, es posible compatibilizar otros instrumentos de gestión y financiación como los proyectos y programas, si éstos obedecen al plan establecido por aquél y se articulan con él. Las diferentes modalidades son utilizadas dependiendo fundamentalmente del grado de compromiso del gobierno socio con los objetivos de salud y de desarrollo. Esto es un valor añadido del SWAP como instrumento de gestión, ya que su flexibilidad permite ponerlo en marcha, aunque ese compromiso no sea fuerte, y posibilita el trabajar con los gobiernos promoviendo su orientación a la lucha contra la pobreza y la mejora de la salud, delegando gradualmente en ellos la responsabilidad de la gestión de los fondos de AOD. En este sentido, debe aplicarse el marco del Plan Director 2005-2008 en cuanto a los criterios definidos y aceptados internacionalmente, para considerar que un determinado sector es adecuado para emplear un SWAP (p.91).

El SWAP ha sido aplicado en el sector salud prácticamente desde que se empezara a desarrollar en la segunda mitad de los años 90¹⁰⁸ -siendo salud y educación los sectores preferentes para su implementación-, lo que ha ido generando a nivel internacional una progresiva experiencia, así como centros y redes especializadas para la generación e intercambio de conocimientos y experiencias^{109,110}. En este sentido, la Cooperación Española y sus diversos agentes deben estratégicamente analizar y capitalizar este know-how, y articularse y participar en esas iniciativas para ir adquiriendo experiencia con este instrumento.

Por otra parte, en algunos de los países priorizados por la Cooperación Española se están llevando a cabo SWAP en el sector salud (como es el caso de Mozambique o Filipinas), algunos de los cuales brindan espacios idóneos para integrarse en ellos. En el año 2004, tras haber participado como oyente en la mesa de donantes del SWAP de Mozambique, España firmó el Memorando de Entendimiento con el Ministerio de Salud de ese país, y actualmente es miembro activo de este SWAP. En Vietnam, la Cooperación Española está ayudando a la elaboración y puesta en práctica de un SWAP en salud. También la cooperación descentralizada se ha interesado por estos instrumentos, y la Generalitat de Catalunya apoya el SWAP de salud en Mozambique bajo el principio de delegación^a.

Al mismo tiempo, la Cooperación Española debe abordar los desafíos que plantean la articulación de estos enfoques sectoriales con sus prioridades y objetivos estratégicos, como la mejora de la salud, promoviendo la reducción de la pobreza¹¹¹, la descentralización¹¹², las cuestiones de género y salud sexual y reproductiva¹¹³, o la integración de los programas verticales¹¹⁴. Existe experiencia con SWAP a nivel sub-nacional en casos de Estados muy descentralizados, y España debe capitalizar su valor añadido en estos contextos. La Cooperación Española en salud pretende avanzar en su experiencia con la implementación de este instrumento para canalizar progresivamente más ayuda a través de él.

Otro de los nuevos instrumentos es el Apoyo Presupuestario, tanto en el sector salud (ligado o no a SWAP) como a las cuentas generales del país. Los fondos donados son asignados a los distintos usos y gestionados en su totalidad por el gobierno del país socio. Este instrumento proporciona una ayuda ligada a resultados de desarrollo, y garantiza la previsibilidad de los fondos, ya que se lleva a cabo en el marco de acuerdos plurianuales, adaptándose al ciclo presupuestario del país receptor. La Cooperación Española ha llevado a cabo apoyos presupuestarios en salud a Mozambique y actualmente se han previsto nuevos apoyos. También en este país se llevan a cabo apoyos al presupuesto general del Estado. En la medida en que existan indicadores

^aEs decir, la Generalitat, una vez comprometida su aportación al SWAP ha delegado en la OTC todas las funciones de seguimiento y control.



de buena gobernanza, y el contexto nacional lo aconseje, la Cooperación Española avanzará en la utilización de este instrumento para la gestión de su AOD, de acuerdo a los compromisos del Programa de Acción de Roma sobre armonización.

Entre los instrumentos multilaterales –y también dentro del ámbito de los nuevos instrumentos de cooperación- destacan los Fondos Globales, que han ido ocupando en estos últimos años un espacio de enorme importancia política y financiera, dentro de ese impulso que han cobrado las alianzas público-privadas o partenariados publico-privados en la escena global¹¹⁵. Actualmente existen casi 100 iniciativas y partenariados, siendo un grupo heterogéneo, cuya definición, tipificación y clasificación es objeto de diferentes enfoques^{a, 116}. Es importante para la Cooperación Española establecer una sistematización clara al respecto a efectos de la canalización de su AOD por esta vía. Aunque diversas en naturaleza, tamaño y enfoque, la gran mayoría están relacionadas con enfermedades infecciosas, con un 60 % dirigidas hacia las tres grandes enfermedades: VIH/SIDA, Malaria y Tuberculosis, siendo el VIH/SIDA el que atrae mayoritariamente estas iniciativas. Aunque casi la mayor parte de las llamadas “enfermedades olvidadas” son apoyadas por, al menos, una iniciativa, muy pocas se dirigen hacia enfermedades no transmisibles o hacia sistemas de salud per se¹¹⁷.

Para que la canalización de su AOD a través de este instrumento sea eficaz, la Cooperación Española debe hacerse eco y analizar los debates y controversias surgidos desde sectores muy diversos de la sociedad internacional -desde las ONGD a centros de investigación-^{b, 118}. Al mismo tiempo, se deben establecer criterios que permitan, en primer lugar, que la utilización de estos Fondos tenga un impacto real sobre la mejora sostenida de la salud de las poblaciones, que contribuyan a la lucha contra la pobreza, que cumplan los principios de eficacia de la ayuda y buenas prácticas definidas a nivel internacional¹¹⁹, y que se articulen con el conjunto de principios, objetivos y líneas de la Estrategia de cooperación en salud española.

Entre los Fondos, uno de los más relevantes es el Fondo Global de lucha contra el SIDA, la Malaria y la Tuberculosis (GFATM), impulsado principalmente por el G8 y las NNUU. El GFATM se creó en el año 2002 con el objetivo de aumentar radicalmente los recursos destinados a estas tres enfermedades que, por sí solas, provocan la muerte anual de unos 6 millones de personas en el mundo. El Fondo ha sido creado como una asociación entre los gobiernos, la sociedad civil, el sector privado y las comunidades afectadas, basado en una serie de principios. Véase el ANEXO VII marco Institucional.

1. Actúa como instrumento financiero, no como organismo ejecutor.
2. Obtiene recursos financieros adicionales y los multiplica.
3. Apoya programas que los países sientan como propios.
4. Actúa de una forma equilibrada por lo que respecta a las diferentes regiones, enfermedades e intervenciones.
5. Adopta un enfoque integrado y equilibrado frente a la prevención y el tratamiento.
6. Evalúa las propuestas mediante procesos de revisión independiente.
7. Establece un proceso de concesión de subvenciones rápido, sencillo e innovador, y actúa con transparencia y responsabilidad.

Desde el año 2001, el GFATM ha captado unos fondos que rondan los 5.000 millones de dólares, empleados para apoyar 154 programas en 93 países de todo el mundo^c. El GFATM es el Fondo hacia el que la AOD

^a Es interesante en este sentido la Iniciativa sobre las Alianzas Público-Privadas para la Salud, que si bien finalizó oficialmente a finales de 2004, se puede acceder a su base de datos, mantenida por el Foro Global para la Investigación Sanitaria: URL: <http://www.ippph.org/index.cfm>.

^b Las críticas al Fondo Global de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria provienen de dos bandos. Existen organizaciones que reclaman al Fondo Global más dinero destinado a fármacos antirretrovirales alegando que el programa, que se creó para este fin, está desatendiendo los tratamientos contra la enfermedad, centrándose en mejorar los sistemas sanitarios en general, mientras que cada día mueren 10.000 personas a causa de la falta de medicamentos para VIH/SIDA. Destacan la lentitud del Fondo, característica propia de los organismos de NNUU, que precisamente pretendía evitar el Fondo. Sin embargo, otra corriente crítica plantea los posibles riesgos para la salud pública que supone la administración de medicamentos fuera de una infraestructura sanitaria adecuada, aunque esto suponga una consecución de los objetivos planteados inicialmente más a largo plazo. Por otro lado, también existen críticas por la falta de coordinación y articulación efectiva del Fondo con otros organismos de NNUU como ONUSIDA.

^c <http://www.theglobalfund.org/es/>

española ha dirigido fundamentalmente su financiación, habiendo donado fondos, desde el año 2003, por un valor total de 127 millones de dólares (más 1 millón donado por la Generalitat de Catalunya), y hay compromisos para nuevos desembolsos^a.

Como se muestra en la siguiente tabla hay un elevado número de países priorizados por la Cooperación Española que reciben alguna subvención del GFATM a SIDA, Malaria y/o Tuberculosis. Además, algunos países reciben ayudas para el fortalecimiento de los sistemas de salud, aunque son cuantitativamente menores.

PAÍSES PRIORIZADOS DE LA COOPERACIÓN ESPAÑOLA QUE RECIBEN SUBVENCIONES DEL GFATM SEGÚN ENFERMEDADES			
Áreas geográficas	VIH/SIDA	Malaria	Tuberculosis
Latinoamérica	Argentina, Bolivia, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, Nicaragua, Perú, Republica Dominicana	Bolivia, Guatemala, Haití, Nicaragua, Honduras	Bolivia, Brasil, Ecuador, El Salvador, Haití, Honduras, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Republica Dominicana
Magreb, Oriente Medio y Próximo	Argelia, Jordania, Marruecos	Mauritania	Egipto, Mauritania
África Subsahariana	Angola, Congo, Etiopía, Guinea Bissau, Mozambique, Namibia, Sudáfrica, Sudán	Angora, Congo, Etiopía, Guinea Bissau, Guinea Ecuatorial, Mozambique, Namibia, Sao Tomé y Príncipe, Sudán	Angola, Congo, Etiopía, Guinea Bissau, Mozambique, Namibia, Sudáfrica, Sudán
Asia y Pacífico	Afganistán, Bangladesh, Camboya, China, Filipinas, Vietnam	Afganistán, Camboya, China, Filipinas, Timor Oriental, Vietnam	Afganistán, Bangladesh, Camboya, China, Filipinas, Timor Oriental, Vietnam
Europa Central y Oriental	Albania, Bosnia y Herzegovina, Bulgaria, Croacia, Rumania, Turquía		Albania, Rumania

Fuente: Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria. Informe de Progreso. Subvenciones Detalladas (a 24 de diciembre de 2005)

Dado que la asignación española al Fondo Global es inferior a los 100 millones de dólares anuales, carecemos de derecho de voto en las estructuras de gobierno, una limitación que puede superarse estratégicamente por la participación de nuestro país en otros espacios, como son los Mecanismos de Coordinación de País (MCP). Estas asociaciones a nivel nacional elaboran propuestas de subvención y las someten al GFATM, según las necesidades prioritarias del país. Una vez aprobada la ayuda, supervisan los progresos realizados durante la fase de ejecución. España debe tratar de participar activamente en estos MCP en aquellos países en los que coopera en el sector salud y tiene las capacidades técnicas necesarias para involucrarse^b.

^aDatos proporcionados por la unidad de Coordinación del GFATM del Ministerio de Asuntos Exteriores y Cooperación de España.

^bTal como se sugiere desde la unidad de Coordinación del Fondo Global del Ministerio de Asuntos Exteriores y Cooperación español.



Además, dado que para la Cooperación Española el fortalecimiento de los sistemas públicos de salud es una línea estratégica, es esencial que, a la hora de valorar las aportaciones y la implicación en el GFATM se tenga en cuenta el posible impacto de éste sobre los sistemas de salud. Se ha sugerido que las grandes cantidades de financiación canalizadas por los Fondos Globales -en general- podrían debilitar, más que fortalecer, los sistemas de salud de los países beneficiarios. Para evitar esto, es vital la integración de las actividades de los Fondos con los programas nacionales de fortalecimiento del sistema de salud y mejora general de los servicios^{120, 121}. En la misma línea, hay otros aspectos que la Cooperación Española debe evaluar y tratar de fortalecer en relación con los Fondos Globales, dado que contribuye a ellos económicamente. Se resumen en el siguiente cuadro.

ELEMENTOS A EVALUAR DE LOS FONDOS GLOBALES¹²²	
1. Desempeño	1. Global (oportunidades, áreas de éxito) 2. Innovación 3. Pobreza e igualdad de género 4. Gobernabilidad en el Fondo: a nivel global y a nivel de país
2. Operaciones en los países beneficiarios	1. Apropiación del país 2. Costos de transacción 3. Armonización y alineamiento 4. Impacto sobre los sistemas de salud 5. Impacto sobre los recursos humanos
3. Aspectos económicos y financieros	1. Adición y diversificación de fondos 2. Estabilidad y sostenibilidad 3. Costo-eficacia y eficiencia

Otro Fondo Global de interés para la Cooperación Española es la Alianza Global para las Vacunas y la Inmunización (GAVI), iniciativa lanzada a nivel global en el año 2000 y a la cual se ha unido recientemente España, con el compromiso de desembolsar 240 millones de dólares del 2006 al 2025. Esta contribución se realizará a través de la Iniciativa de Financiación Internacional a favor de la Inmunización (IFFI). La Cooperación Española también colabora con la Iniciativa Global para Erradicación de la Polio, puesta en marcha en 1988 durante una reunión de los ministros de Salud de todos los Estados Miembros de la OMS. Esta iniciativa ha supuesto el mayor esfuerzo de salud pública hasta la fecha, habiéndose erradicado la polio salvaje en todo el mundo, salvo en seis países. Actualmente se valora la colaboración con otros Fondos Globales, como la Iniciativa de medicamentos para enfermedades olvidadas (DNDi, Drugs for Neglected Diseases Initiative), Empresa Conjunta de Medicinas para la Malaria (MMV, Medicines for Malaria Venture), Iniciativa Internacional de Vacuna contra el VIH/SIDA (IAVI, Internacional AIDS Vaccine Initiative), entre otros.

Otra vía novedosa de financiación son los llamados *“Quick Win”* o acciones de ganancia rápida, impulsados por el Proyecto Milenio de las NNUU. Son una serie de prioridades de actuación con resultados a corto plazo en el bienestar de millones de personas, que encauzan a los países hacia la consecución de los ODM.

En el ámbito de la cooperación multilateral y multi-bilateral al desarrollo, para la Cooperación Española, las NNUU son el marco preferente, dado su carácter universal, la amplitud de su mandato y su autoridad moral.

Las Instituciones financieras multilaterales también juegan un papel importante en la financiación de programas para el desarrollo. Así, el Banco Mundial es uno de los primeros proveedores de recursos al sector salud, y ejerce una labor de liderazgo importante en la gestión de los sistemas de salud. La selección de los Organismos Internacionales a los que se apoye se hará en consonancia a las prioridades sectoriales y estratégicas de la Cooperación Española. España ha firmado Acuerdos Marco con distintas agencias del Sistema de las

NNUU. Este instrumento jurídico-político debe convertirse en un mecanismo privilegiado para la coordinación de las actuaciones de las distintas administraciones, y para definir los programas y proyectos de ejecución conjunta. Por otra parte, la Cooperación Española continuará con sus aportaciones a diversos proyectos y programas emanados de las NNUU: de lucha contra el kala-azar en el cuerno de África (OMS, compromisos de España para el período 2005-2007); de nutrición (UNICEF, 2006-2010); de erradicación de la polio (OMS, respuesta de España a la llamada de Namibia); de asistencia a mujeres y niñas afectadas por VIH/SIDA y víctimas de violencia sexual en R.D. del Congo (UNICEF, 2006-2008); de la iniciativa 3x5 (OMS, 2006-2009); de salud materno-infantil en la región de África Subsahariana (UNICEF); de refuerzo de los sistemas de vigilancia y control de la influenza aviar altamente patógena en Magreb y Egipto (FAO, 2006-2008); entre otros.

Junto a los instrumentos citados, la AOD española en el sector salud se podrá canalizar también a través de **otros instrumentos contemplados en el Plan Director 2005-2008**, principalmente: la Acción Humanitaria, la financiación de ONGD (en concepto convenios plurianuales o a proyectos), el Fondo de Ayuda al Desarrollo (FAD), becas, lectorados y programas interuniversitarios, y actuaciones de conversión y condonación de Deuda Externa.

Los créditos del FAD son ayudas reembolsables, en su mayor parte en forma de préstamos en condiciones de concesión. En el sector salud, y dadas sus características, dichos créditos se han canalizado hacia la mejora de las infraestructuras sanitarias. Estos préstamos no son la forma óptima de cooperación en los países altamente endeudados, ya que el país debe reembolsarlos^a. Tampoco el sector salud es aconsejable como destino de créditos FAD, puesto que este sector tiene cada vez un menor interés estratégico desde el punto de vista comercial. Adicionalmente, los créditos FAD no permiten cubrir cuestiones tan fundamentales como el fortalecimiento institucional, la formación técnica, los cuadros sanitarios o el acceso a vacunas y medicamentos básicos, entre otros. Por ello, una estrategia de este tipo requiere de mecanismos alternativos al FAD, que no permite por definición cubrir estas facetas.

^aRecomendación del CAD/OCDE aprobada en la Reunión de Alto Nivel del 25 y 26 de abril de 2001: Ex Ante Guidance Gained Under the Helsinki Tied Aid Disciplines, revisada en 2003.



4.3 Marco geográfico

4.3.1. África Subsahariana	75
4.3.2. América Latina y Caribe	80
4.3.3. Asia y Pacífico	85
4.3.4. Magreb y Oriente Próximo	88
4.3.5. Europa Central y Oriental	93



4.3. Marco geográfico

Este documento de estrategia nace con la vocación de ser un instrumento útil para su aplicación en todos los países en los que España, bien de forma bilateral o través de Organismos multilaterales, actúa con políticas de cooperación al desarrollo.

Sin embargo, en esta sección se ha querido concretar líneas estratégicas prioritarias para las distintas áreas geográficas y países socios de la Cooperación Española, determinados por el Plan Director 2005-2008^a. Se definen a partir de las líneas de intervención generales identificadas en la estrategia sectorial, y sobre la base de un diagnóstico de situación del sector salud en las diferentes regiones del mundo, favoreciendo la priorización de las líneas para cada una de las regiones y considerando los contextos particulares de cada área geográfica (conflictos, desastres naturales...). El diagnóstico^b ha sido elaborado específicamente para la estrategia sectorial de salud a partir de fuentes secundarias de los organismos internacionales, centros de estudios y organizaciones especializadas, los Planes y Estrategias Regionales (ver Marco Normativo), además de los Documentos Estrategia País (DEP) de la Cooperación Española, preparados por cada OTC en coordinación con el conjunto de actores en cada país prioritario.

Este apartado pretende definir una visión regional de las acciones de la Cooperación Española, orientando programas regionales que puedan ser de utilidad para la coherencia de todas las acciones, integración de diferentes instrumentos, y facilitando la coordinación e identificación entre actores e instituciones de los países socios, considerando que en algunas áreas la Cooperación Española hace contribuciones a organismos internacionales y fondos globales de carácter regional, a la vez que continua con los instrumentos asociados a su cooperación bilateral (a partir de las OTC, las ONGD, o la cooperación de las CCAA). Sin embargo, no hay que olvidar que existen herramientas de planificación más apropiadas para la actuación a nivel de país o de región, como son los DEP y los Programas Operativos que, recogiendo las prioridades de la estrategia de salud, la armonicen con la estrategia o los planes de salud de los países socios para aumentar la eficacia de la ayuda.

Las regiones van a ser presentadas empezando por África Subsahariana, por ser la que recibió el mayor porcentaje de la AOD española en el sector salud (39%), en el año 2004. Se continuará por orden decreciente: Latinoamérica (33,4%), Asia y Pacífico (17,3%), Magreb, y Oriente Medio y Próximo (8,8%), y Europa Central y Oriental (0,8%).

4.3.1. África Subsahariana

- **Países Prioritarios:** Angola, Mozambique, Cabo Verde, Namibia y Senegal.
- **Países de Atención Especial:** R.D. Congo, Etiopía, Guinea Bissau, Guinea Ecuatorial, Sudán, Níger y Mali.
- **Países Preferentes:** Santo Tomé y Príncipe y Sudáfrica.

4.3.1.1. Situación de la salud en la región

La situación de África Subsahariana viene marcada por las condiciones de pobreza extrema, conflictos armados, debilidad estructural e institucional, economías en subdesarrollo, profundas desigualdades sociales y la crisis global originada por la epidemia del VIH/SIDA. La región^c ocupa el último lugar en cuanto a renta per cápita, y los países que la conforman ocupan de media la posición 142 sobre 177 en el Índice de Desarrollo Humano (IDH) en el año 2004.

^aEl Plan Director 2005-2008 hace una clasificación de tres tipos de países: países prioritarios, países con atención especial y países preferentes. Además, considera fundamental el incremento de recursos para Países Menos Adelantados de África Subsahariana, tal y como propone la meta 13 de los ODM sobre asociación para el desarrollo, priorizando el apoyo a procesos y líneas de intervención para las organizaciones de integración regionales (NEPAD y UA) además de fondos y programas regionales (ver pgs. 71 y 72 del Plan Director 2005-2008).

^bLos indicadores que se mencionan a lo largo de los diagnósticos regionales se encuentran en el Anexo IV: "Indicadores de Salud de las Regiones de la Cooperación Española".

^cVer Anexo V: "Indicadores de Salud en las Regiones de la Cooperación Española". Los datos ofrecidos a nivel regional corresponden a datos agregados de los países priorizados por la Cooperación Española en la región (Países Prioritarios, de Atención Especial y Preferentes).

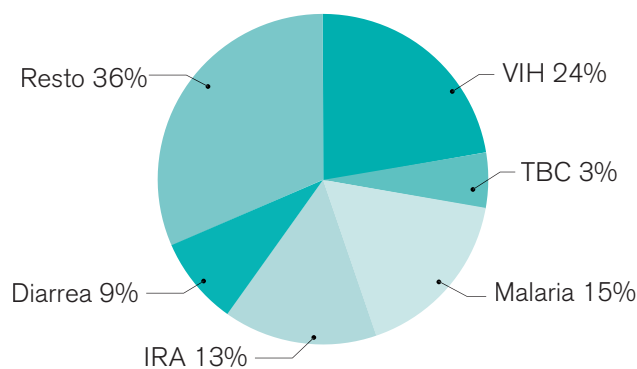
En el sector salud, la región de África Subsahariana presenta la menor esperanza de vida, así como la mayor tasa de mortalidad infantil y materna. La cobertura de vacunación y el acceso a atención al parto por personal cualificado, así como el uso de anticonceptivos, aún dista mucho de la de otras regiones. En el perfil epidemiológico de África Subsahariana todavía la mayor parte de la carga de enfermedad se centra en las enfermedades transmisibles, maternas, perinatales y nutricionales.

La epidemia global del VIH/SIDA afecta principalmente a África Subsahariana, que alberga el 65 % de la población mundial afectada y el 77% de las mujeres afectadas en el mundo. La feminización del SIDA es obvia en esta región, ya que el 57% de los adultos que la padecen son mujeres, y éstas son las que menos información y recursos tienen para prevenir la infección^a. En África Subsahariana los hijos de madres seropositivas tienen una probabilidad de entre 30% y 60% de nacer infectados por el virus. Además, se espera que en el año 2010 existan 40 millones de huérfanos. Se añade la baja proporción de personas que, necesitando un tratamiento antirretroviral, pueden acceder a él a precios equitativos y asequibles. Considerando las dimensiones de esta epidemia (que alcanzan proporciones de desastre), el VIH/SIDA se presenta en esta región como un desafío que requiere una acción global.

La situación de las mujeres en este continente también merece una atención especial. Se estima que 130 millones de mujeres africanas han sido sometidas a la Mutilación Genital Femenina, y que 2 millones de niñas se encuentran en riesgo de esta práctica cada año. Otras formas de violencia constituyen elementos muy importantes a tener en cuenta en la planificación de programas de salud. También los matrimonios precoces (niñas menores de 18 años) constituyen una violación de los Derechos del Niño e impiden a las niñas y las mujeres acceder a derechos básicos, como la salud y la educación.

Mención especial merece la problemática que presenta por la frecuencia y gravedad de las crisis que afectan a la población en forma de conflictos, hambrunas, desplazados, etc. Las mujeres y los niños constituyen la población más vulnerable.

África Subsahariana



Por otra parte, los sistemas de salud de esta región presentan graves debilidades en cuanto a gobernabilidad y capacidad para expandir los servicios de salud a áreas rurales y periurbanas. Un 19% del gasto en salud es aportado por la ayuda externa, doblando el porcentaje de Asia y Pacífico y multiplicando por 20 el gasto dependiente de la ayuda en el resto de las regiones, lo que demuestra la alta dependencia de la ayuda externa de la mayoría de los países de esta región para cubrir las necesidades sociales básicas.

La crisis mundial de personal sanitario sitúa al continente africano en su epicentro, pues aunque presenta la mayor carga de enfermedad del mundo, África cuenta sólo con el 3% de los trabajadores sanitarios y dispone tan sólo de un 1% del gasto mundial en salud. África Subsahariana dispone de menos personal sanitario (2,23 médicos y médicas y 12,8 enfermeros y enfermeras por 10.000 habitantes) que cualquier otra región. Sumando complejidad a este problema, se sitúa el éxodo de profesionales cualificados africanos a Europa y Norteamérica.

Las diferencias entre el medio rural y urbano se hacen especialmente patentes en esta región, donde el acceso a saneamiento es del 24% y del 54% respectivamente y el acceso a agua potable el más bajo de todas las regiones (64,75%).

^aVer Anexo I, Tabla 6: "Población que no conoce ninguna forma de prevención del SIDA, (Bangladesh, 1996)".



4.3.1.2. Marco de intervención regional

En resumen, el marco de intervención a nivel de esta región girará en torno a la reducción de la excesiva carga de enfermedad y mortalidad por problemas prioritarios, articulándola con el apoyo a los sistemas de salud.

Los dos marcos de intervención de la región que deben servir de referencia para la Cooperación Española son:

La Política de Salud para Todos de la región Africana para el siglo XXI (Agenda 2020)¹²³ basada en la Atención Primaria de Salud, y que contempla cuatro direcciones estratégicas, y, en segundo lugar, la Estrategia en Salud del NE-PAD¹²⁴. Su programa inicial de acción (con un coste anual de 2.000 M de dólares), consta de las siguientes líneas:

- a. Construir sistemas y servicios de salud seguros.
- b. Fortalecer programas para reducir la carga de enfermedad.
- c. Fortalecer programas para mejorar la salud materna, del adolescente y del niño.
- d. Facilitar la acción individual para mejorar la salud.
- e. Desarrollar y fortalecer la medicina tradicional.
- f. Fortalecer el papel de rectoría del gobierno.

Por otra parte, la presencia cada vez más importante de los diferentes actores de la Cooperación Española en salud (central, descentralizada, ONGD, sector empresarial...) en África, requieren un importante esfuerzo de coordinación y armonización, cuyo marco de referencia debe ser el Programa VITA^a impulsado por la AECID, al cual hay que fortalecer y reorientar para cumplir esta misión.

El siguiente cuadro muestra las líneas de intervención y pautas para llevarlas a cabo que la Cooperación Española ha priorizado en la región de África Subsahariana.

ÁFRICA SUBSAHARIANA	
Líneas y Actuaciones Prioritarias	Pautas para la Intervención
<p>1. Fortalecimiento de los Sistemas y Servicios Públicos de Salud. (Línea priorizada por los DEP de Angola, Mozambique y Senegal).</p> <ol style="list-style-type: none"> a. En esta área, la Cooperación Española deberá apoyar iniciativas y programas de fortalecimiento de capacidades de rectoría de los sistemas públicos de salud (orientados hacia la lucha contra la pobreza, los DDHH y la equidad de género), así como en determinados ámbitos como la gestión de Recursos Humanos, gestión hospitalaria, sistemas de vigilancia epidemiológica y de información sanitaria (utilizando tecnologías adecuadas de información y comunicación, TIC). b. Otros elementos necesarios en el apoyo a la mejora de los servicios y su expansión son la inversión en infraestructuras inexistentes o deterioradas y en los recursos humanos, basándose en marcos normativos internacionales^{125,126} y regionales¹²⁷ y teniendo en cuenta el impacto del VIH/SIDA sobre los propios profesionales de la salud¹²⁸. Otro aspecto a tener en cuenta será el acceso a los medicamentos esenciales (Ver marco de intervención en el sector salud). c. Será prioritario, asimismo, el aumento de capacidades y apoyo a la formación de los Recursos Humanos en salud, tanto en el equipo gestor como en el clínico orientado al aumento de la productividad. El Programa VITA dispone de una línea fuerte de formación a nivel universitario con programas de cooperación a largo plazo, y a través de seminarios avanzados sobre ámbitos más específicos. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Dado el elevado volumen de AOD hacia África (actual y prevista), en general, y en el sector salud, en particular, es muy importante tener en cuenta la "capacidad de absorción" de la misma y los posibles elementos que pueden limitar la eficacia de dicha ayuda¹²⁹. ■ En el diseño de las intervenciones se debe tener en cuenta que algunos de los países priorizados por España (como Angola, Guinea-Bissau, Etiopía o Sudán) entran dentro de la categoría de "estados frágiles"^b, que al mismo tiempo que requieren inversiones en salud¹³⁰ importantes y mantenidas, plantean enormes desafíos para la consecución de los ODM^{131, 132}, tanto en lo relativo a las modalidades e instrumentos de ayuda, como el tipo de intervenciones y su secuencia.

^aVer www.AECID.es/vita

^bOCDE, Grupo de investigación sobre estados frágiles. Disponible en: http://www.oecd.org/about/0,2337,en_2649_33693550_1_1_1_1_1,00.html.

(Continúa)

ÁFRICA SUBSAHARIANA	
Líneas y Actuaciones Prioritarias	Pautas para la Intervención
<p>2. Lucha contra determinadas condiciones y problemas de salud. (Línea priorizada por los DEP de Angola, Cabo Verde, Mozambique, Namibia y Senegal)</p> <p>a. La Salud Sexual y Reproductiva se abordará emplazando a las mujeres y su salud como una prioridad, integrando una visión amplia de género, salud y desarrollo y un enfoque que aborde su diversa y compleja realidad socio-cultural. Será especialmente importante atender a las causas y consecuencias (por ejemplo la alta mortalidad materna) derivadas de las barreras y el pobre acceso de las mujeres a los servicios de atención peri-parto. En la lucha contra la violencia y las prácticas nocivas para la salud, como la Mutilación Genital Femenina, resultará imprescindible alinearse con iniciativas y agentes locales y nacionales (Ver Marco Normativo e Institucional Regional). Se trabajará para paliar la situación de feminización del SIDA a través de proyectos y programas que apoyen el empoderamiento de las mujeres.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Los esfuerzos de armonización y alineamiento son especialmente importantes en esta región, dada la multiplicidad de actores internacionales y la debilidad de las instituciones locales en salud. España está adquiriendo capacidades en este ámbito, como se manifiesta en el análisis que ofrecen los DEP.
<p>b. La atención a la salud infantil es una prioridad de esta área, pues es este grupo el que sufre la mayor carga de enfermedad de la región. Su abordaje se centrará en la AIEPI, traspasando el enfoque puramente sanitario e incluyendo una visión de protección y derechos de la infancia (por ejemplo, protección de los huérfanos del SIDA).</p> <p>c. La lucha contra el VIH/SIDA será una prioridad en todos los países, teniendo en cuenta, por ejemplo, que entre los países socios de la Cooperación Española se encuentran algunos de los que tienen la prevalencia más alta a nivel mundial (Mozambique, Namibia y Sudáfrica). En África será especialmente importante incluir ciertos aspectos en la lucha contra el VIH/SIDA: la perspectiva antropológica en la difusión del VIH y su prevención, el acceso a preservativos de manera gratuita, el acceso a tratamiento anti-retroviral a precios equitativos y accesibles, la prevención de la transmisión vertical de VIH/SIDA, la co-infección con tuberculosis y el acceso a alimentos por parte de las Personas que Viven con VIH/SIDA^a.</p> <p>d. La lucha contra la malaria es también prioritaria. Los países de esta zona geográfica se cuentan entre los de mayor prevalencia y con formas graves y resistentes a los antipalúdicos. Por lo demás, es importante armonizar la Cooperación Española con las estrategias locales de salud.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Es clave en África que los programas para el control de enfermedades prioritarias no deben operar simplemente como programas verticales que dupliquen recursos humanos e infraestructuras propios, sino que deben servir para enfatizar y focalizar prioridades críticas en el marco del desarrollo de un sistema de salud global¹³³, integrados en los servicios horizontales y buscando sinergias entre ambos¹³⁴.

(Continúa)

^aLa transmisión del VIH de la madre al niño es posible a través de tres vías: a través de la placenta, durante el parto y con la lactancia materna. Además de las medidas que están actualmente disponibles para prevenir este contagio: parto por cesárea, tratamientos farmacológicos complejos...es importante, aunque extremadamente complejo, tener en cuenta las recomendaciones de los Planes Nacionales de SIDA (o en su defecto las de ONUSIDA). Estas últimas recomiendan que se debe aconsejar a una madre infectada la alimentación artificial (y evitar la lactancia de pecho) si ésta es aceptable, factible, abordable económicamente, sostenible y segura (condiciones, por otra parte, complicadas de obtener en algunos medios rurales de esta región).

(Continúa)

ÁFRICA SUBSAHARIANA	
Líneas y Actuaciones Prioritarias	Pautas para la Intervención
<p>d. La lucha contra la malaria es también prioritaria. Los países de esta zona geográfica se cuentan entre los de mayor prevalencia y con formas graves y resistentes a los antipalúdicos. Por lo demás, es importante armonizar la Cooperación Española con las estrategias locales de salud.</p> <p>e. La lucha contra las enfermedades olvidadas en África Subsahariana se centrará en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizar advocacy sobre los gobiernos y la sociedad civil, incluyendo el sector privado lucrativo, para que las enfermedades olvidadas pasen a ser una prioridad de la salud pública (actualmente, al no constituir “verdaderas emergencias epidemiológicas” pasan, en efecto, desapercibidas u olvidadas). • Apoyar un sistema de información sanitaria y de recogida de datos, ya que en la actualidad muchas de ellas no son de declaración obligatoria para las autoridades sanitarias competentes. • Apoyar iniciativas que promuevan la investigación y el desarrollo de medicamentos que sean eficaces, financieramente accesibles; que se adapten al tratamiento de las enfermedades olvidadas y que suplan las discrepancias que existen en I+D de medicamentos para estas dolencias. <p>f. Apoyo a la integración de todas las estrategias asistenciales de los programas prioritarios de salud sexual y reproductiva, salud infantil, lucha contra el VIH/SIDA, etc. con especial énfasis en la integración de los programas verticales.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ En este aspecto es también de importancia la articulación de intervenciones a corto plazo (que buscan un impacto elevado y selectivo)¹³⁵, con la finalidad de que no vayan en detrimento de abordar determinantes y cuestiones de mayor amplitud y a largo plazo como, por ejemplo, los sistemas de salud. La existencia de multitud de Programas y Fondos en la actualidad entrañan ese riesgo, como las llamadas iniciativas de resultados positivos rápidos, <i>Quick Wins</i> (Iniciativas de Ganancia Rápida), propuestas en el marco del Proyecto del Milenio¹³⁶. ■ La acción intersectorial es especialmente importante en África, sobre todo en lo que concierne a la coordinación y articulación con otras necesidades básicas, principalmente el agua y saneamiento, la soberanía alimentaria y el sector educación.
<p>3. Conocimiento e Innovación. (Línea priorizada por el DEP de Mozambique).</p> <p>La Cooperación Española tiene experiencia en el apoyo a instituciones de investigación sobre enfermedades como la malaria, el sida y la tuberculosis, en proyectos situados en Guinea Ecuatorial y en Mozambique. Siguiendo esta línea de trabajo, se dará respaldo a iniciativas internacionales que financien proyectos de investigación en estas enfermedades, a través de las vacunas, métodos de prevención y tratamientos.</p> <p>También se tratará de incidir en las investigaciones innovadoras en infecciones respiratorias agudas, sarampión, el virus del papiloma humano y tuberculosis.</p> <p>Además de contribuir en los procesos de ensayos de vacunas y fármacos, se pretende promover nuevos tratamientos y evaluar políticas y actuaciones, como la distribución de redes mosquiteras impregnadas. Una línea de trabajo esencial es la búsqueda del fortalecimiento del marco institucional de la investigación en salud y la cooperación con el Ministerio de Sanidad, complementando la investigación con actividades de carácter docente y de capacitación de recursos humanos nacionales, así como de asesoramiento técnico. En este sentido, se apoyarán las instituciones especializadas dependientes de este ministerio, así como las propuestas de instituciones africanas que desarrollen su trabajo en el ámbito de la innovación científica.</p> <p>Existe asimismo una amplia experiencia adquirida en la cooperación con Guinea Ecuatorial, en la que el Instituto de Salud Carlos III del MSC tiene un relevante papel a través del Centro de Investigación de Enfermedades Endémicas.</p>	

4.3.2. América Latina y Caribe (ALC)

- **Países Prioritarios:** Honduras, Nicaragua, El Salvador, Guatemala, Haití, República Dominicana, Paraguay, Bolivia, Perú y Ecuador.
- **Países de Atención Especial:** Colombia y Cuba
- **Países Preferentes:** Argentina, Brasil, Costa Rica, Chile, México, Panamá, Venezuela y Uruguay.

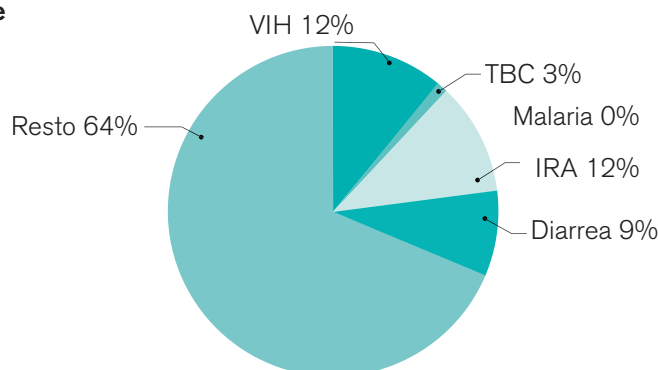
4.3.2.1. Situación de la salud en la región

En el sector salud, de las cinco regiones con las que coopera España, Latinoamérica es, por detrás de Europa Central y Oriental (ECyO), la que presenta los mejores indicadores^a de renta per cápita, Índice de Desarrollo Humano, esperanza de vida (70,8 años) y tasas de mortalidad materna e infantil (179,1 por 100.000 RNV^b y 32,9 por 1.000 RNV respectivamente) que, a pesar de ser menores que en otras regiones, son inaceptablemente elevadas. El 88,7% de los niños están vacunados de sarampión, y el 78,5% de los partos son atendidos por personal cualificado. Además, es la región con mayor porcentaje de uso de anticonceptivos, aún siendo bajo respecto al deseable (52%), siendo los valores más bajos los de Guatemala, Bolivia y Haití. La poca información y acceso a métodos anticonceptivos es importante, pues da lugar a embarazos no deseados y de alto riesgo, además de ser un factor de riesgo para Enfermedades de Transmisión Sexual incluyendo VIH/SIDA. Anualmente, se producen hasta 27 millones de embarazos no deseados, y se practican 4,2 millones de abortos clandestinos que se cobran la vida de 5.000 mujeres. Otras 800.000 precisan hospitalización.

En cuanto a la carga de enfermedad en la región, se observa que un 27,2% se debe a las enfermedades transmisibles, condiciones maternas y perinatales y nutricionales, que se corresponden con la mayoría de los problemas de salud priorizados. Por el contrario, el 57,2% corresponde a enfermedades del grupo II (no transmisibles), y el 15,6% al grupo III (accidentes y lesiones), siendo este último el porcentaje más alto de todas las regiones. El 12% de la carga de enfermedad en esta región se debe al VIH/SIDA. Se estima que en 2006, en la Región ha habido más de 230.000 nuevas infecciones por VIH, con más de 2 millones de personas viviendo con el VIH/SIDA.

El sistema de salud en Latinoamérica es el único de las cinco regiones en el que el personal médico supera en número al personal de enfermería, siendo el primero el doble del segundo (17,5 frente a 8,8 por 10.000 habitantes). Además, es la segunda región (por detrás de ECyO) que mayor porcentaje del PIB destina al sector salud (con un 6,7%) siendo la mitad del gasto sanitario total de origen público, y la otra mitad de origen privado. Presenta baja dependencia de la ayuda externa, que tan sólo representa el 3% de su gasto sanitario total.

América Latina y Caribe



^aVer Anexo V: "Indicadores de salud de las Regiones de la Cooperación Española". Todos los datos ofrecidos a nivel regional corresponden a datos agregados de los países priorizados en la Cooperación Española en la región (países prioritarios, de atención especial y preferentes).

^bRecién Nacidos Vivos.



Sin embargo, las medias regionales esconden profundas diferencias entre los diversos países. Así, en Haití, la tasa de mortalidad materna llega a 520 por 100.000 RNV, y menos del 30% de los partos son atendidos por personal cualificado; en Bolivia y Guatemala también se observan cifras significativamente peores que las medias regionales, y en algunos países, como Honduras, más del 65% de las personas no tienen acceso a los servicios de salud.

Por otra parte, la región del Caribe presenta la prevalencia de VIH/SIDA en adultos más alta después de la de África Subsahariana, siendo la primera causa de muerte en la población entre 15 y 49 años y encontrándose, además, que el 60% de las que lo padecen son mujeres, mostrando una clara feminización de esta enfermedad. La diferencia de Centroamérica y Caribe con otros países de la región Latinoamericana es importante, ya que, si bien en la mayoría de ellos la prevalencia de VIH/SIDA en adultos ronda el 0,5% de la población, en Guatemala es del 1,1%, en República Dominicana y Honduras del 1,7 y 1,8% respectivamente, y en Haití llega al 5,6%. Otros países con cifras menores presentan epidemias disfrazadas y localizadas^{a,137}.

Aún es más, en el interior de estos países existen poblaciones excluidas y en situación de pobreza y vulnerabilidad, que forman bolsas de pobreza, cuyas condiciones de vida y perfiles epidemiológicos, indicadores sanitarios y de cobertura del sistema de salud no aparecen reflejados en las medias nacionales y regionales. Los países latinoamericanos, en general, se hallan entre los que presentan las mayores inequidades en salud. Así, las tasas de mortalidad infantil son entre 1,5 y 5,3 veces mayores en el 20% más pobre que en el 20% más rico de la población, siendo Perú el país con mayor inequidad en este campo. Los partos son atendidos por personal capacitado entre 2,4 y 17,1 veces menos en el 20% más pobre de la población comparado con el 20% más rico, correspondiendo el valor más alto a Haití^b. Este indicador es muy importante, ya que se relaciona no sólo con la mortalidad materna, sino también con la morbilidad y discapacidad de las mujeres como consecuencia de un control inadecuado del embarazo y el parto. Por otra parte, tanto la mortalidad infantil como la materna varían enormemente según el nivel de educación de las madres, siendo éste un reflejo de la necesidad de la educación y el empoderamiento de las mujeres como condición para mejorar su propia salud.

A estas cifras y la inequidad que muestran entre las poblaciones más ricas y las más pobres, hay que añadir que existe un subregistro estadístico en las poblaciones indígenas y aquellas que viven en situación de mayor pobreza, por lo que los datos estadísticos no muestran sus necesidades en materia de salud, y las medias nacionales y regionales no les representan.

De acuerdo a los datos aportados, uno de los rasgos que define esta región son las grandes inequidades en materia de salud. La Cooperación Española debe asumir el reto de trabajar con los países y los sistemas de salud latinoamericanos, para ampliar la cobertura y la accesibilidad a los cuidados de salud a aquellas personas en situación de pobreza y vulnerabilidad. Por otra parte, la escasa implantación y cobertura de los sistemas de protección social en salud unidas al denominado “fenómeno de la segmentación” (subsistemas determinados por niveles de ingresos o posición social), son cuestiones claves en el desarrollo y la cohesión económica y social. De hecho, la protección es uno de los indicadores más sensibles del fenómeno de desigualdad y exclusión en la región.

Además, se deberán abordar, entre otros, los problemas de salud sexual y reproductiva, y el VIH/SIDA, especialmente en los países que muestran los peores indicadores. Por último, es necesario tomar en cuenta la alta carga que esta región presenta para las enfermedades no transmisibles, que deberán ser objeto de especial atención.

4.3.2.2. Marco de intervención regional

En el cuadro siguiente se muestran las líneas estratégicas y actuaciones prioritarias que la Cooperación Española va a priorizar en la región de América Latina, así como las principales pautas a tener en cuenta para la intervención en esta región. Puede encontrar una descripción más exhaustiva en el ANEXO VIII.

^aEn esta región, alimentan la epidemia combinaciones variables de relaciones sexuales sin protección, y consumo de drogas intravenosas; por su parte, el papel de las relaciones sexuales entre varones en la transmisión del VIH es un factor más destacado de lo que normalmente se reconoce, sobre todo en Sudamérica.

^bDatos de la OMS del último año del que dispone los datos en su base estadística.

AMÉRICA LATINA	
Líneas y Actuaciones Prioritarias	Pautas para la Intervención
<p>1. Fortalecimiento de los Sistemas y Servicios Públicos de Salud</p> <p>Uno de los ejes estratégicos de la cooperación con esta región debe ser la lucha contra la exclusión y las desigualdades en salud (motivadas por la clase, la etnia o el género) y el fortalecimiento de la cohesión social. Para ello, se debe trabajar en el fortalecimiento de los sistemas públicos de salud desde el más alto nivel ministerial hasta los servicios de salud básica, luchando por mejorar la accesibilidad, la calidad y, sobre todo, la orientación hacia la equidad. Pero también se debe trabajar con la población y la Sociedad Civil Organizada, buscando su empoderamiento en salud y su participación activa y efectiva en las políticas de salud y la planificación y gestión del sistema. Algunas de las actuaciones prioritarias en esta línea son:</p> <p>a. Luchar por la ampliación de la cobertura de los servicios de salud a las personas en situación de pobreza y vulnerabilidad, especialmente a aquéllas tradicionalmente excluidas del acceso: las mujeres y las personas indígenas.</p> <p>b. Transferencia apropiada de capacidades técnicas y herramientas de organización a todos los niveles -del Ministerio de Sanidad a los centros de salud comunitarios-, para mejorar la planificación y gestión del sistema de salud en su conjunto. Apoyo asimismo a la formación de recursos humanos adecuados a las necesidades del sistema de salud en cada país -incluyendo la formación de calidad de personal paramédico y comadronas-, tanto en el área asistencial, como en salud pública y planificación y gestión sanitaria. Sobre todo, fomentar la formación de mujeres y de personas indígenas. Fortalecer las instituciones de formación nacionales.</p> <p>c. Refuerzo de los sistemas de gestión de la información y vigilancia epidemiológica. Refuerzo también de los sistemas de detección temprana de enfermedades infectocontagiosas, con la finalidad de evitar que se constituyan en problemas de salud pública. Apoyar la construcción de sistemas de alerta y respuesta rápida ante epidemias.</p> <p>d. Apoyo al desarrollo y consolidación de los Sistemas Públicos de Seguridad Social.</p> <p>e. Acompañamiento de los procesos de descentralización/departamentalización de los servicios sanitarios, para mejorar el acceso a los cuidados de salud y su mejor adecuación a las realidades sanitarias, socioeconómicas, geográficas y culturales locales.</p> <p>f. Considerar la introducción de tecnologías de la información y la comunicación (TIC) cuando sean apropiadas.</p> <p>g. Facilitar el acceso a medicamentos esenciales, especialmente en el campo de las políticas de abastecimiento, para hacerlos accesibles a la población en situación de pobreza, sobre todo a la que vive en áreas rurales y remotas</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ El fortalecimiento de los sistemas públicos de salud debe tener como nivel prioritario de actuación los SILOS (Sistemas Locales de salud), que es donde existe una mayor debilidad institucional. También, apoyar de forma prioritaria las estrategias de cambio basadas en iniciativas locales para el desarrollo del sistema de salud. ■ Dado su dinamismo e importancia como actor clave en la región, la población y la sociedad civil organizada deben ser apoyadas y fortalecidas de manera prioritaria, en sus capacidades y recursos, jugando la Cooperación Española (sobre todo las ONGD) un papel facilitador. ■ Considerar la implementación de nuevos instrumentos de la cooperación, desarrollando los apoyos necesarios y reforzando a las Instituciones Nacionales de Salud para la definición de las políticas nacionales de este sector. ■ Articular todas las actuaciones con las instituciones de referencia a nivel regional, entre otras: la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y la Comisión Económica Para América Latina (CEPAL) (ver Marco Institucional Regional). ■ Tener en cuenta el papel que el Ministerio de Sanidad y Consumo de España ha jugado en la cooperación con esta región y las relaciones inter-Institucionales que se han establecido entre nuestro país y países latinoamericanos, por ejemplo, en el área de la lucha contra la drogadicción. Algunos marcos de cooperación del MSC son, entre otros: con la OPS en el área de violencia de género (Proyecto ACTIVA^a); con el PNUD-ONUSIDA en lucha contra el VIH/SIDA; a través del proyecto Eurosocial de la UE, en cohesión social; etc.

^aACTIVA: Actitudes y normas culturales frente a la violencia en ciudades seleccionadas de América Latina y España. Red de investigación coordinada por la OPS. Ver: <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/activa-project.htm>

(Continúa)

AMÉRICA LATINA	
Líneas y Actuaciones Prioritarias	Pautas para la Intervención
<p>2. Lucha contra determinadas condiciones y problemas de salud</p> <p>a. Fortalecer la atención primaria en salud sexual y reproductiva, mejorando la calidad y la accesibilidad de estos servicios para las mujeres, así como reforzar el sistema de referencia. Junto a esto, la protección y promoción de los derechos de las mujeres es crucial en la región, y son elementos imprescindibles para la reducción de la alta tasa de mortalidad materna que sufre. Empoderar a las mujeres para tomar decisiones que afectan a su salud y derechos sexuales y reproductivos, y para que participen de manera activa y efectiva en los servicios de salud sexual y reproductiva.</p> <p>b. La importancia de la violencia en sus variadas formas: de género¹³⁸, infantil, colectiva, etc, como problema de salud pública regional¹³⁹, exige de manera obligada diseñar actuaciones sobre prevención y control.</p> <p>c. Apoyar en la prevención u control de las enfermedades relacionadas con la infancia que causan la mayor morbilidad y mortalidad en menores de 5 años. Apoyo a programas de salud prenatal, vacunación, nutrición infantil y educación para la salud en el medio escolar. Especialmente se trabajará en el marco de la APS y en la formación y capacitación de comunidades para la prevención de las enfermedades infantiles. Es fundamental para el control de muchas de las enfermedades infantiles el trabajo en habitabilidad, y agua y saneamiento básicos.</p> <p>d. En la lucha contra las enfermedades prevalentes y olvidadas, hay que tener en cuenta el desafío que plantea en la región la importante carga de enfermedad debida a enfermedades no transmisibles, lesiones y traumatismos, que coexisten con una alta carga de enfermedades infecciosas (malaria y tuberculosis, entre otras) y olvidadas (como la Leishmaniasis o el Chagas), algunas de carácter epidémico (dengue). Las actuaciones en este campo se centran, sobre todo, en el acceso a los servicios y a los tratamientos, y en los sistemas de vigilancia epidemiológica.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Reconocer y potenciar la ventaja comparativa que tiene España, y en particular las Comunidades Autónomas y las Entidades Locales, para realizar un trabajo de acompañamiento y de refuerzo del proceso de descentralización de los sistemas de salud a nivel subnacional y local. ■ Para el desarrollo y consolidación de los sistemas de Seguridad Social, considerar especialmente la cooperación en el marco de la Organización Iberoamericana de Seguridad Social. Aprovechar la ventaja comparativa de España en este ámbito, derivada de su propia trayectoria y experiencia. ■ España debe jugar un papel clave en el sector salud en las relaciones entre la UE y Latinoamérica, participando activamente en los marcos estratégicos de cooperación y los programas regionales de la UE^{140a,b}. Un ejemplo es la participación de la FIAPP y el ISCIII en el Programa EUROsociAL de cohesión social en América Latina⁹. ■ En lo que concierne los medicamentos, y dada la amplia incidencia regional en los ámbitos políticos y económicos de España, la cooperación debe orientarse a ámbitos como los derechos de propiedad intelectual, participando y promoviendo acciones como las generadas en el grupo de trabajo de Nicaragua¹⁴¹. ■ Para trabajar en la salud de los pueblos indígenas, tomar como marco de referencia, entre otros, el Instituto Indigenista Iberoamericano^c a nivel de la Cooperación Española, el Programa Indígena de la AECID es un referente claro para todos los actores.

(Continúa)

^aEntre los Programas regionales de interés para la Estrategia Salud Española cabe citar los Programas Alfa y @lis, que ya desarrollan, por otra parte, algunas instancias españolas. Ver: http://www.europa.eu.int/comm/external_relations/la/prog/index.htm

^bLa cohesión social se ha convertido en uno de los ejes estratégicos de la asociación entre la Unión Europea y América Latina y el Caribe, siendo el tema prioritario de la Cumbre U-ALC de Guadalajara (México) de mayo 2004, que en su Declaración, además, considera al sector salud (junto al educativo) como fundamental para aumentarla (punto 49). La página de la UE sobre la Cumbre: http://europa.eu.int/comm/world/lac-guadal/00_index.htm. La Declaración de Guadalajara: http://europa.eu.int/comm/world/lac-guadal/declar/01_decl_polit_final_es.pdf

^cInstituto Indigenista Interamericano: <http://www.cdi.gob.mx/conadepi/iii/index.html>. OPS, Unidad de Salud de Pueblos Indígenas, y Plan de Acción Regional: <http://www.paho.org/spanish/AD/THS/OS/Indig-home.htm>

(Continúa)

AMÉRICA LATINA	
Líneas y Actuaciones Prioritarias	Pautas para la Intervención
<p>El aumento del VIH/SIDA en la Región y sus peculiares y variables características, hacen que requiera abordajes muy contextualizados, con importantes enfoques socio-culturales y teniendo en cuenta la necesidad de fortalecer la prevención –además del acceso de las personas con VIH/SIDA a atención sanitaria y tratamientos–.</p> <p>e. Debido a la alta frecuencia de fenómenos naturales adversos en América Central y Caribe y la vulnerabilidad de estos países, que determina la alta incidencia de catástrofes, se hace necesario enfatizar las actuaciones destinadas a la prevención, mitigación y resolución de estos desastres. Se deben fortalecer las instancias regionales y nacionales^a, así como alinearse con ellas y con sus prioridades.</p> <p>3. Potenciación de la investigación y el desarrollo en salud. El desarrollo de la investigación es una línea prioritaria, y España debe continuar impulsando las acciones que históricamente realiza en este ámbito. El desarrollo de investigaciones sobre sistemas de salud, cuestiones de equidad y de género, deben ser una prioridad en la agenda, y deben integrarse como un elemento operacional de las acciones.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ En relación al VIH/SIDA, existe un Plan Regional de VIH/ETS para el Sector Salud 2006-2015 en las Américas¹⁴². Además, las acciones en VIH/SIDA (de la Cooperación Española, de ONGD españolas y locales, de las organizaciones de la sociedad civil, de las organizaciones religiosas etc.) deberán reforzar y se alinearán con el Foro/Plan Nacional de SIDA, cuando exista. Se fomentará también la participación coordinada en el Fondo Global de lucha contra el SIDA, la Malaria y la Tuberculosis. ■ Para la línea de suministro de medicamentos, debe establecerse una clara estrategia y articulación de acciones de cooperación entre los niveles locales, nacionales y el ámbito regional. Uno de los marcos puede ser la Red Regional del Caribe de Adquisiciones Farmacéuticas y Autoridades de Manejo de Suministros (CARIPROSUM)

^aExiste por ejemplo el importante Centro Regional de Información sobre Desastres (CRID) (http://www.crid.or.cr/crid/esp/que_es_el_crid.html), el Centro de Coordinación para la Prevención de los Desastres Naturales en América Central (<http://www.cepredenac.org/>), y la Unidad de Desastres de la OPS, de referencia conceptual, logística (Programa SUMA) y operativa (<http://www.paho.org/spanish/DD/PED/PED-about.htm>)



4.3.3. Asia y Pacífico

- **Países prioritarios:** Filipinas y Vietnam.
- **Países de Atención Especial:** Timor Oriental, Afganistán, Camboya, Países del Sureste Asiático que han padecido las consecuencias del maremoto de 2004.
- **Países Preferentes:** Bangladesh y China.

4.3.3.1. Situación de la salud en la región

Hasta fechas recientes, la región Asia Pacífico no ha constituido un ámbito prioritario de actuación para la Cooperación Española, a excepción de Filipinas, donde ya existen programas de cooperación muy consolidados. A partir del Plan Director 2001-2004, es cuando gradualmente va adquiriendo un peso específico, pero es en el actual Plan Director, cuando se consolida la dimensión asiática de nuestra cooperación, dando un salto cualitativo y cuantitativo considerable, pasando de tres a nueve el número de países en los que debemos llevar a cabo programas de cooperación.

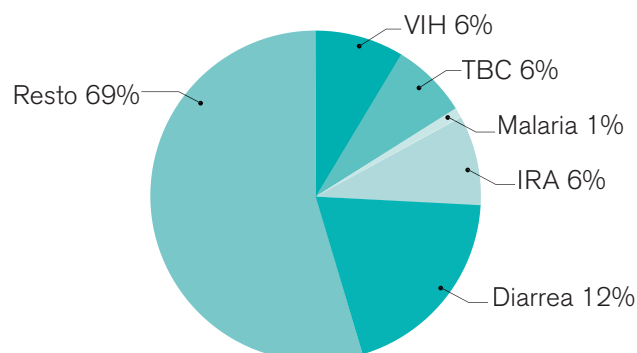
Sin embargo, ya desde fechas anteriores a la publicación del primer Plan Director, la Cooperación Española ha sido particularmente activa en el sector salud en esta región, apoyando actuaciones dirigidas al fortalecimiento de los sistemas públicos de salud, la mejora de la salud sexual y reproductiva, la lucha contra la tuberculosis y la mejora de la atención primaria. Estas actuaciones se han visto incrementadas por acciones de reconstrucción de la paz (Afganistán) o por otras, tras desastres naturales que han requerido importantes aportes orientados sobre todo a la acción humanitaria y de emergencia (Tsunami).

La región en su totalidad ocupa el penúltimo lugar en cuanto a renta per cápita, pues tan sólo África Subsahariana la tiene más baja. Sin embargo, la región de Asia y Pacífico ocupa mejor puesto que África Subsahariana y que Magreb, Oriente Medio y Próximo, en cuanto a la media de los Indicadores de Desarrollo Humano de los países que conforman la región, con un 102 sobre 177.

En el sector salud, la región de Asia y Pacífico demuestra el gran esfuerzo que está realizando por revertir algunos indicadores de salud. La esperanza de vida se sitúa en 64,3 años, la tasa de mortalidad infantil es menor que en África Subsahariana (76/1.000) y la de mortalidad materna menor que África Subsahariana y que Magreb, Oriente Medio y Próximo. En cuanto a la cobertura de vacunación de sarampión, ésta alcanza el 76,7% de la población. Asia y Pacífico presenta un perfil epidemiológico en el que la carga de enfermedad que predomina (57,2%) pertenece a las enfermedades no transmisibles, aunque las transmisibles, condiciones maternas, perinatales y nutricionales aún representan el 27,2% de la carga de enfermedad total.

Mención aparte merece la aparición de brotes epidémicos de gripe aviar, tanto por su impacto sobre la economía como, sobre todo, por la capacidad de combinación del virus H5N1 con otros virus de la gripe y la consiguiente epidemia de gripe humana.

Asia y Pacífico



En Asia, el número de personas que vivían en el año 2002 con VIH/SIDA ascendía a 8,3 millones. Según datos de FNUAP, sólo en Asia Meridional, el porcentaje de mujeres jóvenes de 15 a 24 años con VIH era del 62% frente al 38% de hombres jóvenes, lo que da cuenta de la patente feminización de la epidemia.

La situación de las mujeres también requiere especial atención en este continente. El uso de anticonceptivos abarca tan sólo el 40,7% de mujeres fértiles y tan sólo el 58,8% accede a partos atendidos por personal cualificado (el más bajo de todas las regiones). Cada año, 10 millones de mujeres se someten a abortos inseguros en Asia, donde ocurren el 50% de las muertes en el mundo por esta causa. La mutilación genital femenina en esta región aún no ha alcanzado las dimensiones de África Subsahariana, pero ha sido reportada por UNICEF en algunas regiones de India, Indonesia y Malasia. También alcanzan proporciones de salud pública otras formas de violencia contra las mujeres, especialmente la prostitución forzada y explotación sexual, violación y violencia doméstica.

En esta región, los sistemas de salud presentan características muy heterogéneas en cuanto a su gestión y al nivel de limitación para expandir los servicios de salud. Afganistán presenta claramente sistemas limitados para la expansión de servicios y débiles en cuanto a, mientras que Camboya, Indonesia, China, Filipinas y Vietnam han demostrado menor limitación para expandir sus servicios a zonas periféricas. Es, sin embargo, relevante a nivel regional que los gastos destinados a salud dependan en un 10% de la ayuda externa. Asimismo, un dato revelador, igual que en el área del Magreb y Oriente Medio y Próximo, es que el gasto porcentual en salud es mayor en el sector privado que en el público, debiendo vigilarse el acceso de la población más desfavorecida a los cuidados de salud.

En cuanto a recursos humanos sanitarios, Asia y Pacífico se suma a la crisis mundial, presentando principalmente un gran déficit de profesionales médicos cualificados (5,2 médicos y 14,2 personal de enfermería/100.000).

4.3.3.2. Marco de intervención regional

A continuación se muestra un cuadro con las líneas prioritarias de la región en el sector salud, las líneas de actuación prioritarias y algunas pautas de intervención. En el ANEXO VIII, se puede consultar una ampliación de estas actuaciones.

ASIA Y PACÍFICO	
Líneas y Actuaciones Prioritarias	Pautas para la Intervención
<p>1. Fortalecimiento de los Sistemas y Servicios Públicos de Salud</p> <p>a. Será prioritario el apoyo al sector público en el fortalecimiento de los servicios de salud y en los procesos de reforma y descentralización que están llevando a cabo estos países.</p> <p>b. Se apoyará el fortalecimiento de la atención primaria y salud comunitaria con acciones dirigidas a mejorar la cobertura y calidad de estos servicios, así como a la búsqueda de sistemas de financiación equitativos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Será esencial la coordinación entre los países socios y los donantes, en este sentido; tanto en Filipinas como en Vietnam se están llevando a cabo enfoques sectoriales (SWAP) en salud que la Cooperación Española se propone apoyar. ■ En el ámbito de la salud sexual y reproductiva, es importante la integración y el apoyo continuo al desarrollo del Programa de Acción del CIPD¹⁴⁷. Un marco de referencia puede ser la Iniciativa para la Salud Reproductiva de los Jóvenes en Asia (RHIYA) promovida por Comisión Europea/FNUAP (Ver Marco Normativo)¹⁴⁸, y la articulación con redes claves, como la Red "Asia-Pacífico POPIN"¹⁴⁹.

(Continúa)

(Continúa)

ASIA Y PACÍFICO	
Líneas y Actuaciones Prioritarias	Pautas para la Intervención
<p>2. Lucha contra determinadas condiciones y problemas de salud</p> <p>a) Las actuaciones sobre la salud y los derechos sexuales y reproductivos deben ocupar un puesto primordial en la agenda de la Cooperación Española en Asia-Pacífico, debido a la especial relevancia que sus implicaciones demográficas, epidemiológicas y socio-económicas tiene en la región¹⁴³. Se dedicará además una atención especial a los jóvenes y adolescentes¹⁴⁴ y a las víctimas de explotación y tráfico sexual y de traumatismos por minas y conflictos.</p> <p>b) La gripe aviar debe ser una prioridad en tanto enfermedad emergente y su riesgo de pandemia, debiendo apoyar la Cooperación Española el refuerzo de los sistemas de vigilancia y control.</p> <p>c) La lucha contra enfermedades olvidadas, como la lepra. Asia y Pacífico tiene la mayor prevalencia e incidencia mundial; ello se debe, sobre todo, a la India (donde existen por otra parte la mayor parte de los casos mundiales: Otra enfermedad importante en el área es el dengue, enfermedad vírica transmitida por la picadura de mosquitos del género Aedes. En Filipinas es éste uno de los principales problemas de salud durante la época de lluvias; afecta a todas las franjas de edad y se concentra en los núcleos urbanos.</p> <p>d) Asia no sólo no logrará la meta 7 (haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015 la propagación del VIH/SIDA) del ODM nº 6 relativo al VIH/SIDA¹⁴⁵, sino que su situación epidémica en transición y cambiante¹⁴⁶ abre un panorama de consecuencias imprevisibles. Ante esto, se debe reforzar la respuesta integral ante esta epidemia</p> <p>e) En Asia-Pacífico se concentra un 67 % de los casos mundiales de Tuberculosis, y de los 22 países clasificados en el mundo por la OMS como de alta carga (“High burden countries”), 11 se encuentran en la región</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ En las intervenciones para la preparación, vigilancia y respuesta hacia la gripe aviar, la cooperación apoyará el sistema público de salud y a las poblaciones, en sus áreas geográficas de intervención. La debilidad actual en muchos países, en estos ámbitos, requerirá un esfuerzo de apoyo a los programas nacionales y locales, una imprescindible acción intersectorial con la sanidad animal, y una estrecha coordinación y apoyo a las representaciones nacionales y regionales de los organismos internacionales claves, como la OMS (que dispone de numerosa bibliografía y guías al respecto)¹⁵⁰, la FAO y la Organización Mundial de Sanidad Animal (OIE)¹⁵¹. ■ Las intervenciones sobre el VIH/SIDA en Asia implican un abordaje desde la complejidad y peculiaridades epidemiológicas, políticas y sociales, con un importante énfasis en la prevención y en las estrategias de IEC. Dado que algunos países, como China o Vietnam, han sido focalizados por la acción internacional y existe un progresivo compromiso político nacional, se pueden tomar como referencia las acciones que ONUSIDA^a está llevando a cabo. ■ Existen espacios y marcos de colaboración regionales e interregionales interesantes para la participación de la Cooperación Española, por ejemplo, ASEM¹⁵² (Asia-Europe Meeting) un proceso de diálogo y cooperación informal iniciado en 1996 entre Estados miembros de la UE (entre ellos España), la Comisión Europea y trece países asiáticos (entre ellos algunos de los priorizados, como Filipinas, Vietnam, China o Camboya), para abordar temas políticos, económicos, sociales y de salud¹⁵³.

^aVietnam dispone de una Oficina de ONUSIDA (<http://www.unaids.org.vn/>), que es un buen marco de referencia de los actores y acciones nacional e internacional en el país. En lo que concierne a China, desde 1996 dispone de una oficina de ONUSIDA así como de un Grupo Temático VIH/SIDA de NNUU, en el que participa el Gobierno y ONGD locales, así como organismos internacionales, y está avanzando en marcos políticos, legislativos, etc. Ver: <http://www.unchina.org/unaids/eus9.html>.

4.3.4. Magreb y Oriente Próximo

- **Países Prioritarios:** Argelia, Marruecos, Mauritania, Túnez, Población Saharaui y Territorios Palestinos.
- **Países de Atención Especial:** Irak, Líbano y Siria
- **Países Preferentes:** Egipto y Jordania

4.3.4.1. Situación de la salud en la región

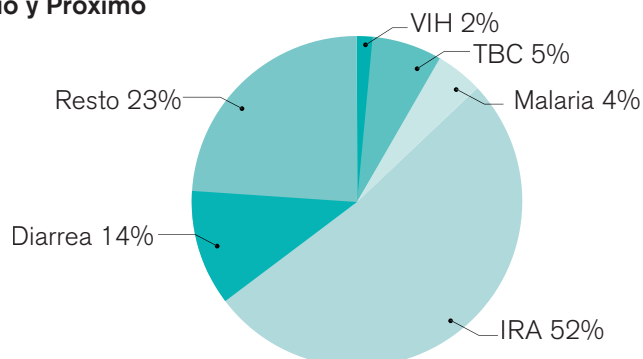
La situación y los países que conforman esta región son muy heterogéneos. Por una parte, es importante considerar que algunos de estos países y áreas geográficas viven en este momento conflictos armados, tanto latentes como activos, procesos de reconstrucción de la paz y situaciones de crisis permanente agudizados por un contexto internacional y regional que ha exacerbado las hostilidades y diferencias culturales entre los países islámicos y Occidente.

La región en su conjunto ocupa el tercer lugar, por delante de África Subsahariana y Asia y Pacífico, en la renta per cápita e Índice de Desarrollo Humano, ocupando la posición 107 sobre 177 en el año 2004 en este último indicador.

En el sector salud, la región del Magreb y Oriente Medio y Próximo presenta una esperanza de vida que ronda los 67 años, sin embargo, existen países como Mauritania e Irak, donde desciende a 55 y 51 años respectivamente, y si tomamos como referencia la esperanza de vida saludable en el nacimiento, entonces la media baja 10 años. Las tasas de mortalidad infantil y materna (55/1.000 nacidos vivos y 226,5/100.000 nacidos vivos respectivamente) aún siendo altas, son 3 veces más bajas que en sus países vecinos del África Subsahariana, salvo en Mauritania^a, único país PMA de la región que se ajusta más, en sus indicadores de salud, a la región de África Subsahariana que a la del Magreb. El perfil epidemiológico de esta región muestra una transición entre la carga de enfermedad correspondiente a enfermedades transmisibles, condiciones maternas, perinatales y nutricionales, y las enfermedades no transmisibles, como la diabetes, el cáncer o la hipertensión, constituyendo un desafío a abordar por los sistemas de salud. Asimismo, la carga de enfermedad relacionada con los accidentes y las lesiones corresponde a un 15%, haciéndose necesaria una línea de intervención relacionada con estos problemas.

El VIH/SIDA no representa más que el 2% de la carga de enfermedad total, y en la mayoría de los países priorizados por la Cooperación Española la prevalencia de VIH/SIDA en adultos entre 15 y 49 años ronda el 0,1%. Sin embargo, estos datos pueden esconder sistemas de información sanitaria deficientes o epidemias incipientes. No en vano, la Oficina Regional de la OMS tiene un programa sobre VIH/SIDA y ETS que persigue disminuir la transmisión, la vulnerabilidad y el impacto de ambos problemas a través de una respuesta integral y efectiva a la epidemia.

Magreb, Oriente Medio y Próximo



^aMauritania tiene una tasa de mortalidad materna de 1.000 mujeres por cada 100.000 nacidos vivos (datos del año 2000), lo que significa que una mujer tiene un 1% de probabilidades de morir en cada parto, acumulando este riesgo en cada embarazo (la tasa de fecundidad en Mauritania es 5,7, datos 2004).



La situación de las mujeres en esta región merece ser priorizada, pues aunque se han hecho grandes progresos en las dos últimas décadas, existen indicadores de salud que demuestran que la salud de las mujeres en esta área aún dista mucho de lo deseable en la consecución de los ODM. En Mauritania, sólo un 16% de las mujeres accede a una cobertura prenatal completa (al menos 4 visitas) y a nivel regional, un 76% de los partos son atendidos por personal cualificado, escondiendo esta cifra grandes diferencias entre el medio rural y el urbano; por último, tan sólo un 30% (un 8% en Mauritania) de las mujeres en edad fértil utilizan algún método anticonceptivo.

Los sistemas de salud en esta región no presentan tantas debilidades como en África Subsahariana ni dependen en tanta medida de la ayuda externa, sin embargo, un dato revelador es que el gasto porcentual en salud es mayor en el sector privado que en el público, debiendo vigilarse el acceso de la población más desfavorecida a los cuidados de salud. Aunque hay grandes disparidades entre países, la región del Magreb, Oriente Medio y Próximo cuenta con 12,9 profesionales médicos y 19,4 personal de enfermería por 100.000 habitantes, lo que la sitúa en el segundo puesto, tan sólo por detrás de Europa Central y Oriental en cuanto a recursos humanos destinados a salud.

Las diferencias entre el medio rural y urbano son notables en cuanto al acceso a agua y saneamiento, correspondiendo a este último un 57 y un 90% en el medio rural y en el urbano respectivamente.

4.3.4.2. Marco de intervención regional

En la región del Magreb, de nuevo, al igual que con África Subsahariana, un referente en cuanto a coordinación y armonización lo constituye el Programa VITA impulsado por la AECID y que cuenta con la participación de 5 Ministerios y 15 Comunidades Autónomas.

A continuación se muestra un cuadro con las líneas prioritarias de la región en el sector salud, las actuaciones prioritarias y algunas pautas de intervención. En el anexo VIII puede ampliarse la información.

MAGREB, ORIENTE MEDIO Y PRÓXIMO	
Líneas y Actuaciones Prioritarias	Pautas para la Intervención
<p>1. Fortalecimiento de los Sistemas y Servicios Públicos de Salud.</p> <p>El fortalecimiento del sistema público y los servicios de salud se alinearán con los procesos de reforma del sector que muchos de los países llevan a cabo, priorizando las siguientes actuaciones:</p> <p>a. Mejora de la calidad de los servicios básicos de salud, especialmente a nivel rural (gestión, asistencia, equidad, acceso por parte de la población vulnerable, etc.), apoyando la integración de niveles y programas en el marco de los distritos.</p> <p>b. Mejora del sistema de información sanitaria e integración progresiva de las TIC.</p>	<ul style="list-style-type: none"> En el marco de integración regional, la Cooperación Española en salud buscará reforzar el objetivo general del Proceso de Barcelona^a contribuyendo a la estabilidad y prosperidad en la zona y buscando la articulación de nuestras acciones bilaterales y las de la UE^b.

(Continúa)

^a Iniciada en 1995, la Asociación Euro-Mediterránea, también llamada Proceso de Barcelona, es el principal marco para las relaciones políticas, sociales y económicas, así como para el diálogo y la cooperación regional en el Mediterráneo. En la Declaración de Barcelona (adoptada en la Conferencia de 1995) se subraya "la importancia del sector salud para el desarrollo sostenible y la intención de promover la participación de la comunidad en las acciones para mejorar la salud", y se contempla un programa de trabajo para este sector. La última conferencia se celebró en noviembre de 2005. Ver: http://europa.eu.int/comm/external_relations/euromed/index.htm

^b El principal instrumento financiero de la UE para esta asociación EuroMediterránea es el Programa MEDA, entre cuyos sectores de cooperación, dentro del ámbito de desarrollo social y humano, se contempla y define el sector salud. Ver http://europa.eu.int/comm/external_relations/euromed/meda.htm, y para sus características e implementación en el ámbito de la cooperación, en concreto para el sector salud: http://europa.eu.int/comm/europeaid/projects/med/sectors/b4_en.htm#Health

(Continúa)

MAGREB, ORIENTE MEDIO Y PRÓXIMO	
Líneas y Actuaciones Prioritarias	Pautas para la Intervención
<p>c. Apoyo a la formación y promoción de recursos humanos sanitarios, reforzando la motivación, dedicación y capacitación del personal sanitario en el marco de una política común con los países socios.</p> <p>d. Apoyo en la búsqueda de la equidad y la sostenibilidad financiera.</p> <p>2. Lucha contra determinadas condiciones y problemas de salud.</p> <p>a. La salud de las mujeres debe ser una prioridad en esta área y las intervenciones irán encaminadas a la mejora de la salud y los derechos sexuales y reproductivos, teniendo muy presente el enfoque de género y salud y los aspectos socio-culturales. Las acciones promoverán:</p> <p>b. La salud infantil es otra de las grandes prioridades de la región y será necesario contribuir al fortalecimiento e integración de estos programas en los servicios básicos de salud con una adaptación regional¹⁵⁴. Además, la Oficina Regional de la OMS (EMRO) ha adaptado la Estrategia AIEPI a los países árabes que conforman esta zona^a, teniendo en cuenta la epidemiología local, recursos y sistemas de salud, terminología de las comunidades... La estrategia prioriza las siguientes acciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> i. Inmunización. ii. Control de enfermedades diarreicas. iii. Diagnóstico y tratamiento de las infecciones respiratorias agudas. iv. Malaria, VIH/SIDA y Tuberculosis. v. Manejo integrado de las enfermedades del niño, haciendo más énfasis en el desarrollo del niño, en la participación de la comunidad, en la prevención y en la evaluación continuada. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ La Cooperación Española debe apoyar e integrar sus acciones en la denominada “Iniciativa Basada en la Comunidad” promovida por la OMS, que integra la salud con otras dimensiones del desarrollo (social, económico, medioambiental), y se compone de cuatro Programas (Necesidades Sociales Básicas, Ciudades Saludables, Aldeas Saludables, y Mujer y Desarrollo). Esta iniciativa, al contemplar una dimensión medioambiental, permite, por ejemplo, la articulación intersectorial con el Programa Azahar de la AECID^{b,90}. ■ Las acciones en salud sexual y reproductiva deben articularse con iniciativas como el Proyecto Pan Árabe de Salud Familiar¹⁶⁵. Este Proyecto es ejecutado por la Liga Árabe, apoyado por la OMS, AGFUND, Federación Internacional de Planificación Familiar, Fondo de Desarrollo de la OPEP, Organización Islámica de Ciencias Médicas, ESCWA, UNICEF y FNUAP. ■ Dado que en la reciente agenda política del mundo islámico se le ha otorgado una especial relevancia a la situación de la infancia¹⁶⁶, (Primera Conferencia Ministerial Islámica sobre el Niño en 2005), se abren interesantes oportunidades para la Cooperación Española en esta área y la promoción de ciertos aspectos (protección, derechos, género, etc.) que influyen en la salud y el desarrollo infantil. Ello exige trabajar con actores y visiones que trascienden el sector salud, y deben regirse bajo las pautas estratégicas de alineamiento y apropiación. ■ En las actuaciones sobre el VIH/SIDA y coinfección VIH/TB, la Cooperación Española debe integrarse y apoyar las estrategias e iniciativas regionales de la OMS¹⁶⁷, así como los Planes Nacionales de los países socios.

(Continúa)

^a Por ejemplo, la Oficina regional de la OMS ha realizado una adaptación de la Guías de AIEPI por países, teniendo en cuenta la epidemiología local, recursos y sistema de salud, terminología de las comunidades, etc. Disponible en: <http://www.emro.who.int/cah/IMCI-Adaptation.htm#Section4>

^b Programa de Cooperación al desarrollo en materia de desarrollo sostenible, protección del medio ambiente y conservación de recursos naturales en el Mediterráneo. En Azahar participan, además del Ministerio de Asuntos Exteriores a través de la AECID, los Ministerios de Agricultura, Pesca y Alimentación, de Medio Ambiente, de Economía y de Ciencia y Tecnología y las Comunidades Autónomas de Cataluña, Asturias, Andalucía, Murcia, Valencia, Castilla La Mancha, Canarias, Navarra, Madrid y Baleares Ver: <http://www.programa-azahar.org/>



(Continúa)

MAGREB, ORIENTE MEDIO Y PRÓXIMO	
Líneas y Actuaciones Prioritarias	Pautas para la Intervención
<p>3. Lucha contra el VIH/SIDA y la Tuberculosis.</p> <p>a. Si bien la prevalencia del VIH/SIDA en los países priorizados de la región es baja, el número de casos va aumentando^a en un contexto de superación de cierta invisibilidad e inacción^{155,156}. Además, hay que tener en cuenta las situaciones locales, pues en Mauritania¹⁵⁷, por ejemplo, la prevalencia de VIH entre mujeres que asisten a la consulta prenatal, en dos de las áreas priorizadas por la Cooperación Española (Nuakchott y Nuadibú), son respectivamente de 0,3% y de 1% (mientras que a nivel nacional se estima en 0,6%) . Se requiere, por tanto, promover y apoyar actuaciones de sensibilización, educación y prevención, tanto a nivel político como de la sociedad civil, fortaleciendo los débiles sistemas de información para el VIH/SIDA y las ETS, en el marco de los programas y servicios de salud sexual y reproductiva y teniendo en cuenta el abordaje y peculiaridades socio-culturales.</p> <p>b La Tuberculosis es un problema importante de Salud Pública en 19 países árabes de la región: afecta a 240.000 personas y 53.000 mueren cada año. Por eso es necesario abordar el control de la enfermedad en ciertos países de la región que presentan altas tasas de incidencia y prevalencia¹⁵⁸ (existen tres con una alta tasa de incidencia -superior a 100/100.000): Irak (167), Mauritania (188) y Marruecos (114)- y donde existe un aumento de la tasa de coinfección con VIH/SIDA¹⁵⁹.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ En relación a los accidentes de tráfico, se debe apoyar iniciativas regionales, como la experiencia aportada por Jordania en este ámbito, declarado como país modelo en la 57^a Asamblea General de la OMS (en el 2004). ■ La singularidad de la situación y de las intervenciones en la Población Saharai y Territorios Palestinos plantean importantes desafíos de índole estratégica y operativa, en cuanto a la articulación de las acciones de ayuda humanitaria y de atención primaria de salud y las implicaciones que ello conlleva (organización, gestión, sostenibilidad, etc.), que deben ser tenidos en cuenta a la hora de la formulación y la implementación^{168,169,170,b}.

(Continúa)

^a Aunque la vigilancia del VIH sigue siendo deficiente en esta región, se dispone de información más exhaustiva en algunos países (incluidos Argelia y Marruecos). Los datos disponibles ponen de manifiesto una tendencia al alza de las infecciones por el VIH (especialmente en los grupos de menor edad) en países como Argelia y Marruecos. ONUSIDA. Situación de la Epidemia de Sida. Diciembre de 2005. <http://www.unaids.org/en/geographical+area/by+region/north+africa+and+the+middle+east.asp>

(Continúa)

MAGREB, ORIENTE MEDIO Y PRÓXIMO	
Líneas y Actuaciones Prioritarias	Pautas para la Intervención
<p>4. Mejora de prevención y manejo de cuestiones sanitarias en situaciones de conflicto.</p> <p>a Dada la singularidad de la situación de los Territorios Palestinos, las actuaciones combinarán estratégicamente actuaciones a corto y largo plazo que permitan dar respuesta a problemas prioritarios (como los sexuales y reproductivos o los derivados de la violencia, tanto general como la sexual), al mismo tiempo que se apoya a nivel descentralizado y en el marco de la APS, la construcción y desarrollo de un sistema sólido y equitativo y servicios públicos de salud (apoyo en recursos, asistencia técnica, formación RRHH, etc.)¹⁶⁰.</p> <p>b La Población Saharaui requiere priorizar, tanto el apoyo permanente a la red de servicios de salud para la realización de una estrategia de salud, como mejorar la eficacia de la ayuda. La situación nutricional de la población (que depende casi exclusivamente de la ayuda humanitaria y de las intermitencias en su aprovisionamiento), incide directamente en problemas de salud, con un índice de desnutrición que según ACNUR se mantiene en el 10%.</p> <p>5. Otras enfermedades prevalentes:</p> <p>a. Los accidentes de tráfico han sido priorizados por la OMS como un problema de salud pública, dada la carga de enfermedad, mortalidad, costos sanitarios e impacto socioeconómico^{161,162} que conllevan. En la región suponen la sexta causa de muerte y enfermedad</p> <p>b. Se deben formular actuaciones dirigidas al problema de la violencia, prioritariamente en sus formas de:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Violencia familiar(en todas sus formas y contextos, especialmente tanto de género como de maltrato y descuido infantil)^{163,164}. ■ Violencia por la guerra (en los casos de Palestina e Irak). 	<ul style="list-style-type: none"> ■ En los Territorios Palestinos las actuaciones se enmarcarán: <ul style="list-style-type: none"> • Dentro del proceso de construcción de la paz y de un futuro Estado Palestino y de su actual crisis económica¹⁷¹, teniendo en cuenta las evaluaciones y experiencias adquiridas al respecto desde los Acuerdos de Oslo¹⁷². • Dada la fragmentación de las actuaciones y la multiplicidad de actores internacionales y locales que proveen servicios de salud^a, así como los desafíos en formulaciones estratégicas y de planificación, la Cooperación Española, debe fortalecer y participar de manera prioritaria en los mecanismos y espacios de coordinación, como por ejemplo, el "Health Inforum"^b o el Ministerio de Asuntos de ONGD¹⁷³. • La Cooperación Española se alineará y apoyará los planes nacionales de desarrollo, como el elaborado por el Ministerio de Salud ("Plan de Desarrollo a Medio Plazo 2006-2008")¹⁷⁴, en el que se definen objetivos estratégicos, o el "Plan Nacional de Acción para el Niño Palestino"¹⁷⁵, elaborado en 1996 con la participación de varios Ministerios, ONGD y agencias internacionales.

^a Aparte de los actores internacionales, entre los que la UNRAW (Agencia de Naciones Unidas para la Ayuda a los Refugiados Palestinos, que comenzó a operar en 1950) juega un especial papel, en Palestina, existe un amplia variedad de proveedores de servicios de salud: el Ministerio de Salud, ONGD, los Servicios Médicos para la Policía y la seguridad General (MSP), así como un nutrido sector privado lucrativo. La importancia de las ONGD es notable pues este sector es responsable de 275 centros de atención primaria, es decir el 36,3 % de todos los centros APS.

^b El "Health Inforum" fue establecido en 2002 entre la OMS, la Cooperación Italiana y USAID, como recurso de información y mecanismo de coordinación sectorial. Ver: <http://www.healthinforum.org/>.



4.3.5. Europa Central y Oriental

- **Países de Atención Especial:** Bosnia y Herzegovina y Albania
- **Países Preferentes:** Países de renta media-baja candidatos a la adhesión a la EU y países que pudieran precisar ayuda puntual en el marco del Pacto de Estabilidad para el Sudeste de Europa.

4.3.5.1. Situación de la salud en la región

Europa Central y Oriental presenta los mejores indicadores de renta per cápita e Índice de Desarrollo Humano (puesto 66 sobre 177) de las regiones definidas hasta ahora, igualándose, en muchos casos, a países de la Unión Europea.

En cuanto a los indicadores de salud, la esperanza de vida en la región presenta una media de 72,5 años (en España es de 77 años para los varones y 83 para las mujeres), una mortalidad infantil de 19,8/1.000 nacidos vivos (en España es de 4/1000), y una mortalidad materna de 35,3/100.000 nacidos vivos (en España 5/100.000).

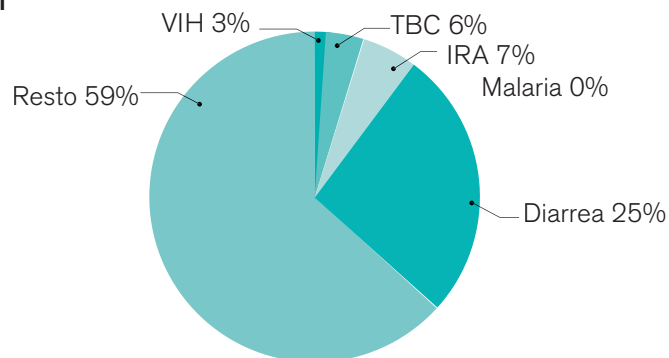
En cuanto a la carga de enfermedad, el 75% corresponde a enfermedades no transmisibles, y tan sólo un 14,5% y un 10,5% corresponden, respectivamente, a enfermedades del Grupo I (enfermedades infecciosas, condiciones maternas, perinatales y nutricionales) y del Grupo III (accidentes y lesiones).

El VIH/SIDA constituye una prioridad en muchos de los países de esta región, especialmente en Rusia y Ucrania^a, donde se concentran la mayor parte de las personas que viven con VIH, constituyendo un desafío en materia de prevención, tratamiento y atención. Aunque el patrón de contagio había sido vía intravenosa (en usuarios de drogas), actualmente la transmisión sexual va en aumento, y la abrumadora mayoría de las personas que viven con VIH/SIDA en esta región corresponde a jóvenes menores de 30 años (75%).

En cuanto a los sistemas de salud, los recursos humanos sanitarios presentan cifras de personal médico 19/10.000 habitantes o de personal de enfermería 32,5/10.000 habitantes (en España 30 y 70 respectivamente). Un 97% de los partos son atendidos por personal cualificado.

El gasto del PIB en el sector salud corresponde al 7,1% (7,7% en España), contando con un 1,5% de presupuesto en salud de ayuda externa. Del gasto sanitario total, el 60% proviene del sector público y el 40% del privado (en España estas cifras son el 71 y el 29% respectivamente).

Europa Central y Oriental



^aLa ONGD Médicos Sin Fronteras España ha priorizado esta región, y trabaja en Ucrania en un proyecto de prevención y tratamiento de VIH/SIDA.

4.3.5.2. Marco de intervención regional

Por todo lo expuesto, las intervenciones en el sector salud se restringirán a acciones muy concretas:

EUROPA CENTRAL Y ORIENTAL
Líneas y actuaciones prioritarias
<ol style="list-style-type: none">1. Apoyo a la capacitación de Recursos Humanos sanitarios.2. Apoyo a la integración de prioridades horizontales de la Cooperación Española en los marcos normativos y políticos de salud a nivel regional y nacional.3. Apoyo a los Sistemas de Salud Públicos, y en particular a los Sistemas de Seguridad Social, así como a su financiación equitativa y sostenible para facilitar su plena integración en la Unión Europea.4. Mejora de la calidad y acceso a los Servicios Básicos de Salud, atendiendo fundamentalmente al componente de Salud Materno-Infantil y salud Sexual y Reproductiva. (línea priorizada en el borrador PAE de Albania)

A large, stylized handprint graphic in a lighter shade of teal, positioned in the upper half of the page. The handprint is composed of several rounded, organic shapes representing fingers and the palm, set against a darker teal background.

5

Proceso de difusión y puesta en práctica de la Estrategia



5 Proceso de difusión y puesta en práctica de la Estrategia

Aparece cada vez más necesario y útil que la Cooperación Española disponga de una instancia de coordinación institucional a este fin; instancia que esta Estrategia considera como un elemento clave para que la acción de dicha cooperación en salud sea eficaz, integre y capitalice (al mismo tiempo que promueva) las iniciativas y experiencias del conjunto de actores, tanto los actualmente implicados como otros alejados de foros de coordinación, como la Industria Farmacéutica y de la sociedad española en general, y participe adecuadamente, y con el papel que le corresponde, en la escena y la agenda internacional para la lucha contra la pobreza y la mejora del desarrollo.

Por lo tanto, se propone la creación de una comisión de salud dentro del Consejo de Cooperación al Desarrollo. A su vez, esta comisión puede crear subcomisiones para el estudio y evaluación de los objetivos más importantes de la estrategia de Salud como el VIH/SIDA.

Tanto como a su diseño, la Estrategia concede una enorme importancia a su puesta en práctica, y la contempla no sólo desde el punto de vista que atañe a los actores directamente implicados en la financiación y en la ejecución de las acciones, sino que pretende galvanizar al conjunto de la sociedad española, así como ese amplio abanico de actores que en el ámbito internacional y en nuestros países priorizados, son claves para apoyar y enriquecer las acciones y contribuir así a sus logros. Así es necesario integrar los objetivos de la Estrategia de Salud en la opinión pública española, en su proyección, legitimación y armonización internacional, en el diálogo con y la integración en las poblaciones y países con los que se coopera. El término clave sería “apropiación”, que resume bien el espíritu y la letra de la Cooperación Española en esta nueva etapa.

Teniendo en cuenta estos ámbitos geográficos, un primer elemento a considerar es la difusión. En este sentido, y en primer término, esta Estrategia es un reflejo de la atención prestada a este aspecto, pues su presentación, formato, contenido, y estructura, ha pretendido, en la medida de lo posible, mantener un equilibrio entre:

- a. Un documento técnico con carácter operativo; b) un documento que contribuya a la visibilidad de la Cooperación Española; c) un instrumento que promueva la sensibilización y el conocimiento de la sociedad civil sobre la salud en la cooperación al desarrollo; d) un instrumento que facilite la relación con los medios de comunicación social.

CARACTERIZACIÓN DE LA DIFUSIÓN	
Soporte	Vías de Difusión (ejemplos)
Papel	<ul style="list-style-type: none"> ■ Folletos: díptico/tríptico ■ Publicidad: espacios publicitarios en revistas, boletines, etc., relevantes en el ámbito de la cooperación
Electrónico	<ul style="list-style-type: none"> ■ Páginas Web: inclusión de un espacio y links relevantes
Medios Audiovisuales	<ul style="list-style-type: none"> ■ Radio: entrevistas y noticias (de especial interés en países priorizados) ■ Videos/DVD: sobre estrategia y sus líneas, ejemplificadas con proyectos


Si crucial para la puesta en práctica de la Estrategia es la difusión, también lo es la educación y la sensibilización respecto a ella, que se puede llevar a cabo en diversos formatos, como eventos o la elaboración de artículos. En el primer caso, un evento a planificar es la realización de una Jornada, que puede contemplar la posibilidad de abordar el conjunto de las estrategias sectoriales o la específica de salud. Esta Jornada, en principio de ámbito nacional, puede y debe ir seguida de otros eventos de mayor o menor envergadura organizativa, en ámbitos autonómicos. Además de dar a conocer la Estrategia, esto permitirá, entre otras cosas, impulsar de manera cohesionada su implementación así como la formulación de estrategias propias en las CCAA, de acuerdo a sus planes directores. Unas Jornadas de inicio de puesta en práctica que, una vez que finalice este ciclo de planificación, debe repetirse como espacio evaluativo, de retroalimentación y aprendizaje. Eventos ambos que se deben completar, en cualquier caso, con espacios de participación más restringidos, con la realización de seminarios y/o talleres donde los actores claves de la cooperación profundicen en el conocimiento de la Estrategia y en su implementación práctica.

Al lado de ello, con una visión al mismo tiempo de difusión y sensibilización, se deben utilizar los espacios que brindan la prensa y las revistas, es decir, periódicos genéricos, boletines, revistas especializadas (en salud, así como en cooperación y del desarrollo), etc. Ellos brindan la oportunidad^a, por un lado, de que los responsables y/o técnicos de la cooperación oficial sean entrevistados, y por otro, de la inclusión de artículos al respecto. Este último aspecto es especialmente importante en el ámbito de revistas especializadas, editadas en España o en otros países; sin duda, ello exige un esfuerzo de sistematización y fundamentación, pero es necesario, si se quiere, como se pretende, que nuestra cooperación se mueva en ese espacio del conocimiento y la evidencia científica, y que además adquiera proyección y cartas de legitimidad en la escena internacional.

Un último elemento a tratar es la integración de la Estrategia en las instituciones que financian y ejecutan la cooperación en salud. Al lado de todos estos mecanismos de puesta en práctica, es absolutamente necesario establecer un marco a otro nivel: nos referimos, por ejemplo, a Acuerdos y Alianzas Estratégicas entre MAEC-SECI y los otros actores. A través de este marco, se puede desarrollar un verdadero trabajo en el que se integren los elementos que aparecen en este DES, a la hora de la formulación y diseño de las acciones, su planificación, la asignación de recursos, etc., con una visión dinámica y de proceso y adaptación continua de la Estrategia. La experimentación e innovación de este u otros modelos que faciliten la integración, es una condición necesaria para contribuir a ese objetivo buscado por todos los actores y explícitamente plasmado en el Plan Director^b, que es la mejora en la calidad de la ayuda.

^aIncluso en los medios no especializados, pues la salud internacional y la de los países pobres es un asunto hacia los cuales la sociedad española está cada vez más sensibilizada.

^bPlan Director (cap VIII)

A large, stylized graphic of a hand with five fingers, rendered in a light teal color against a darker teal background. The hand is positioned in the upper half of the page, with the palm facing left. The fingers are slightly spread, and the overall shape is soft and rounded.

6

Proceso de seguimiento y evaluación

6 Proceso de seguimiento y evaluación



El seguimiento y la evaluación de la política de cooperación para el desarrollo constituyen herramientas de análisis imprescindibles para suministrar información sobre el desempeño y resultados de las intervenciones de la Cooperación Española. Además, la evaluación es un instrumento de aprendizaje, que permite obtener lecciones de la experiencia y aportar insumos para una mejor planificación de intervenciones futuras.

Esto es particularmente importante en las intervenciones en el sector salud, en las que el seguimiento y la evaluación deben formar parte de un sistema integrado de reflexión y comunicación en apoyo de la ejecución de la estrategia sectorial.

El sistema de seguimiento y evaluación de la presente Estrategia se basará principalmente en 2 criterios relativos a los elementos que la justifican, su diseño y articulación.

Coherencia interna: definida como la adecuada articulación interna de la Estrategia, se valorará la correspondencia entre los problemas y las causas identificadas en el diagnóstico, y su relación con la definición, calidad y jerarquía de objetivos, líneas estratégicas y actuaciones propuestas.

Coherencia externa: Como instrumento de planificación, el objetivo de este documento es articularse con otras políticas y programas, especialmente en tres ámbitos de planificación diferentes: los niveles de planificación estratégica de la política española de cooperación –Plan Director y Estrategias Geográficas-, los principales consensos de la agenda internacional de desarrollo, con atención especial a los Objetivos del Desarrollo del Milenio y la Declaración de París, y las políticas nacionales y otras intervenciones ejecutadas en cada uno de los países receptores.

Para cumplir este objetivo, la Estrategia debe ser asumida y utilizada y, a su vez, los diferentes proyectos diseñados con base en la misma deben ser coherentes y tener objetivos medibles y evaluables mediante su impacto a través de la gestión por resultados.

Desde este punto de vista, se propone una evaluación de la Estrategia diferente de la evaluación del sector salud, pero vinculada, en líneas generales, a éste. Para ello proponemos la evaluación de la coherencia externa de la Estrategia de Salud en dos niveles:

- Nivel de apropiación. Las variables de evaluación deben recoger la medida en que los diferentes actores de la cooperación utilizan los criterios y pautas de la Estrategia para su propia planificación.
- Nivel de impacto. Coincidente con la evaluación general del sector salud, en la que las variables de evaluación deben recoger el grado de alcance de los objetivos, tanto generales como específicos, de la Estrategia de Salud.

A su vez, la evaluación de la coherencia externa debe realizarse, tanto para la cooperación bilateral como la multilateral o multilateral.

En cuanto a la cooperación bilateral, los Documentos de Estrategia Geográfica ya han recopilado indicadores de ambos tipos: tanto de apropiación como de impacto, por lo que es pertinente utilizarlos, en el marco de la Estrategia sectorial, convenientemente adaptados y actualizados a las necesidades de la Estrategia. Todo ello, facilitará la armonización del seguimiento de diferentes instrumentos estratégicos de la Cooperación Española en el territorio, y su agregación y comparación a escala global.

El seguimiento de la aplicación de los Documentos de Estrategia Sectorial (DES), se llevará a cabo cada vez que se realice una evaluación en el sistema de cooperación español. Estas evaluaciones verificarán la integración de las líneas estratégicas y actuaciones prioritarias en las intervenciones de la Cooperación Española.

La evaluación de la estrategia sectorial se realizará a nivel geográfico, analizando su aplicación en el marco de los países y regiones donde actúa la Cooperación Española, a través de un cruce con las estrategias geográficas (DEP o PAE) y midiendo el grado de implicación de los gestores para adoptar las directrices marcadas.

Esta evaluación debe permitir enjuiciar el grado de integración de las prioridades marcadas por la Estrategia en las actuaciones de cooperación en salud en los países, su grado de flexibilidad y capacidad de adaptación a la realidad, centrandose los esfuerzos en la valoración de la contribución a orientar los objetivos establecidos por la Estrategia de Salud, a nivel de cada país.

En el contexto multilateral, sin perjuicio de lo que establezca la estrategia correspondiente, la adecuación de la Estrategia se evaluará midiendo el grado de alineación entre las prioridades de la Estrategia y los fondos destinados a financiar los organismos multinacionales y fondos fiduciarios, así como los diferentes parternariados publico-privados en los que la Cooperación Española participe.



Notas



Notas

1 Ley 23/98 de 7 de julio, de Cooperación internacional para el desarrollo. Boletín oficial del estado nº 162, de 8 de julio de 1998.

2 **SECI** (2005). Plan Director de la Cooperación Española 2005-2008. Dirección General de Planificación y Evaluación de Políticas de Desarrollo (DGPOLDE).

3 **Sen A.** (1999). Health in development. Keynote address to the Fifty-second World Health Assembly(A52/DIV/9), Geneva, 18 May 1999.

4 **AECID** (2003). Estrategia Española de cooperación en salud.

5 **Zwi A., Yach D.** (2002). International health in the 21st century: trends and challenges. Social Science and Medicine 54: 1615-1620.

6 **Woodward D. et al.** (2002). La globalización y la salud: marco de análisis y acción. Boletín de la Organización Mundial de la Salud : recopilación de artículos 2002 ; 6 : 32-37

7 **Lee K.** (1999). The global dimensions of health. Background paper for the Global health a local issue , Seminar . The Nuffield Trust and Templeton College, Oxford University, London, 17 February 1999.

8 **OMS** (2000). Informe sobre la salud en el mundo 2000: Mejorar el Desempeño de los Sistemas de Salud.

9 **Evans T. et al., eds.** (2002). Desafío a la falta de equidad en la salud: de la ética a la acción. Organización Panamericana de la Salud, Washington.

10 **World Bank** (2006). World Development Report 2006: Equity and Development.

Disponible en: <http://www.worldbank.org/>

11 **Gwatkin D.R.** Health inequalities and health of the poor: What do we know? What can be done? Bulletin of the World Health Organisation 78: 3-18.

12 **Alan Guttmacher Institute** (2003).Salud sexual y reproductiva: una inversión que vale la pena. Alan Guttmacher Institute y FNUAP, NuevaYork y Washington.

Disponible en: <http://www.guttmacher.org/pubs/2004/08/09/pp0f52.pdf>

13 **OPS** (2003). Género, salud y desarrollo en las Américas 2003.

Disponible en:<http://www.paho.org/Spanish/DPM/GPP/GH/GenderBrochure.htm>

14 **CE** (2004). Estrategia Europea de Salud y Medioambiente 2004-2010. Comisión Europea.

Disponible en:

http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/environment/Pollution/health_environment_es.htm

15 **Baden S., Wach H.** (1998). Gender, HIV/AIDS transmission and impact: a review of issues and evidence. Briefing prepared for Swedish International development Cooperation Agency.

Disponible en: <http://www.sida.se/shared/jsp/download.jsp?f=GenderHIVTrans.pdf&a=3131>

16 **Segall M., Gryseels B., eds.** (2003). Essential Health Care for the Poor: Promoting Health Systems. International Journal of Health Planning and Management, 18 (Special Issue: Issue S1): S1-S106.

Travis P, Bennett S, A. Haines T. et al. (2004). Overcoming Health-Systems Constraints to Achieve the Millennium Development Goals. Lancet 364: 900-06.

17 **NUU** (2005). Invirtiendo en el desarrollo: Un plan práctico para conseguir los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe del Proyecto del Milenio, NNUU, Nueva York, 2005.

18 **OMS** (2000). Informe sobre la salud en el mundo 2000: Mejorar el desempeño de los Sistemas de Salud.

Disponible en: http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA53/sa4.pdf

19 Informe de 22 de noviembre de 1994: Estudio sobre la política española de Cooperación para el desarrollo.

BOCG - Senado - V Legislatura. Serie I - 28 de noviembre de 1994.

20 **Fernández Poyato A.** (1995). Evolución de la política española de cooperación. Revista Sistema nº 127-128: pág. 157-168.

21 **Rodríguez Gil A.** (2001) La cooperación Pública al Desarrollo y el caso Español. En: Nieto Pereira L. (coordinador). Cooperación para el desarrollo y ONG. Una visión crítica. Madrid: IUDC/La Catarata.

22 Ver número 26.

23 **Alonso J.A., dir.** (1999). Estrategia para la Cooperación Española. Madrid: MAEC/SECIPI, Oficina de Planificación y Evaluación.

24 **Perez de Armiño K., dir.** (2000). Diccionario de Acción Humanitaria y cooperación al Desarrollo. Madrid/Bilbao: Icaria Editorial/Hegoa.

25 **CONGDE** (2000). Homogeneización de criterios para la Cooperación Descentralizada.

Disponible en: www.congde.org/propuesta.htm

26 **González Parada J.R., coord.** (1998). Cooperación descentralizada ¿un nuevo modelo de relaciones norteamericano? Madrid: La catarata/IUDC.

27 **Tomás Carpi J. et al.** (1997). La cooperación descentralizada al desarrollo desde los gobiernos regionales y locales. Madrid: AECID.

28 **OCDE/CAD** (2000). Recent Trends in Official Development Assistance to Health .

Disponible en: www.ocde.org/dac

29 **Médicos Sin Fronteras, Medicus Mundi, Prosalus y Médicos Del Mundo** (2003) La salud en la cooperación al desarrollo y la acción humanitaria. Informe 2003.

30 **Intermón Oxfam.** La Realidad de la Ayuda. Una Evaluación Independiente de la Ayuda al Desarrollo Española e Internacional. Informe años 2000-2001, 2002-2003, 2004-2005, 2005-2006.

31 **Alonso J.A.** (2005). The Spanish Cooperation: A system involved in a changing process.

Disponible en: <http://www.ucm.es/info/icei/pdf/alonso.pdf>

32 **MAE/SECI.** Examen de la cooperación española 1999-2001: recomendaciones e informe de la secretaría del CAD.

Disponible en : <http://www.AECID.es/>

33 **MAE/SECI** (SGPEPD). Plan Director de la Cooperación Española 2005-2008. Ver Capítulo V: Multilateralismo activo, selectivo y estratégico.

34 **Médicos Sin Fronteras, Medicus Mundi, Prosalus y Médicos Del Mundo** (2003). La salud en la cooperación al desarrollo y la acción humanitaria. Informe 2003.

35 **Medicus Mundi, Prosalus y Médicos Del Mundo** La salud en la cooperación al desarrollo y la acción humanitaria. Informe 2005.

36 **Intermón Oxfam.** La Realidad de la Ayuda 2005-2006. Una Evaluación Independiente de la Ayuda al Desarrollo Española e Internacional.

37 **Médicos Sin Fronteras, Medicus Mundi, Prosalus y Médicos Del Mundo** (2003) La salud en la cooperación al desarrollo española. Informe 2003.

38 **UAM/Oficina Acción Solidaria** (2005). Las Estructuras Solidarias de las Universidades Españolas: Organización y Funcionamiento.

39 **Sebastián J.** (2000). Modalidades y Tendencias de la Cooperación Internacional de las Universidades. Revista Española de Desarrollo y Cooperación. Nº 5: 125 – 144.

40 **MAE/SECI** (DGPOLDE). Plan Director de la Cooperación Española 2005-2008.

- 41 **MAE/SECI** (DGPOLDE). Herramienta de Planificación Estrategias Sectoriales / Metodología HPES. Documento no publicado.
- 42 **Banco Mundial** (1995). Development in practice: Improving Women's Health in India.
- 43 **Bok S.** (2004). Rethinking the WHO Definition of Health. Harvard Center for Population and Development Studies. Working Paper Series, Volumen 14, Número 7.
- 44 **Piédrola GIL G.** (2000). Medicina Preventiva y Salud Pública. 10^a ed. Madrid: Masson.
- 45 **Terris M.** La revolución epidemiológica y la medicina social. México, Siglo XXI, 1980.
- 46 **Agencia Sueca de Cooperación al Desarrollo Internacional - SIDA** (1997). Handbook for Mainstreaming A Gender Perspective in the Health Sector . Health Division Document 1997:8.
- 47 **Antolin L, Mazarrasa L** (1997). Cooperación en salud desde la perspectiva de Género. Madrid: Instituto de Salud Carlos III (ISCIII), Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP), Federación de Planificación Familiar de España (FPFE)
- 48 **Health Canada - Canada-USA Women's Health Forum.** (1996) Gender as a Determinant of Health. Disponible en: <http://www.hc-sc.gc.ca/canusa/papers/canada/english/gender.htm>
- 49 **IDS** (2001). Gender and Health Equity Resource Guide. Institute of Development Studies, University of Sussex. Disponible en: <http://www.ids.ac.uk/bridge/Reports/Geneq.pdf>
- 50 **OMS** (2002). Gender Analysis in Health: A Review of Selected Tools. Geneva: World Health Organization. Disponible en: <http://www.who.int/gender/documents/en/Gender.analysis.pdf>
- 51 **Sen G., George A., Östlin P., eds.** (2002). Engendering International Health: The Challenge of Equity. Massachusetts: MIT Press.
- 52 **Rougemont A., Brunet-Jailly J., eds.** (1989). Planifier, gérer et évaluer la santé en pays tropicaux. Paris : Doin Editeur.
- 53 **McMichael A.J.** (2001). Human frontiers, environments and disease. Past patterns, uncertain futures. Cambridge: Cambridge University Press.
- 54 **Dahlgren G., Whitehead, M.** (1991). Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm: Institute for Future Studies.
- OCDE/OMS** (2003). Poverty and Health. DAC Guidelines and Reference Series. Paris: OCDE.
- 55 **Detels R., McEwen J., Beaglehole R., Tanaka H., eds.** (2002). Oxford Textbook of Public Health. Fourth Edition. Volumen 1 , Segunda Parte: Determinants of health and disease; 83-255 (en especial las páginas 83-87).
- 56 **Claeson M., Griffin C., Johnston T., et al** (2000). HNP Sourcebook for Poverty Reduction Strategy Paper. Health, Nutrition and Population, Washington DC: World Bank. Disponible en: <http://www.worldbank.org>
- 57 **Lerer L.B., Lopez A.D., Kjellström T., Yach D.** (1998). Health for all : analyzing health status and determinants . World health statistics quarterly, 51(1) : 7-20.
- 58 **Piédrola GIL G.** (2000). Medicina Preventiva y Salud Pública. 10^a ed. Madrid: Masson.
- 59 **Dujardin B.** (2003). Politiques de santé et attente des patients. Vers un nouveau dialogue. Paris: Khartala.
- 60 **Twaddle A.** (1996). Health System Reforms: Toward a Framework for International Comparisons. Social Science and Medicine, 1996; 43 (5): 637-645.
- 61 **Merson M. et al.** (2001). International Public Health, 2001 (Op cit).
- Pereira J.** (2001). Los conceptos de salud pública y salud pública internacional. ISCIII-ENS Documento no publicado.

- 62 **OMS** (2000). Informe sobre la salud en el mundo 2000: mejorar el desempeño de los sistemas de salud.
- 63 **Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas** (2005). Who's Got the Power? Transforming Health Systems for Women and Children. Task Force on Child Health and Maternal Health.
Disponibile en: http://www.unmillenniumproject.org/reports/tf_health.htm.
- Freedman L.P. et al. (2005). Transforming health systems to improve the lives of women and children. *Lancet* 365: 997–1000.
- Gilson L. (2003). Trust and the development of health care as a social institution. *Social Science and Medicine*, 56(7):1453-68.
- 64 **Woodward D., Drager N., Beaglehole R., Lipson D.** (2001). Globalization and health: a framework for analysis and action. *Bulletin of the World Health Organisation* 79: 875-881.
- 65 **Huynen M., Martens P., Hilderink H.** (2005). The health impacts of globalisation: a conceptual framework. *Globalization and Health*, 1:14.
Disponibile en: <http://www.globalizationandhealth.com/content/1/1/14>
- 66 **Lee K.** (1998). Globalización y Políticas sanitarias: marco conceptual y programas de investigación y políticas. En: Bambas A., Casas J.A., Drayton H.A., Valdés A., eds. *Salud y Desarrollo Humano en la Nueva Economía. Contribuciones y Perspectivas de la Sociedad Civil desde las Américas. Presentaciones y discusiones del Seminario/Taller.* Galveston, Texas. Washington DC: OPS, 26-28 de octubre, 1998.
- 67 **Lee K.** (1999). The global dimensions of health. Background paper for the Global health a local issue , Seminar . The Nuffield Trust and Templeton College, Oxford University, London, 17 February 1999.
- 68 **Merson M., Black R.B., Mills A., eds.** (2001). *International Public Health. Diseases, Programs, Systems and Policies.* Gaithersburg, Maryland: Aspen Publishers.
- 69 **OPS** (1992). *Salud internacional: un debate Norte-Sur.* Washington, D.C: Organización Panamericana de la Salud, Serie Desarrollo de Recursos Humanos nº 95.
- 70 **Basch P.F.** (1999). *Textbook of international health.* 2nd ed. New York: Oxford University Press.
- 71 **Merson M., Black R.B., Mills A., eds.** (2001). *International Public Health. Diseases, Programs, Systems and Policies.* Gaithersburg, Maryland: Aspen Publishers.
- 72 **Frenk J., Chacón F.** (1992). Bases Conceptuales para la Educación e Investigación en salud Internacional. En: OPS. *Salud internacional: un debate Norte-Sur.* Washington, D.C: Organización Panamericana de la Salud, Serie Desarrollo de Recursos Humanos nº 95.
- 73 **OMS, ed.** (1998). Health for all in the 21st century. *World Health Statistics Quarterly* 51(1):1-2.
- 74 **Banco Mundial** (2000) *World Development Report 2000-2001. Attacking poverty.* Washington, D.C.: World Bank.
- 75 **Iglesia M., Jaime P., Castillo M.** (2003). *Acabar con la pobreza . Un reto para la cooperación internacional.* Madrid: IPADE/IUDC.
- 76 **Kekki P.** (2003). Primary Health Care and the Millennium Development Goals: Issues for Discussion. Presentado en la Reunión Mundial sobre Futuras Direcciones Estratégicas para la APS, Madrid (España), 27-29 octubre de 2003.
Disponibile en: http://www.who.int/chronic_conditions/primary_health_care/en/mdgs_final.pdf.
- 77 **Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas** (2005). *Invirtiendo en el desarrollo: Un plan práctico para conseguir los Objetivos de Desarrollo del Milenio.* Nueva York: NNUU. Disponible en : http://www.unmillenniumproject.org/reports/fullreport_spanish.htm
- 78 **Freedman L.P., et al.** (2005) Transforming health systems to improve the lives of women and children. *Lancet* 365: 997–1000.



- 79 **OMS** (2005). Health and the Millennium Development Goals.
Disponible en: http://www.who.int/mdg/publications/mdg_report/en/index.html
- 80 **Secretariado de la OMS**. Health-related Millennium Development Goals: development of a strategy for strengthening health systems: report by the Secretariat. World Health Organization. Executive Board. Session (117th : 2006 : Geneva, Switzerland).
- 81 **PNUD** (2003). Informe sobre el Desarrollo Humano de 2003. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio: un pacto entre las naciones para eliminar la pobreza .Madrid: Ediciones Mundi Prensa par el PNUD. (ver págs 8-9 y 97-103).
Disponible en: <http://hdr.undp.org/reports/global/2003/espanol/>
- 82 **Travis P., et al.** (2004). Overcoming Health-Systems Constraints to Achieve the Millennium Development Goals. *The Lancet* 364 (9437): 900–906.
- 83 **Mahendradhata Y., et al.** (2003). Strong general health care systems: a prerequisite to reach global tuberculosis control targets. *International Journal of Health Planning and Management* 18 (Suppl 1): S53-65.
- 84 **Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas** (2005). Invirtiendo en el desarrollo: Un plan práctico para conseguir los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Nueva York: NNUU. Disponible en :http://www.unmillenniumproject.org/reports/fullreport_spanish.htm
- 85 **Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas** (2005). Who's Got the Power? Transforming Health Systems for Women and Children. Task Force on Child Health and Maternal Health.
Disponible en: http://www.unmillenniumproject.org/reports/tf_health.htm.
- 86 **Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas** (2005). Invirtiendo en el desarrollo. Op cit. (pág 93).
- 87 **Travis P., et al.** (2004), op. cit.
- 88 **Unger J.P., De Paepe P., Green A.** (2003). A code of best practice for disease control programmes to avoid damaging health care services in developing countries. *International Journal of Health Planning and Management* 18 Suppl 1:S27-39.
- 89 **Oliveira-Cruz V., Kurowski C., Mills A.** (2003). Delivery of priority health services: Searching for synergies within the vertical versus horizontal debate. *Journal of International Development* 15(1): 67–86.
- 90 **Oliveira-Cruz V., Kurowski C., Mills A.** (2003). Delivery of priority health services: Searching for synergies within the vertical versus horizontal debate. *Journal of International Development* 15(1): 67–86.
- 91 **Buve A., Kalibala S., McIntyre J.** (2003). Stronger health systems for more effective HIV/AIDS prevention and care. *International Journal of Health Planning and Management* 18 (Suppl 1):S41-51.
- 92 **Banco Mundial**. Sourcebook on emerging good practice in Managing for Development Results
- 93 **Moore M.** (1996). Public sector reform: downsizing, restructuring, improving performance. Discussion Paper No.7. Ginebra: OMS.
- 94 **Comisión Europea** (2005). EU Strategy for Action on the crisis in Human Resources for Health in Developing Countries 2005.
- 95 **OMS, UNFPA y ACNUR** (1999). Salud Reproductiva en población refugiada: un manual de trabajo inter-agencias.
- 96 **Diwan V., et al. eds.** (1998) Gender and Tuberculosis . An international research workshop. May 24-26, 1998. Göteborg: The Nordic School of Public Health.
- Uplekar M. et al. (1999) Gender and Tuberculosis Control: Towards a strategy for research and action. Draft strategy paper prepared for Communicable Disease Prevention, Control and Eradication. Ginebra: OMS
- 97 **Global Forum for Health Research** (2000). The 10/90 Report on Health Research 2000. Geneva: Global Forum for Health Research.

Disponible: <http://www.globalforumhealth.org/>

98 **Yach D., Kreisel W.** (1997). Think and Act Globally and Intersectorally to protect national health. Ginebra: OMS.

99 **Kreisel W., von Schirnding Y.** (1998). Intersectorial action for health: a cornerstone for health for all in the 21st century. *World Health Statistics Quarterly*; 51: 75-78

100 **Van Herten L.M., Reijneveld S.A., Gunning-Schepers L.J.** (2001). Rationalising chances of success intersectoral health policy making. *Journal of Epidemiology and Community Health* 55: 342-347.

101 **Sojo, D., et al.** (2005). Salud y Género. Guía práctica para profesionales de la cooperación.

102 **Programa VITA** (2005). Guía para Programas y Proyectos de Salud Sexual y Reproductiva en África. AECID.

103 **Foster M., Leavy J.** (2001). The choice of financial aid instruments. ODI Working Paper 158. London: Overseas Development Institute.

104 **AECID** (2001). Metodología de Gestión de Proyectos de la Cooperación Española. Madrid: AECID.

105 **CAD** (1995). Manual de Ayuda al Desarrollo. Principios del CAD para una Ayuda Eficaz. Madrid: OCDE/Mundi Prensa.

CAD/OCDE (2005). Glosario del Comité de Ayuda al Desarrollo. Disponible en:

http://www.oecd.org/glossary/0,2586,en_2649_33721_1965693_1_1_1_1,00.html

106 **Caines K.** (2005). Key evidence from major studies of selected Global Health Partnerships. A background paper for a meeting of the High-Level Forum on the Health MDGs' Working Group on Global Health Initiatives and Partnerships, 25-26 April 2005.

107 **Lavergne R., Alba A.** (2003). CIDA Primer on Program-Based Approaches. LENPA.

Disponible en: <http://www.aidharmonization.org/download/237602/RADDABAC.pdf>

108 **Cassels A.,** (1997). A guide to sector-wide approaches for health development: concepts, issues and working arrangements. Ginebra: World Health Organization.

Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/hq/1997/WHO_ARA_97.12.pdf

109 **Jané E., García A., Martínez J., Wilde D.** (2005). Qué son y cómo se emplean los enfoques sectoriales: una vía para la armonización de la ayuda oficial al desarrollo.

Disponible en: <http://www.hlspinstitute.org/files/project/23836/EnfoquesSectoriales.pdf>

110 **Grupo Interagencias para el Desarrollo de Enfoques Sectoriales del Sector Salud** (2002). Seminarios de orientación y formación del personal de las agencias: Enfoques sectoriales en salud en un entorno cambiante. Nicaragua, Bolivia & Honduras: 18 - 20 Marzo 2002, Managua. Manual del Seminario.

Disponible en: <http://www.hlspinstitute.org/files/project/14990/SWmanual-esp.pdf>

111 **Foster M., Macintosh-Walker S.** (2001). Sector wide programmes and poverty reduction. London: ODI, Working paper 157.

Disponible en: http://www.odi.org.uk/publications/working_papers/wp157.pdf

112 **Hutton G.** (2003). Decentralisation and the sector-wide approach in the health sector: issues paper. Basel: Swiss Tropical Institute; Swiss Agency for Development and Cooperation.

Land T., Hauck V. (2003). Building Coherence between sector reforms and decentralisation: do SWAps provide the missing link? ECDPM Discussion Paper No. 49. Maastricht : ECDPM.

113 **Theobald S., Tolhurst R., Elsey H.** (2002). Sector Wide Approaches: opportunities and challenges for gender equity in health. Papers presented at the Women's World Conference, Kampala, Uganda, 23-24 July 2002. Gender and Health Group, Liverpool School of Tropical Medicine, 2002 .

Disponible en: http://www.liv.ac.uk/lstm/research/documents/Resource_pack.pdf

Evers B., Juárez M. (2003). Understanding the links: globalization, health sector reform, gender and reproductive health. Ford Foundation.

Disponible en:

http://www.fordfound.org/publications/recent_articles/docs/globalization/evers_juarez.pdf

114 **Brown A.** (2001). Integrating vertical programmes into sector wide approaches: experiences and lessons. Londres: Institute for Health Sector Development.

Disponible en: <http://www.hlspinstitute.org/files/project/15380/Brownverticalprogs.pdf>

115 **Buse K., Walt G.** (2000). Alianzas mundiales entre los sectores público y privado Boletín de la Organización Mundial de la Salud. Recopilación de artículos N° 3: 184-197; 198-209.

116 **Buse K.** (2004). Global Health Partnerships: Mapping a shifting terrain. London: DFID Health Resource Centre.

Widdus R. et al. (2001). Towards better defining public-private partnerships for health. Geneva, Global Forum for Health Research.

117 **Caines K.** (2005). Key evidence from major studies of selected Global Health Partnerships A background paper for a meeting of the High-Level Forum on the Health MDGs' Working Group on Global Health Initiatives and Partnerships, 25-26 April 2005.

118 **OXFAM.** False hope or new start? The Global Fund to Fight HIV/AIDS, TB, and Malaria. Oxfam Briefing Paper 24.

Disponible en:

http://www.oxfam.org.uk/what_we_do/issues/health/downloads/bp24_globalfund.pdf

Radelet S. (2004). The Global Fund to Fight AIDS, TB, and Malaria: Progress, Potential, and Challenges for the Future, Center for Global Development.

Disponible en: <http://www.cgdev.org/>

119 **Working group on global health partnerships / High-Level Forum (HLF) on the Health Millennium Development Goals (MDGs)** (2005). Best Practice Principles for Global Health Partnerships Activities at Country Level. Background Paper. The third High-Level Forum on the Health MDGs, Paris (France), 14 y 15 Noviembre 2005.

Disponible en: <http://www.hlfhealthmdgs.org/Documents/GlobalHealthPartnerships.pdf>

120 **Forsberg B.C.** (2001). Global Health Initiatives and National Level Health Programs: Assuring Compatibility and Mutual Re-enforcement. CMH Working Paper Series WG 6 Paper 5. Disponible en: http://www.cmhealth.org/docs/wg6_paper5.pdf

121 **Lele U., Ridker R., Upadhyay J., Skolnik R.** (2005). Health System Capacities in Developing Countries and Global Health Initiatives: Background paper for the International Task Force on Global Public Goods .

122 **Caines K.** (2005). Key evidence from major studies of selected Global Health Partnerships A background paper for a meeting of the High-Level Forum on the Health MDGs' Working Group on Global Health Initiatives and Partnerships, 25-26 April 2005.

123 **OMS-AFR** (2003). Politique de Santé pour tous dans la Région africaine pour le 21ème siècle: Agenda 2020 (Resolución AFR/RC50/R1). Disponible en: <http://www.afro.who.int>

124 **NEPAD** (New Partnership for Africa's Development) (2003). Estrategia en Salud.

Disponible en: <http://www.nepad.org/2005/files/health.php>

125 **Global Health Workforce Alliance.** Informe estratégico de la Iniciativa de Aprendizaje Conjunto en Recursos Humanos para la Salud.

Disponible en: <http://www.globalhealthtrust.org/Report.html>.

126 **Foro de Alto Nivel sobre los ODM en Salud** (2004). Addressing Africa's Health Workforce Crisis: An Avenue for Action.

Disponible en: <http://www.hlfhealthmdgs.org/Documents/AfricasWorkforce-Final.pdf>

127 **OMS-AFRO/Banco Mundial** (2002). Building strategic partnerships in education and health in Africa. Consultative meeting on Improving collaboration between health professionals, governments and other stakeholders in human resources for health development. Workshop sponsored by AFRO and World Bank, Addis Ababa, February 2002.

Disponible en: <http://afro.who.int/hrd/index.html>.

128 **Tawfik L, Kinoti SN** (2003). The impact of HIV/AIDS on the health workforce in sub-Saharan Africa. Support for Analysis and Research in Africa Project (SARA). Washington, DC: USAID,

129 **De Renzio** (2005). Scaling up versus Absorptive Capacity: Challenges and Opportunities for Reaching the MDGs in Africa. ODI Briefing Paper, May 2005.

Disponible en: <http://www.odi.org.uk>

130 **Berry C.H. et al.** (2004). Approaches to Improving the Delivery of Social Services in Difficult Environments. PRDE Working Paper 3.

Disponible en: <http://www.dfid.gov.uk/>.

131 **Branchflower A. et al.** (2004). How Important Are Difficult Environments to Achieving the MDGs? PRDE Working Paper 2. UK Department for International Development.

Disponible en: <http://www.dfid.gov.uk/>.

132 **High-Level Forum on the Health MDGs**. Achieving the Health Millennium Development Goals in Fragile States. December 2004 - Abuja, Nigeria.

Disponible en: <http://www.hlfhealthmdgs.org/Documents/FragileStates.pdf>

133 **NEPAD**. Health strategy: initial programme of action.

Disponible en: <http://www.nepad.org/2005/files/documents/130.pdf>

134 **Unger J.P.** (2003). A code of best practice for disease control programmes to avoid damaging health care services in developing countries. *Int J Health Plann Mgmt*; 18: S27-S39.

Oliveira-Cruz V, et al. (2003). Delivery of priority health services: searching for synergies within the vertical versus horizontal debate. *Journal of International Development* 15: 67-86.

Mills A. (1983). Vertical vs. horizontal health programmes in Africa: idealism, pragmatism, resources and efficiency. *Social Science and Medicine* 17(24): 1971-1981.

135 **Van Lerberghe W.** (1993). Les politiques de santé africaines: continuités et ruptures. *Bulletin Séances de l'Académie Royale des Sciences d'Outre-Mer* 39: 205-230).

136 **Proyecto del Milenio** (2005). *Invirtiendo en el desarrollo: Un plan práctico para conseguir los Objetivos de Desarrollo del Milenio*. Nueva York: PNUD.

137 **ONUSIDA** (2005). Situación de la Epidemia de Sida. Diciembre de 2005.

138 **Simposio 2001: Violencia de Género, Salud y Derechos en las Américas**.

Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/hdp/hdw/symposium.htm>

139 **OPS** (1999). Número especial sobre la violencia. *Revista Panamericana de Salud Pública*. Abril-Mayo:1-372.

García Moreno C. (2000). *Violencia contra la mujer. Género y equidad en la salud*. Washington: OPS.



OMS (2003). Informe mundial sobre la violencia y la salud.

Disponible en: http://www.paho.org/Spanish/AM/PUB/Violencia_2003.htm

140 **UE** (2002). Informe estratégico regional sobre América Latina Programación 2002-2006. Disponible en: http://www.europa.eu.int/comm/external_relations/la/rsp/02_06_es.pdf

141 **OPS** (2004). Informe del Grupo de trabajo sobre ADPIC y Acceso a medicamentos. Managua, abril 2004.

Disponible en: http://www.paho.org/spanish/ad/th/s/ev/acceso_intelectual_inf_nicaragua.pdf

142 **OPS** (2006). Plan Regional de VIH/ETS para el Sector Salud 2006-2015 en las Américas Disponible en: http://www.paho.org/spanish/ad/fch/ai/HIV_Regional_Plan_2006-2015_SPANISH.pdf

143 **Comisión Económica para Asia y Pacífico** (2004). Health and Mortality in the Asian and the Pacific Region. Asian Population Studies Series No. 163, 2005.

Disponible en: <http://www.unescap.org/esid/psis/population/popseries/apss163/index.asp>

Comisión Económica para Asia y Pacífico (2003). Population and Development Selected Issues. Asian Population Studies Series No. 161

144 **OMS-WP** (2005). Sexual and Reproductive Health of Adolescents and Youths in Viet Nam. A review of literature and projects 1995-2002.

OMS-WP (2005). Sexual and Reproductive Health of Adolescents and Youths in the Philippines. A review of literature and projects 1995- 2003.

Disponibles en: http://www.wpro.who.int/health_topics/reproductive_health/publications.htm

145 **High Level Forum on the Health Millennium Development Goals in Asia and the Pacific**. Turning Promises into Progress: Attaining the Health MDGs in Asia & the Pacific. Background Paper on the High Level Forum on the Health MDG in Asia and the Pacific; Tokyo, 21 - 22 June 2005.

Disponible en: ftp://ftp.wpro.who.int/scratch/hin/MDG/Turning_Promises_into_Progress.pdf

146 **Monitoring the AIDS Pandemic Network** (MAP) (2004). AIDS in Asia: Face the facts—A comprehensive analysis of the AIDS epidemics in Asia. Ginebra.

Disponible en: <http://www.mapnetwork.org/reports.shtml>

147 **ESCAP/FNUAP** (2004). Implementing the ICPD Agenda: 10 Years into the Asia-Pacific Experience. A Status Report. Asian Population Studies Series No. 162

148 <http://www.asia-initiative.org/index.html>

149 <http://www.unescap.org/esid/psis/population/popin/popin.asp>

150 **OMS** (2005) “Respuesta a la amenaza de una pandemia de gripe aviar. Medidas estratégicas recomendadas”

Disponible en: http://www.who.int/csr/resources/publications/influenza/WHO_CDS_CSR_GIP_05_8-SP.pdf
Oficina Regional de Asia Suroriental (<http://w3.who.sea.org/EN/Section10/Section1027.htm>), Pacífico Occidental (http://www.wpro.who.int/health_topics/avian_influenza/overview.htm).

151 **FAO** (2005). <http://www.fao.org/ag/againfo/subjects/en/health/diseases-cards/27septrecomm.pdf>, http://www.fao.org/ag/againfo/resources/documents/empres/AI_globalstrategy.pdf

152 **UE**, http://europa.eu.int/comm/external_relations/asem/intro/

153 **ONUSIDA**, <http://www.unaids.org.vn/event/asem05.htm>

154 **OMS/EMRO** (2001). Overview of child health in Arab countries. Disponible en: <http://www.emro.who.int/cah/pdf/childhealth-arabcountries.pdf>

- 155 **ONUSIDA** (2004). UNAIDS at Country Level Progress Report. Capítulo 3 (Norte de África y Oriente Medio) Disponible en: http://www.unaids.org/html/pub/publications/irc-pub06/jc1048-countrylevel_en_pdf.htm
- 156 **Jenkins C et Robalino D** (2003). HIV/AIDS in the Middle East and North Africa: The cost of Inaction. Washington: Banco Mundial.
- 157 **ONUSIDA** (2004). Mauritania : epidemiological fact sheets on HIV/AIDS and sexually transmitted infections. Disponible en: http://www.unaids.org/html/pub/publications/fact-sheets01/mauritania_en_pdf.htm
- 158 **OMS**, (2005). Global tuberculosis control: Surveillance, planning financing. WHO report 2005. Geneva: World Health Organization.
- 159 **Gillini L, Seita A** (2002). Tuberculosis and HIV in the Eastern Mediterranean Region. Eastern Mediterranean Health Journal 8(6): 699–705
- 160 **Ministerio Palestino de Salud** (2005). Health Status in Palestina. Annual Report 2004. . Disponible en: <http://www.moh.gov.ps/index.asp?deptid=5&pranchid=59&action=details&serial=727>
- 161 **OMS/Banco Mundial** (2004). Informe mundial sobre prevención de los traumatismos causados por el tránsito. Ginebra: OMS. Disponible en: https://www.who.int/world-health-day/2004/infomaterials/world_report/es/index.html
- 162 **Nantulya, VM and Reich, MR**, (2003). Equity dimensions of road traffic injuries in low- and middle-income countries. Injury Control and Safety Promotion 10 (1–2) : 13–20.
- 163 **Heise, Lori, Mary Ellsberg, and Megan Gottemoeller**. 1998. Ending violence among women. Population Reports, Series L, No. 11. Baltimore: Population Information Program, John Hopkins University School of Public Health.
- 164 **International Clinical Epidemiology Network (INCLEN)**, 2000. WorldSAFE and IndiaSAFE: Studying the prevalence of family violence. INCLEN Monograph Series on Critical International Health Issues, Monograph 9. Philadelphia: INCLEN
- 165 http://www.papfam.org/arab_league/default.htm
- 166 **OIC** (2005). Declaración de Rabat sobre Cuestiones del Niño en los Estados Miembros de la Organización de la Conferencia Islámica. Primera Conferencia Ministerial Islámica sobre el Niño (Rabat, 7-9 de noviembre de 2005). Disponible en: <http://www.oic-oci.org/press/english/old/November%202005/chiled-conf.htm>
- UNICEF/ OIC/ ISESCO (2005). Investing in children of the Islamic world. New York: UNICEF. Disponible en: HTTP://WWW.UNICEF.ORG/PUBLICATIONS/FILES/INVESTING_CHILDREN_ISLAMIC_WORLD_FULL_E.PDF
- 167 **OMS/EMRO** (2005). Strengthening health sector response to HIV/AIDS and sexually transmitted infections in the WHO Eastern Mediterranean Region (2006–2010). Disponible en: http://www.emro.who.int/asd/pdf/Strategy_HIV-AIDS_06-10.pdf;
- OMS/EMRO (2005). An HIV/TB strategy for the Eastern Mediterranean Region: 2006-2010. Disponible en: http://www.emro.who.int/asd/pdf/Strategy_HIV-TB_06-10.pdf
- 168 **Grodos D** (1988). De l'aide d'urgence aux soins de santé primaires. Difficultés, pièges, enjeux. Médecine Tropicale 48(1):53-63
- 169 **Van Damme WI, Van Lerberghe WI, Boelaert M**. (2002). Primary health care vs. emergency medical assistance: a conceptual framework. Health Policy and Planning 17(1):49-60.
- 170 **Dick B, Simmonds S**. (1985). Primary health care with refugees: between the idea and the reality. Tropical Doctor 15(1):2-7.
- 171 **Palestinian Central Bureau of Statistics/World Bank** (2004). Poverty in the West Bank and Gaza After Three Years of Economic Crisis. Disponible en: [http://Inweb18.worldbank.org/mna/mena.nsf/Attachments/Poverty+Report/\\$File/Poverty+Eng+final.pdf](http://Inweb18.worldbank.org/mna/mena.nsf/Attachments/Poverty+Report/$File/Poverty+Eng+final.pdf)



172 Giacaman R, Abdul-Rahim HF, Wick L. (2003) Health sector reform in the Occupied Palestinian Territories (OPT): targeting the forest or the trees? Health Policy and Planning 18(1):59-67.

173 "Ministerio de Asuntos de ONG". Ver: <http://www.mongoa.gov.ps/English/home.htm>

174 <http://www.moh.gov.ps/index.asp?deptid=8&pranchid=61&action=details&serial=843>
<http://www.npasec.gov.ps/about.htm>

175 <http://www.npasec.gov.ps/about.htm>



Acrónimos



Acrónimos

ACNUDH	Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos
ADPIC	Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio
AMM	Asociación Médica Mundial
AOD	Ayuda Oficial al Desarrollo
APS	Atención Primaria de Salud
ARV	Antirretrovirales
ASEAN	Asociación de Naciones del Sudeste Asiático
AT	Asistencia Técnica
BM	Banco Mundial
CAD	Comité de Ayuda al Desarrollo de la OCDE
CCAA	Comunidades Autónomas
CE	Comisión Europea
CEDAW	Comité para la Eliminación de la Violencia contra la Mujer
CIPD	Conferencia Internacional Población y Desarrollo
CIOMS	Consejo Internacional de Organizaciones de Ciencias Médicas
CONGDE	Coordinadora de ONGD para el Desarrollo
CSP	Country Strategy Papers (Documentos de Estrategia País en el ámbito internacional, como en la UE)
DDHH	Derechos Humanos
DES	Documento de Estrategia Sectorial
DEP	Documentos de Estrategia País
DGPOLDE	Dirección General de Planificación y Evaluación de Políticas para el Desarrollo
EELL	Entidades Locales
EPS	Educación para la Salud
FAD	Fondo de Ayuda al Desarrollo
FAO	Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación
FIPF	Federación Internacional de Planificación Familiar
FNUAP	Fondo de Población de las Naciones Unidas
GFATM	Fondo Global de lucha contra el VIH/SIDA, la Malaria y la Tuberculosis
IEC	Información, Educación y Comunicación
LCID	Ley de Cooperación Internacional para el Desarrollo
LGS	Ley General de Sanidad

MAEC	Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación
MCA	Medicina Complementaria y Alternativa
MSC	Ministerio de Sanidad y Consumo
MT	Medicina Tradicional
NEPAD	New Partnership for Africa's Development (Nueva Asociación para el Desarrollo de África)
NNUU	Naciones Unidas
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos.
ODM	Objetivos Desarrollo del Milenio
OEA	Organización de Estados Americanos
OOII	Organismos Internacionales
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OMC	Organización Mundial del Comercio
OMS	Organización Mundial de la salud
ONGD	Organización No Gubernamental
ONGD	Organización No Gubernamental para el Desarrollo
ONU	Organización de las Naciones Unidas
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA
OPS	Organización Panamericana de Salud
OTC	Oficina Técnica de Cooperación (AECID)
OUA	Organización de la Unidad Africana
PACI	Plan Anual de Cooperación Internacional
Plan Director	Plan Director de la Cooperación Española
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
PNUMA	Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente.
PMA	Programa Mundial de Alimentos; Países Menos Adelantados
RRHH	Recursos Humanos
SECI	Secretaría de Estado de Cooperación Internacional
SSR	Salud Sexual y Reproductiva
SWAP	Sectorial Wide Approach (Enfoque Sectorial)
TB	Tuberculosis
TIC	Tecnologías de la Información y Comunicación
UA	Unión Africana

UE	Unión Europea
UNEP	Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente
UNESCO	Agencia de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura
UNIFEM	Fondo de las Naciones Unidas para la Mujer
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional



Glosario de conceptos

Agua y saneamiento: El acceso al agua potable y al saneamiento adecuado son los recursos más importantes de la salud pública para prevenir las enfermedades infecciosas y proteger la salud de las personas, además de ser esenciales para el desarrollo^a.

Advocacy: Término inglés derivado de *advocate* cuya traducción es algo imprecisa por lo que suele incluirse en textos en español sin traducir. Sin embargo su significado aproximado es de “apoyo activo”.

Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI): es una estrategia elaborada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), que fue presentada en 1996 como la principal estrategia para mejorar la salud en la niñez. Enfoca la atención de los menores de cinco años en su estado de salud más que en las enfermedades que ocasionalmente pueden afectarlos. De este modo, reduce las oportunidades perdidas de detección precoz y tratamiento de enfermedades que pueden pasar inadvertidas para los padres y para el personal de salud, con el consiguiente riesgo de agravarse y de presentar complicaciones. La AIEPI incorpora, además, un fuerte contenido preventivo y de promoción de la salud como parte de la atención. Así contribuye, entre otros beneficios, a aumentar la cobertura de vacunación y a mejorar el conocimiento y las prácticas de cuidado y atención de los menores de cinco años en el hogar, para contribuir a un crecimiento y desarrollo saludables.

La implementación de la AIEPI contempla la participación, tanto de los servicios de salud como de la comunidad y la familia, y se lleva a cabo por medio de tres componentes. El primero está dirigido a mejorar el desempeño del personal de salud para la prevención de enfermedades en la niñez, y para su tratamiento. El segundo se dirige a mejorar la organización y funcionamiento de los servicios de salud para que brinden atención de calidad apropiada. El tercer componente está dirigido a mejorar las prácticas familiares y comunitarias de cuidado y atención de la niñez.

Alineamiento: Los donantes deben basar su apoyo en las estrategias, instituciones y procedimientos nacionales de desarrollo de los países socios. Cuando no es viable el uso de sistemas nacionales, los donantes deben establecer medidas para reforzar esta capacidad y estos sistemas, en vez de socavarlos, sustituirlos o puentearlos. Asimismo, la capacidad para planificar, administrar, implementar y justificar los resultados de las políticas y los programas son puntos críticos para alcanzar los objetivos de desarrollo. Los países socios deben incluir objetivos específicos de desarrollo de capacidades dentro de sus estrategias de desarrollo nacionales, y los donantes deben apoyarlos.

Apropiación: Los países socios deben ejercer una autoridad efectiva sobre sus políticas de desarrollo y estrategias, además de coordinar acciones de desarrollo y la ayuda internacional a su país. Los países en desarrollo deben ostentar el liderazgo para lograr esta apropiación, y hacerlo a través de un proceso consultivo que implique una participación de base amplia. Los países donantes deben respetar este liderazgo y ayudarles a reforzar su capacidad para ejercerlo.

Armonización: Las acciones de los donantes deben ser más armonizadas, transparentes y colectivamente eficaces. Los donantes deben implementar disposiciones comunes y simplificar procedimientos, reduciendo el número de misiones de campo y de análisis de diagnóstico, duplicadas y separadas, promoviendo el adiestramiento conjunto para compartir las lecciones aprendidas y construir una comunidad de prácticas.

Atención Primaria de Salud: Cuidados primarios de salud que se basan en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puestos al alcance de los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación, y a un coste que la comunidad y el país pueda soportar en cada una de las etapas de su desarrollo, con espíritu de auto responsabilidad y autodeterminación. Los cuidados primarios forman parte integral y central del sistema de salud y constituyen el primer nivel de contacto entre los individuos, familias y comunidades con los sistemas nacionales de salud. Es el primer elemento de un proceso continuado de cuidados de salud.

^aKarlos Pérez de Armiño (dir.). Diccionario de Acción Humanitaria y Cooperación al Desarrollo. Icaria editorial/Hegoa, Barcelona, 2000 <http://dicc.hegoa.efaber.net1>

Calidad: Es la propiedad o conjunto de propiedades inherentes a algo que permiten juzgar su valor. En salud, la calidad tiene que ver con la adecuación de las actuaciones a la evidencia científica, pero también al contexto cultural y socioeconómico, la aceptabilidad social y la satisfacción de los usuarios de los servicios.

Capacidades: Opciones que una persona puede elegir de cara a realizar acciones o alcanzar estados de existencia con los que conseguir el bienestar o afrontar un desastre. El desarrollo consiste en un proceso de aumento de las capacidades de las personas y de consiguiente reducción de su vulnerabilidad^a.

Carga de enfermedad: Es un indicador que mide las pérdidas de salud ocasionadas por las consecuencias mortales y no mortales de las enfermedades y lesiones en una población. La carga atribuible a una enfermedad concreta dependerá, por un lado, de su frecuencia (incidencia, prevalencia y mortalidad) y, por otro, de la valoración de sus consecuencias mortales (pérdida de años de vida) y no mortales (pérdidas funcionales y de bienestar).

Categorización de enfermedades: Las enfermedades, desde el punto de vista de la salud pública, se clasifican siguiendo una estructura arbórea, dentro de la cual el primer nivel de desagregación corresponde a tres grupos de enfermedades: Grupo I: Transmisibles, maternas, perinatales y nutricionales; Grupo II: Enfermedades no transmisibles; Grupo III: Accidentes y lesiones.

Cooperación bilateral/multilateral: La cooperación bilateral es aquella en la que los gobiernos donantes canalizan sus fondos de cooperación al desarrollo directamente hacia los receptores, sean éstos los gobiernos de los países receptores u otras organizaciones. La cooperación multilateral es aquella en la que los gobiernos remiten dichos fondos a las organizaciones multilaterales para que éstas los utilicen en la financiación de sus propias actividades, de modo que la gestión queda en manos de las instituciones públicas internacionales, y no de los gobiernos donantes^a.

Cooperación Descentralizada: En un sentido estricto, consiste en la cooperación realizada por las administraciones subestatales (gobiernos autónomos, diputaciones, ayuntamientos). En un sentido amplio, se trata de un nuevo enfoque de la cooperación caracterizado por la descentralización de iniciativas y de la relación con el Sur, por la incorporación de una amplia gama de nuevos actores de la sociedad civil, y por una mayor participación de los actores de los países del Tercer Mundo en su propio desarrollo^a.

Control (de la enfermedad)^b: La reducción de la incidencia, prevalencia, morbilidad y mortalidad de una enfermedad hasta niveles aceptables a nivel local, precisando de medidas continuadas de intervención para mantener dicha reducción (ejemplo, enfermedades diarreicas).

Demografía: Disciplina que estudia tanto la estructura como la dinámica de la población, en relación con los medios de subsistencia, los recursos medioambientales y el desarrollo. El estudio de la población requiere dos tipos de análisis. En primer lugar, el de la estructura demográfica, que consiste en una fotografía de las características de una población en un momento dado, y que estudia variables como: el tamaño de la población, su distribución espacial y su composición rural o urbana; su composición por edades y género; la actividad económica por sectores, género y edad; la composición por clases sociales, etc. En segundo lugar, el análisis de la dinámica demográfica, esto es, de los movimientos de la población a través de variables como la natalidad, la mortalidad y las migraciones. Todos estos factores están estrechamente interrelacionados entre sí. A su vez, presentan diversas relaciones causa-efecto con los procesos de desarrollo social y económico^a.

Derechos Sexuales y Reproductivos: Por un lado los derechos sexuales hacen referencia a los derechos de las mujeres y los hombres a tener control respecto de su sexualidad, a decidir libre y responsablemente sin verse sujetos a la coerción, la discriminación y la violencia; derecho al placer físico y emocional, a la libre orientación sexual y a la información sobre la sexualidad y servicios sanitarios. Todo ello en condiciones de igualdad, pleno consentimiento y respeto mutuo, compartiendo responsabilidades en las relaciones sexuales y sus consecuencias.

^aKarlos Pérez de Armiño (dir.). Diccionario de Acción Humanitaria y Cooperación al Desarrollo. Icaria editorial/Hegoa, Barcelona, 2000 <http://dicc.hegoa.efaber.net1>

^bCenters for Disease Control and Prevention-CDC (1999). Global disease elimination and eradication as public health strategies. Morbidity and Mortality Weekly Report 48(Suppl): 1-216, pag.24. Disponible en: <http://iier.isciii.es/mmwr/pdf/other/mm48SU01.pdf>



En segundo lugar, derechos reproductivos hacen referencia al derecho de todas las parejas e individuos a decidir de manera libre y responsable el número y espaciamiento de sus hijos y a disponer de la información, la educación y los medios para ello, el derecho a tomar decisiones sobre la reproducción, libre de discriminación, coerción y violencia, al acceso a servicios de atención primaria de calidad y a contar con medidas de protección a la maternidad.

Así definieron los derechos sexuales y reproductivos de las personas, tanto la Conferencia sobre Población y Desarrollo (El Cairo, 1994) como la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995)^a.

Desarrollo humano sostenible: Desarrollo humano que es capaz de *“satisfacer las necesidades presentes sin tener que comprometer las posibilidades de las generaciones futuras para satisfacer sus propias necesidades”^b*.

Desarrollo humano: Proceso de ampliación de oportunidades, capacidades y libertades de las personas. Sitúa a la persona en el centro de las actividades de desarrollo. Supone el compromiso de la comunidad internacional de promover el desarrollo social en todo el mundo para que todos los hombres y mujeres, particularmente los que viven en la pobreza, puedan ejercer sus derechos, utilizar los recursos y compartir las responsabilidades que les permitan llevar vidas satisfactorias y contribuir al bienestar de sus familias, de sus comunidades y de la humanidad.

Determinantes de la salud: Son las causas, condiciones o circunstancias que condicionan el estado de salud de los individuos o poblaciones. Son factores que provocan un resultado, y existen factores contribuyentes e interacciones entre factores causales, además de la retroalimentación de un efecto en su causa inicial.

Educación entre iguales: Se basa en un modelo horizontal de comunicación, diferente del clásico modelo jerárquico o vertical, que enfatiza la necesidad de implicar a las comunidades en todo el proceso educativo. Su finalidad es la transmisión de la información a un grupo determinado a través de personas de un mismo sexo, edad, condición socio-económica y características culturales.

Educación para la Salud: Es la estrategia principal para conseguir que la población cuente con formación e información y desarrolle su capacidad de control y toma de decisiones sobre su salud, de modo comunitario e individual. Se trata de, a través de un proceso continuado, informar a las personas sobre cómo mantener su salud y motivarles para hacerlo, promoviendo fundamentalmente cambios ambientales y de estilo de vida.

Eficacia: Capacidad de lograr el efecto que se desea o espera.

Efectividad: Es la eficacia de una actuación en un contexto concreto que determina las condiciones reales que pueden introducir cambios en los resultados esperados de esa actuación en condiciones ideales.

Eficiencia: Capacidad de lograr los efectos esperados con el menor consumo posible de recursos o, lo que es lo mismo, capacidad de rentabilizar los recursos disponibles para lograr el mayor impacto y mejora sobre la salud.

Eliminación (de una enfermedad)^c: Eliminación de la incidencia de una determinada enfermedad en un área geográfica específica, como consecuencia de esfuerzos deliberados, pero se precisan medidas continuadas de intervención para mantener la situación (ejemplo, tétanos neonatal).

^aGuía para Programas y Proyectos de Salud Sexual y Reproductiva en África, AECIDD (Programa VITA), 2005.

^bInforme Brundtland de la Comisión Mundial sobre el Medio Ambiente y Desarrollo (1987)

^cCenters for Disease Control and Prevention-CDC (1999). Global disease elimination and eradication as public health strategies. Morbidity and Mortality Weekly Report 48(Suppl): 1-216, pag.24. Disponible en: <http://iier.isciii.es/mmwr/pdf/other/mm48SU01.pdf>

Eliminación (de una infección)^a: Eliminación de la incidencia de una determinada enfermedad causada por un agente patógeno específico en un área geográfica específica, como consecuencia de esfuerzos deliberados, requiriéndose medidas continuadas para prevenir el reestablecimiento de la transmisión (ejemplos, sarampión y poliomielitis).

Empoderamiento (o fortalecimiento): Proceso estratégico para superar la discriminación, vulnerabilidad, exclusión y/o falta de capacidad de las personas, los colectivos o las instituciones para participar en la toma de decisiones políticas, económicas y de cualquier otro tipo que afectan a su desarrollo. Guarda una estrecha relación con la satisfacción de las necesidades materiales y sociales básicas, y con las libertades, la participación y la expansión del conocimiento. En el sector salud, se trata de lograr el empoderamiento, tanto de las personas y las organizaciones de la sociedad civil e instituciones privadas, como de las administraciones públicas. Por empoderamiento de las mujeres se entiende un proceso mediante el cual las mujeres, individual y colectivamente, toman conciencia de las relaciones de poder que operan en sus vidas, y ganan la autoconfianza y la fuerza necesarias para cambiar las desigualdades de género en el hogar, la comunidad y en los niveles nacional, regional e internacional.

Enfermedades Olvidadas: Son aquellas que tienen una gran carga de morbilidad y mortalidad a nivel mundial, por inaccesibilidad de las poblaciones más afectadas a tratamientos seguros y a medidas de prevención y control adecuadas. Ejemplos de enfermedades son: Leishmaniasis, tripanosomiasis africana, enfermedad de Chagas, Dengue, Fiebres hemorrágicas, Lepra y Úlcera de Buruli, Parasitosis Intestinales, etc.

Epidemiología: Es el estudio de la distribución de los determinantes de salud y enfermedad en la población humana, a fin de asegurar una racional planificación de los servicios de salud, la vigilancia de la enfermedad y la ejecución de los programas de prevención y control.

Equidad: Supone brindar a las personas un acceso a los derechos en igualdad de condiciones, en base a la justicia distributiva, es decir, en función de sus necesidades -y dificultades- y de sus capacidades. En salud, lograr la equidad implica establecer mecanismos redistributivos que permitan los subsidios cruzados de aquellas personas con mayores capacidades socioeconómicas para acceder a la salud, hacia aquellas con menos -que pueden tener mayores dificultades para alcanzar su potencial de salud-. Asimismo, las personas sanas subsidian a aquellas que enferman y que, por tanto, presentan mayores necesidades.

Equidad de género: Entendida como la existencia formal y real de los mismos derechos, libertades, oportunidades, alternativas y responsabilidades para todos los hombres y las mujeres en todos los grupos de edad.

Erradicación^a: Reducción permanente de la incidencia mundial de una infección causada por un agente específico hasta cero, como resultado de esfuerzos deliberados, obviando la necesidad de medidas de control posteriores (por ejemplo, la viruela).

Extinción^a: El agente infeccioso específico causante de una enfermedad ya no existe en la naturaleza ni en el laboratorio (no existen ejemplos).

Globalización: Término popularizado por Theodore Levitt en *The Globalization of Markets* para describir las transformaciones que venía sufriendo la economía internacional desde mediados de la década de los 60; actualmente hace referencia a un conjunto amplio de efectos relacionados con el movimiento de bienes y servicios a través del mundo y producido por la liberalización del comercio, así como a los efectos producidos por las migraciones. En último término, es un proceso fundamentalmente económico que tiende a la integración de las distintas economías nacionales en un único mercado capitalista mundial, en el que sobresale la desregulación del comercio y del flujo de capital.

^aCenters for Disease Control and Prevention-CDC (1999). Global disease elimination and eradication as public health strategies. Morbidity and Mortality Weekly Report 48(Suppl): 1-216, pag.24 . Disponible en: <http://iier.isciii.es/mmwr/pdf/other/mm48SU01.pdf>



Gobernabilidad: Forma de ejercicio del poder en un país caracterizada por rasgos como la eficiencia, la transparencia, la rendición de cuentas, la participación de la sociedad civil y el estado de derecho, que revela la determinación del gobierno de utilizar los recursos disponibles a favor del desarrollo económico y social^a.

Igualdad, principio de: Principio ilustrado y derecho universal e inalienable de todas las personas, sin distinción de ningún tipo, que favorece, en su ejercicio, la consecución del bienestar material y el desarrollo humano integral en condiciones de libertad, dignidad, seguridad económica y acceso a las mismas oportunidades, en todos los espacios de participación y desarrollo.

Incidencia: Refleja el número de nuevos casos de una enfermedad en un periodo de tiempo determinado. Es un índice dinámico que requiere seguimiento en el tiempo, de la población de interés.

Inequidad de Género en Salud: Ser “hombre” o “mujer” tiene un gran efecto sobre la salud individual y el bienestar. La combinación del sexo biológico y la división por género de las vidas sociales, culturales y económicas, pone a los individuos bajo diferentes riesgos que les llevan a desarrollar determinados problemas de salud, y a estar protegidos de otros. Aún más, estos problemas de salud tienen efectos diferentes sobre los individuos que las padecen, influenciados de nuevo por los roles de género y el sexo biológico. Los hombres y las mujeres responden de manera diferente a la enfermedad y al tratamiento, de ahí el diferente curso “natural” de las enfermedades en hombres y mujeres. Incluso la sociedad responde de manera diferente ante mujeres u hombres enfermos, llegando los proveedores de salud a tratar a ambos grupos de manera distinta. Todo ello acaba redundando en un acceso diferenciado a los cuidados de salud por parte de las mujeres y los hombres, estando las primeras en clara desventaja ante los segundos.

Interculturalidad: El reconocimiento a la diversidad cultural es una parte fundamental del desarrollo humano; es un imperativo ético inseparable del respeto a la dignidad de la persona, que evita la exclusión o la asimilación cultural. Implica la participación de los grupos culturales y étnicos en el diseño, formulación, ejecución y evaluación de las políticas, programas y actuaciones sobre la salud.

Medicamentos esenciales: La meta 17 del Objetivo 8 de los ODM asume el compromiso de proporcionar a los países en desarrollo el acceso a los medicamentos esenciales, que son una selección de medicamentos necesarios para satisfacer las necesidades sanitarias de la mayoría de la población.

Medicina Tradicional (MT): Métodos curativos y remedios que forman parte del acervo cultural de ciertas comunidades tradicionales y que aún siguen estando en uso en las mismas^a. Por otra parte, la OMS define la medicina tradicional como prácticas, enfoques, conocimientos y creencias sanitarias diversas que incorporan medicinas basadas en plantas, animales y/o minerales, terapias espirituales, técnicas manuales y ejercicios aplicados de forma individual o en combinación para mantener el bienestar, además de tratar, diagnosticar y prevenir las enfermedades. Es un tipo de medicina que utilizan millones de personas en todo el mundo, habitualmente al margen de la medicina moderna y los sistemas oficiales de atención sanitaria, pero a veces combinándola con éstos. Es un término amplio utilizado para referirse, tanto a los sistemas de MT como, por ejemplo, la medicina tradicional china, el ayurveda hindú y la medicina unani árabe, como a las diversas formas de medicina indígena. En países donde el sistema sanitario dominante se basa en la medicina alopática –la occidental convencional– o donde la MT no se ha incorporado en el sistema sanitario nacional, la MT se clasifica a menudo como medicina “complementaria”, “alternativa” o “no convencional”^b.

Multisectorialidad: Enfoque según el cual la consecución de un determinado efecto (por ejemplo, la mejora de la salud), no depende únicamente de la actuación en un sector (el sanitario) sino que requiere de la coordinación y complementariedad con actuaciones en otros sectores.

Mutua responsabilidad, principio de: Los donantes y los socios deben ser corresponsables de los resultados del desarrollo.

^aKarlos Pérez de Armiño (dir.). Diccionario de Acción Humanitaria y Cooperación al Desarrollo. Icaria editorial/Hegoa, Barcelona, 2000 <http://dicc.hegoa.efaber.net1>

^bOMS. Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005.

No-discriminación, principio de: Supone terminar con todas las barreras que impliquen un trato diferente (de exclusión, preferencia o distinción) basado en características personales como sexo, raza, religión, discapacidad, clase socioeconómica, edad, orientación sexual, etc., que tenga como efecto menoscabar o anular la igualdad de trato y oportunidad de las personas.

Pobreza: Situación de una persona cuyo grado de privación se halla por debajo del nivel que una determinada sociedad considera mínimo para mantener la dignidad. La Pobreza Humana se refiere a la situación de carencia de derechos, oportunidades, capacidades y opciones para sostener un nivel de vida digno. Junto a estas carencias, la alta vulnerabilidad y falta de empoderamiento o representatividad definen las dimensiones de la pobreza. La pobreza es multidimensional y sistémica: afecta a distintos derechos y capacidades de la persona, económicas, humanas (educación y salud) políticas, socioculturales y de protección, y la carencia de esos derechos y capacidades conduce a la pobreza. La ausencia de salud es, en sí misma, pobreza.

Prevalencia: Es la proporción de individuos de una población que presentan una enfermedad en un momento o periodo de tiempo determinado. Es un índice estático que indica la carga de esa enfermedad que soporta la población, y depende de la incidencia, de la rapidez con que se desarrolle la enfermedad y de su duración (aumenta en las enfermedades crónicas). Tiene su mayor utilidad en los estudios de planificación de servicios sanitarios.

Programas de Ajuste Estructural: Un programa de ajuste estructural es la condición impuesta por el FMI y/o el Banco Mundial a un país para otorgarle respaldo financiero destinado a afrontar un grave problema de pagos internacionales. Se trata de una receta única y de pretendida validez universal, que se aplica con independencia de la situación particular de cada país. Y a ella se han sometido más de noventa países del Sur y del Este durante las dos últimas décadas del siglo XX, lo que da una idea de su importancia^a.

Promoción de la Salud: Es el proceso que permite a las personas incrementar su control sobre los determinantes de la salud, ampliando sus opciones y capacidades para mejorarla. Se definió en la Primera Conferencia internacional de la Promoción de la salud celebrada en Ottawa (Canadá) en 1986. La Promoción de la Salud va más allá de la transmisión de contenidos e incorpora los objetivos de fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos y de modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de disminuir su impacto negativo en la salud individual y de la comunidad. Para conseguir dicha finalidad, la promoción de la salud utiliza una estrategia de trabajo: la educación para la salud.

Pueblos Indígenas: Son aquellas personas portadoras de una continuidad histórica, diferenciados culturalmente de otros sectores de la sociedad, y con una identidad étnica propia, sobre la base de patrones culturales, instituciones sociales y sistemas jurídicos particulares.

Salud: Estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades^b.

Salud Para Todos: Los Estados Miembros de la OMS adoptaron en 1977 la Estrategia Mundial de Salud para Todos en el Año 2000 (SPT/2000), destinada a garantizar el acceso y cobertura universales de la salud. Esta Estrategia SPT/2000 ha sido actualizada para el siglo XXI.

Salud Pública: Esfuerzo organizado de la comunidad dirigido a proteger, fomentar y promocionar el bienestar de la población cuando esta está sana, y a restaurar y restablecer su salud cuando esta se pierde y, en caso de necesidad, rehabilitar y reinsertar al enfermo, integrándolo de nuevo en su medio social, laboral y cultural^c.

^aKarlos Pérez de Armiño (dir.). Diccionario de Acción Humanitaria y Cooperación al Desarrollo. Icaria editorial/Hegoa, Barcelona, 2000 <http://dicc.hegoa.efaber.net1>

^bConstitución de la OMS, 1946

^cPiédrola GIL G (2000). Medicina Preventiva y Salud Pública. 10^a ed. Madrid: Masson.



Salud Sexual y Reproductiva (SSR): La salud sexual y reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no la mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el aparato genital y sus funciones y procesos. La capacidad de disfrutar de una vida sexual segura, responsable y satisfactoria, la libertad para decidir cuando y con qué frecuencia tener hijos y evitar enfermarse o morir debido a una causa reproductiva. La atención a la salud reproductiva es el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud, en general, y al bienestar reproductivo, en particular, al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva. Los hombres y las mujeres tienen el derecho de obtener información y de acceder a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, de su elección, para la regulación de la fecundidad, que no estén legalmente prohibidos, así como el derecho a recibir servicios adecuados de atención a la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos. Pero la SSR va mucho más allá de la planificación familiar, al considerar los distintos factores que determinan los comportamientos sexuales, tales como las relaciones de poder entre los géneros o el papel de las instituciones en las estrategias de reproducción.

Seguridad/Vulnerabilidad: ver Vulnerabilidad/Seguridad

Seguridad Alimentaria: Acceso físico, económico social a los alimentos necesarios (en cantidad, calidad nutricional, seguridad y preferencia cultural) para una vida activa y saludable, por todos los miembros de la familia, en todo momento y sin riesgo previsible de perderlo^a.

Sistema de Salud: Abarca todas las organizaciones, instituciones y recursos dedicados a producir actividades de salud, es decir, todas aquellas actividades en el ámbito de la salud personal, de los servicios de salud pública o de iniciativas intersectoriales cuyo principal objetivo sea mejorar la salud^b.

Sistema de Salud Público: Está constituido por aquellas administraciones e instituciones sanitarias de titularidad jurídica pública (del Estado y/o de las administraciones regional y local).

Tecnología apropiada: Tecnología adecuada a las condiciones locales caracterizada por su bajo costo, la no importación de insumos, su pequeña escala, su fácil utilización por la población y su sostenibilidad^a.

Trabajadores sanitarios: Son aquellas personas que realizan acciones cuya finalidad fundamental es mejorar la salud. Además de los trabajadores del sistema formal, incluye a los cuidadores familiares, las fórmulas de asociación, proveedores y pacientes, los trabajadores a tiempo parcial (especialmente mujeres), los voluntarios sanitarios y los agentes de salud comunitarios^c.

Violencia de género: Todos aquellos actos que ponen en peligro la vida, el cuerpo, la integridad personal y/o la libertad de las mujeres, y que se producen y sirven –tanto por sus intenciones como por sus efectos– para manifestar el poder y el control masculino. Debido a que el factor de riesgo en esta forma de violencia lo constituye la pertenencia al género femenino y a que es perpetrada por el género masculino en los ámbitos privado y público, se le denomina violencia de género.

Vulnerabilidad/Seguridad: Nivel de riesgo que afronta una familia o individuo a perder la vida, sus bienes y propiedades, y su sistema de sustento (esto es, su medio de vida) ante una posible catástrofe. Dicho nivel guarda también correspondencia con el grado de dificultad para recuperarse después de tal catástrofe. La vulnerabilidad contempla así tres tipos de riesgos: el riesgo de exposición a las crisis; el riesgo de falta de capaci-

^aKarlos Pérez de Armiño (dir.). Diccionario de Acción Humanitaria y Cooperación al Desarrollo. Icaria editorial/Hegoa, Barcelona, 2000 <http://dicc.hegoa.efaber.net>

^bOMS (2000). Informe sobre la Salud en el Mundo, 2000: mejorar el desempeño de los sistemas de salud.

^cOMS, (2006). Informe sobre la Salud en el Mundo, 2006: Colaboremos por la Salud

dad para afrontarlas; y el riesgo de sufrir consecuencias graves a causa de ellas, así como de una recuperación lenta o limitada^a. La vulnerabilidad no es estática e individual, sino que depende mucho de las relaciones entre las personas y las redes sociales. En el sector salud, contraer una enfermedad puede suponer una crisis o catástrofe a nivel personal, familiar o comunitario. El reverso de la vulnerabilidad es la seguridad (seguridad del sistema de sustento, seguridad alimentaria, seguridad medioambiental). También podemos considerar como la otra cara de la vulnerabilidad la amenaza a las capacidades de las personas, esto es, a los recursos y aptitudes que les permiten afrontar y mejorar su vida diaria, así como a encarar los procesos de desastre y la posterior rehabilitación. La vulnerabilidad debe ser especialmente considerada en el caso de las mujeres, en las que los menores índices educativos, los matrimonios precoces, la violencia, la menor capacidad de decisión sobre su cuerpo y su salud etc. pueden hacerlas vulnerables a una pérdida de salud. Lo mismo cabe decir de los niños y ancianos y las poblaciones en situación de exclusión. Por último, es necesaria una consideración especial de la vulnerabilidad de la población ante desastres y conflictos que pueden favorecer la emergencia de epidemias y otros problemas de salud.

^aKarlos Pérez de Armiño (dir.). Diccionario de Acción Humanitaria y Cooperación al Desarrollo. Icaria editorial/Hegoa, Barcelona, 2000 <http://dicc.hegoa.efaber.net1>

A large, stylized graphic of a handprint in a light teal color, centered in the upper half of the page. The handprint is composed of several rounded, organic shapes for the fingers and palm, set against a darker teal background. A thick, wavy teal line curves across the middle of the page, partially overlapping the handprint.

Bibliografía y webs de interés



Bibliografía y webs de interés

Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas (2005). *Invirtiendo en el desarrollo: Un plan práctico para conseguir los Objetivos de Desarrollo del Milenio*. Nueva York: NNUU. Disponible en : http://www.unmillenniumproject.org/reports/fullreport_spanish.htm

Freedman L.P., et al. (2005) Transforming health systems to improve the lives of women and children. *Lancet* 365: 997–1000.

OMS (2005). *Health and the Millennium Development Goals*.

Disponible en: http://www.who.int/mdg/publications/mdg_report/en/index.html

Secretarido de la OMS. *Health-related Millennium Development Goals: development of a strategy for strengthening health systems: report by the Secretariat*. World Health Organization. Executive Board. Session (117th : 2006 : Geneva, Switzerland).

PNUD (2003). *Informe sobre el Desarrollo Humano de 2003. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio: un pacto entre las naciones para eliminar la pobreza*. Madrid: Ediciones Mundi Prensa par el PNUD. (ver págs 8-9 y 97-103).

Disponible en: <http://hdr.undp.org/reports/global/2003/espanol/>

Travis P., et al. (2004). *Overcoming Health-Systems Constraints to Achieve the Millennium Development Goals*. *The Lancet* 364 (9437): 900–906.

Mahendradhata Y., et al. (2003). *Strong general health care systems: a prerequisite to reach global tuberculosis control targets*. *International Journal of Health Planning and Management* 18 (Suppl 1): S53-65.

Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas (2005). *Invirtiendo en el desarrollo: Un plan práctico para conseguir los Objetivos de Desarrollo del Milenio*. Nueva York: NNUU. Disponible en :http://www.unmillenniumproject.org/reports/fullreport_spanish.htm

Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas (2005). *Who's Got the Power? Transforming Health Systems for Women and Children*. Task Force on Child Health and Maternal Health.

Disponible en: http://www.unmillenniumproject.org/reports/tf_health.htm.

Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas (2005). *Invirtiendo en el desarrollo*. Op cit. (pág 93).

Travis P., et al. (2004), op. cit.

Unger J.P., De Paepe P., Green A. (2003). *A code of best practice for disease control programmes to avoid damaging health care services in developing countries*. *International Journal of Health Planning and Management* 18 Suppl 1:S27-39.

Oliveira-Cruz V., Kurowski C., Mills A. (2003). *Delivery of priority health services: Searching for synergies within the vertical versus horizontal debate*. *Journal of International Development* 15(1): 67–86.

Oliveira-Cruz V., Kurowski C., Mills A. (2003). *Delivery of priority health services: Searching for synergies within the vertical versus horizontal debate*. *Journal of International Development* 15(1): 67–86.

Buve A., Kalibala S., McIntyre J. (2003). *Stronger health systems for more effective HIV/AIDS prevention and care*. *International Journal of Health Planning and Management* 18 (Suppl 1):S41-51.

Banco Mundial. *Sourcebook on emerging good practice in Managing for Development Results*

Moore M. (1996). *Public sector reform: downsizing, restructuring, improving performance*. Discussion Paper No.7. Ginebra: OMS.

Comisión Europea (2005). *EU Strategy for Action on the crisis in Human Resources for Health in Developing Countries 2005*.

OMS, UNFPA y ACNUR (1999). *Salud Reproductiva en población refugiada: un manual de trabajo interagencias*.

Diwan V., et al. eds. (1998) *Gender and Tuberculosis . An international research workshop*. May 24-26, 1998. Göteborg: The Nordic School of Public Health.

Uplekar M. et al. (1999) *Gender and Tuberculosis Control: Towards a strategy for research and action*. Draft strategy paper prepared for Communicable Disease Prevention, Control and Eradication. Ginebra: OMS

Global Forum for Health Research (2000). The 10/90 Report on Health Research 2000. Geneva: Global Forum for Health Research.

Disponible: <http://www.globalforumhealth.org/>

Yach D., Kreisel W. (1997). Think and Act Globally and Intersectorally to protect national health. Ginebra: OMS.

Kreisel W., von Schirnding Y. (1998). Intersectorial action for health: a cornerstone for health for all in the 21st century. *World Health Statistic Quarterly*; 51: 75-78

Van Hertem L.M., Reijneveld S.A., Gunning-Schepers L.J. (2001). Rationalising chances of succes intersectoral health policy making. *Journal of Epidemiology and Community Health* 55: 342-347.

Sojo, D., et al. (2005). Salud y Género. Guía práctica para profesionales de la cooperación.

Programa VITA (2005). Guía para Programas y Proyectos de Salud Sexual y Reproductiva en África. AECID.

Foster M., Leavy J. (2001). The choice of financial aid instruments. ODI Working Paper 158. London: Overseas Development Institute.

AECID (2001). Metodología de Gestión de Proyectos de la Cooperación Española. Madrid: AECID.

CAD (1995). Manual de Ayuda al Desarrollo. Principios del CAD para una Ayuda Eficaz. Madrid: OCDE/Mundi Prensa.

CAD/OCDE (2005). Glosario del Comité de Ayuda al Desarrollo. Disponible en:

http://www.oecd.org/glossary/0,2586,en_2649_33721_1965693_1_1_1_1,00.html

Caines K. (2005). Key evidence from major studies of selected Global Health Partnerships. A background paper for a meeting of the High-Level Forum on the Health MDGs' Working Group on Global Health Initiatives and Partnerships, 25-26 April 2005.

Lavergne R., Alba A. (2003). CIDA Primer on Program-Based Approaches. LENPA.

Disponible en: <http://www.aidharmonization.org/download/237602/RADDABAC.pdf>

Cassels A., (1997). A guide to sector-wide approaches for health development: concepts, issues and working arrangements. Ginebra: World Health Organization.

Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/hq/1997/WHO_ARA_97.12.pdf

Jané E., García A., Martínez J., Wilde D. (2005). Qué son y cómo se emplean los enfoques sectoriales: una vía para la armonización de la ayuda oficial al desarrollo.

Disponible en: <http://www.hlspinstitute.org/files/project/23836/EnfoquesSectoriales.pdf>

Grupo Interagencias para el Desarrollo de Enfoques Sectoriales del Sector Salud (2002). Seminarios de orientación y formación del personal de las agencias: Enfoques sectoriales en salud en un entorno cambiante. Nicaragua, Bolivia & Honduras: 18 - 20 Marzo 2002, Managua. Manual del Seminario.

Disponible en: <http://www.hlspinstitute.org/files/project/14990/SWmanual-esp.pdf>

Foster M., Macintosh-Walker S. (2001). Sector wide programmes and poverty reduction. London: ODI, Working paper 157.

Disponible en: http://www.odi.org.uk/publications/working_papers/wp157.pdf

Hutton G. (2003). Decentralisation and the sector-wide approach in the health sector: issues paper. Basel: Swiss Tropical Institute; Swiss Agency for Development and Cooperation.

Land T., Hauck V. (2003). Building Coherence between sector reforms and decentralisation: do SWAs provide the missing link? ECDPM Discussion Paper No. 49. Maastricht : ECDPM.

Theobald S., Tolhurst R., Eelsey H. (2002). Sector Wide Approaches: opportunities and challenges for gender equity in health. Papers presented at the Women's World Conference, Kampala, Uganda, 23-24 July 2002. Gender and Health Group, Liverpool School of Tropical Medicine, 2002 .



Disponible en: http://www.liv.ac.uk/lstm/research/documents/Resource_pack.pdf

Evers B., Juárez M. (2003). Understanding the links: globalization, health sector reform, gender and reproductive health. Ford Foundation.

Disponible en:

http://www.fordfound.org/publications/recent_articles/docs/globalization/evers_juarez.pdf

Brown A. (2001). Integrating vertical programmes into sector wide approaches: experiences and lessons. London: Institute for Health Sector Development.

Disponible en: <http://www.hlspinstitute.org/files/project/15380/Brownverticalprogs.pdf>

Buse K., Walt G. (2000). Alianzas mundiales entre los sectores público y privado Boletín de la Organización Mundial de la Salud. Recopilación de artículos N° 3: 184-197; 198-209.

Buse K. (2004). Global Health Partnerships: Mapping a shifting terrain. London: DFID Health Resource Centre.

Widdus R. et al. (2001). Towards better defining public-private partnerships for health. Geneva, Global Forum for Health Research.

Caines K. (2005). Key evidence from major studies of selected Global Health Partnerships A background paper for a meeting of the High-Level Forum on the Health MDGs' Working Group on Global Health Initiatives and Partnerships, 25-26 April 2005.

OXFAM. False hope or new start? The Global Fund to Fight HIV/AIDS, TB, and Malaria. Oxfam Briefing Paper 24.

Disponible en:

http://www.oxfam.org.uk/what_we_do/issues/health/downloads/bp24_globalfund.pdf

Radelet S. (2004). The Global Fund to Fight AIDS, TB, and Malaria: Progress, Potential, and Challenges for the Future, Center for Global Development.

Disponible en: <http://www.cgdev.org/>

Working group on global health partnerships / High-Level Forum (HLF) on the Health Millennium Development Goals (MDGs) (2005). Best Practice Principles for Global Health Partnerships Activities at Country Level. Background Paper. The third High-Level Forum on the Health MDGs, Paris (France), 14 y 15 Noviembre 2005.

Disponible en: <http://www.hlfhealthmdgs.org/Documents/GlobalHealthPartnerships.pdf>

Forsberg B.C. (2001). Global Health Initiatives and National Level Health Programs: Assuring Compatibility and Mutual Re-enforcement. CMH Working Paper Series WG 6 Paper 5. Disponible en: http://www.cmhealth.org/docs/wg6_paper5.pdf

Lele U., Ridker R., Upadhyay J., Skolnik R. (2005). Health System Capacities in Developing Countries and Global Health Initiatives: Background paper for the International Task Force on Global Public Goods.

Caines K. (2005). Key evidence from major studies of selected Global Health Partnerships A background paper for a meeting of the High-Level Forum on the Health MDGs' Working Group on Global Health Initiatives and Partnerships, 25-26 April 2005.

OMS-AFR (2003). Politique de Santé pour tous dans la Région africaine pour le 21ème siècle: Agenda 2020 (Resolución AFR/RC50/R1). Disponible en: <http://www.afro.who.int>

NEPAD (New Partnership for Africa's Development) (2003). Estrategia en Salud.

Disponible en: <http://www.nepad.org/2005/files/health.php>

Global Health Workforce Alliance. Informe estratégico de la Iniciativa de Aprendizaje Conjunto en Recursos Humanos para la Salud.

Disponible en: <http://www.globalhealthtrust.org/Report.html>.

Foro de Alto Nivel sobre los ODM en Salud (2004). Addressing Africa's Health Workforce Crisis: An Avenue for Action.

Disponible en: <http://www.hlfhealthmdgs.org/Documents/AfricasWorkforce-Final.pdf>

OMS-AFRO/Banco Mundial (2002). Building strategic partnerships in education and health in Africa. Consultative meeting on Improving collaboration between health professionals, governments and other stakeholders in human resources for health development. Workshop sponsored by AFRO and World Bank, Addis Ababa, February 2002.

Disponible en: <http://afro.who.int/hrd/index.html>.

Tawfik L, Kinoti SN (2003). The impact of HIV/AIDS on the health workforce in sub-Saharan Africa. Support for Analysis and Research in Africa Project (SARA). Washington, DC: USAID,

De Renzio (2005). Scaling up versus Absorptive Capacity: Challenges and Opportunities for Reaching the MDGs in Africa. ODI Briefing Paper, May 2005.

Disponible en: <http://www.odi.org.uk>

Berry C.H. et al. (2004). Approaches to Improving the Delivery of Social Services in Difficult Environments. PRDE Working Paper 3.

Disponible en: <http://www.dfid.gov.uk/>.

Branchflower A. et al. (2004). How Important Are Difficult Environments to Achieving the MDGs? PRDE Working Paper 2. UK Department for International Development.

Disponible en: <http://www.dfid.gov.uk/>.

High-Level Forum on the Health MDGs. Achieving the Health Millennium Development Goals in Fragile States. December 2004 - Abuja, Nigeria.

Disponible en: <http://www.hlfhealthmdgs.org/Documents/FragileStates.pdf>

NEPAD. Health strategy: initial programme of action.

Disponible en: <http://www.nepad.org/2005/files/documents/130.pdf>

Unger J.P. (2003). A code of best practice for disease control programmes to avoid damaging health care services in developing countries. *Int J Health Plann Mgmt*; 18: S27-S39.

Oliveira-Cruz V, et al. (2003). Delivery of priority health services: searching for synergies within the vertical versus horizontal debate. *Journal of International Development* 15: 67-86.

Mills A. (1983). Vertical vs. horizontal health programmes in Africa: idealism, pragmatism, resources and efficiency. *Social Science and Medicine* 17(24): 1971-1981.

Van Lerberghe W. (1993). Les politiques de santé africaines: continuités et ruptures. *Bulletin Séances de l'Académie Royale des Sciences d'Outre-Mer* 39: 205-230.

Proyecto del Milenio (2005). Invirtiendo en el desarrollo: Un plan práctico para conseguir los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Nueva York: PNUD.

ONUSIDA (2005). Situación de la Epidemia de Sida. Diciembre de 2005.

Simposio 2001: Violencia de Género, Salud y Derechos en las Américas.

Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/hdp/hdw/symposium.htm>

OPS (1999). Número especial sobre la violencia. *Revista Panamericana de Salud Pública*. Abril-Mayo:1-372.

García Moreno C. (2000). Violencia contra la mujer. Género y equidad en la salud. Washington: OPS.

OMS (2003). Informe mundial sobre la violencia y la salud.

Disponible en: http://www.paho.org/Spanish/AM/PUB/Violencia_2003.htm

UE (2002). Informe estratégico regional sobre América Latina Programación 2002-2006. Disponible en: http://www.europa.eu.int/comm/external_relations/la/rsp/02_06_es.pdf



- OPS (2004). Informe del Grupo de trabajo sobre ADPIC y Acceso a medicamentos. Managua, abril 2004.
Disponible en: http://www.paho.org/spanish/ad/ths/ev/acceso_intelectual_inf_nicaragua.pdf
- OPS (2006). Plan Regional de VIH/ETS para el Sector Salud 2006-2015 en las Américas Disponible en: http://www.paho.org/spanish/ad/fch/ai/HIV_Regional_Plan_2006-2015_SPANISH.pdf
- Comisión Económica para Asia y Pacífico (2004). Health and Mortality in the Asian and the Pacific Region. Asian Population Studies Series No. 163, 2005.
Disponible en: <http://www.unescap.org/esid/psis/population/popseries/apss163/index.asp>
- Comisión Económica para Asia y Pacífico (2003). Population and Development Selected Issues. Asian Population Studies Series No. 161
- OMS-WP (2005). Sexual and Reproductive Health of Adolescents and Youths in Viet Nam. A review of literature and projects 1995-2002.
- OMS-WP (2005). Sexual and Reproductive Health of Adolescents and Youths in the Philippines. A review of literature and projects 1995- 2003.
Disponibles en: http://www.wpro.who.int/health_topics/reproductive_health/publications.htm
- High Level Forum on the Health Millennium Development Goals in Asia and the Pacific. Turning Promises into Progress: Attaining the Health MDGs in Asia & the Pacific. Background Paper on the High Level Forum on the Health MDG in Asia and the Pacific;Tokyo, 21 - 22 June 2005.
Disponible en: ftp://ftp.wpro.who.int/scratch/hin/MDG/Turning_Promises_into_Progress.pdf
- Monitoring the AIDS Pandemic Network (MAP) (2004). AIDS in Asia: Face the facts—A comprehensive analysis of the AIDS epidemics in Asia. Ginebra.
Disponible en: <http://www.mapnetwork.org/reports.shtml>
- ESCAP/FNUAP (2004). Implementing the ICPD Agenda: 10 Years into the Asia-Pacific Experience. A Status Report. Asian Population Studies Series No. 162
<http://www.asia-initiative.org/index.html>
<http://www.unescap.org/esid/psis/population/popin/popin.asp>
- OMS (2005) "Respuesta a la amenaza de una pandemia de gripe aviar. Medidas estratégicas recomendadas"
Disponible en: http://www.who.int/csr/resources/publications/influenza/WHO_CDS_CSR_GIP_05_8-SP.pdf Oficina Regional de Asia Suroriental (<http://w3.whoasia.org/EN/Section10/Section1027.htm>), Pacífico Occidental (http://www.wpro.who.int/health_topics/avian_influenza/overview.htm).
- FAO (2005). <http://www.fao.org/ag/againfo/subjects/en/health/diseases-cards/27septrecomm.pdf>, http://www.fao.org/ag/againfo/resources/documents/empres/AI_globalstrategy.pdf
- UE, http://europa.eu.int/comm/external_relations/asem/intro/
- ONUSIDA, <http://www.unaids.org.vn/event/asem05.htm>
- OMS/EMRO (2001). Overview of child health in Arab countries. Disponible en: <http://www.emro.who.int/cah/pdf/childhealth-arabcountries.pdf>
- ONUSIDA (2004). UNAIDS at Country Level Progress Report. Capítulo 3 (Norte de África y Oriente Medio) Disponible en: http://www.unaids.org/html/pub/publications/irc-pub06/jc1048-countrylevel_en_pdf.htm
- Jenkins C et Robalino D (2003). HIV/AIDS in the Middle East and North Africa: The cost of Inaction. Washington: Banco Mundial.
- ONUSIDA (2004). Mauritania : epidemiological fact sheets on HIV/AIDS and sexually transmitted infections. Disponible en: http://www.unaids.org/html/pub/publications/fact-sheets01/mauritania_en_pdf.htm
- OMS, (2005). Global tuberculosis control: Surveillance, planning financing. WHO report 2005. Geneva: World Health Organization.

Gillini L, Seita A (2002). Tuberculosis and HIV in the Eastern Mediterranean Region. *Eastern Mediterranean Health Journal* 8(6): 699–705

Ministerio Palestino de Salud (2005). *Health Status in Palestina. Annual Report 2004.* . Disponible en: <http://www.moh.gov.ps/index.asp?deptid=5&pranchid=59&action=details&serial=727>

OMS/Banco Mundial (2004). Informe mundial sobre prevención de los traumatismos causados por el tránsito. Ginebra: OMS. Disponible en: https://www.who.int/world-health-day/2004/infomaterials/world_report/es/index.html

Nantulya, VM and Reich, MR, (2003). Equity dimensions of road traffic injuries in low- and middle-income countries. *Injury Control and Safety Promotion* 10 (1–2) : 13–20.

Heise, Lori, Mary Ellsberg, and Megan Gottemoeller. 1998. Ending violence among women. *Population Reports, Series L, No. 11.* Baltimore: Population Information Program, John Hopkins University School of Public Health.

International Clinical Epidemiology Network (INCLEN), 2000. WorldSAFE and IndiaSAFE: Studying the prevalence of family violence. INCLEN Monograph Series on Critical International Health Issues, Monograph 9. Philadelphia: INCLEN

http://www.papfam.org/arab_league/default.htm

OIC (2005). Declaración de Rabat sobre Cuestiones del Niño en los Estados Miembros de la Organización de la Conferencia Islámica. Primera Conferencia Ministerial Islámica sobre el Niño (Rabat, 7-9 de noviembre de 2005). Disponible en: <http://www.oic-oci.org/press/english/old/November%202005/chiled-conf.htm>

UNICEF/ OIC/ ISESCO (2005). Investing in children of the Islamic world. New York: UNICEF. Disponible en: HTTP://WWW.UNICEF.ORG/PUBLICATIONS/FILES/INVESTING_CHILDREN_ISLAMIC_WORLD_FULL_E.PDF

OMS/EMRO (2005). Strengthening health sector response to HIV/AIDS and sexually transmitted infections in the WHO Eastern Mediterranean Region (2006–2010). Disponible en: http://www.emro.who.int/asd/pdf/Strategy_HIV-AIDS_06-10.pdf;

OMS/EMRO (2005). An HIV/TB strategy for the Eastern Mediterranean Region: 2006-2010. Disponible en: http://www.emro.who.int/asd/pdf/Strategy_HIV-TB_06-10.pdf

Grodos D (1988). De l'aide d'urgence aux soins de santé primaires. Difficultés, pièges, enjeux. *Médecine Tropicale* 48(1):53-63

Van Damme WI, Van Lerberghe WI, Boelaert M. (2002). Primary health care vs. emergency medical assistance: a conceptual framework. *Health Policy and Planning* 17(1):49-60.

Dick B, Simmonds S. (1985). Primary health care with refugees: between the idea and the reality. *Tropical Doctor* 15(1):2-7.

Palestinian Central Bureau of Statistics/World Bank (2004). Poverty in the West Bank and Gaza After Three Years of Economic Crisis. Disponible en: [http://Inweb18.worldbank.org/mna/mena.nsf/Attachments/Poverty+Report/\\$File/Poverty+Eng+final.pdf](http://Inweb18.worldbank.org/mna/mena.nsf/Attachments/Poverty+Report/$File/Poverty+Eng+final.pdf)

Giacaman R, Abdul-Rahim HF, Wick L. (2003) Health sector reform in the Occupied Palestinian Territories (OPT): targeting the forest or the trees? *Health Policy and Planning* 18(1):59-67.

“Ministerio de Asuntos de ONGD”. Ver: <http://www.mongoa.gov.ps/English/home.htm>

<http://www.moh.gov.ps/index.asp?deptid=8&pranchid=61&action=details&serial=843>

<http://www.npasec.gov.ps/about.htm>



Anexos (sólo disponible en versión digital en www.maec.es)

