



Opinión

¿Menos es más? La eficacia de la ayuda en salud y la cooperación española

Noviembre 2012

01
INTRODUCCIÓN

02
METODOLOGÍA

03
MARCO CONCEPTUAL

04
AOD EN SALUD Y LA
COOPERACIÓN ESPAÑOLA

05
DISCUSIÓN

06
REFLEXIONES FINALES

07
BIBLIOGRAFÍA

08
APÉNDICE I: EXPERTOS
ENTREVISTADOS INDIVIDUALMENTE

09
APÉNDICE II: EXPERTOS
PARTICIPANTES EN EL SEMINARIO

Elaborado por Sónia Mocumbi
y Joan Tallada con la colaboración
de Xavier Mas.

Los autores agradecen las aportaciones
y sugerencias de Enric Grau, Anna Lucas,
Ariadna Sanz y Rafael Vilasanjuan.



Obra publicada bajo la licencia
de Creative Commons.
Reconocimiento -No comercial-
Sin Obras derivadas 3.0

S

Si algo ha caracterizado hoy día el panorama de la cooperación internacional para el desarrollo es su complejidad. Hasta hace poco, la agenda tradicional de la ayuda había sido evaluada casi invariablemente según su volumen de gasto, y no según el impacto obtenido. La meta de dedicar el 0,7 del PIB de las naciones ricas a las pobres se había convertido en un mítico banderín de enganche de una generación que clamaba por la justicia social a escala planetaria. Sin embargo, los resultados de las importantes transferencias de recursos entre zonas geográficas han sido inciertos. La percepción de que los indicadores observados no se correspondían con el esfuerzo realizado llevó a un nuevo foco centrado en definir y mejorar la eficacia de la ayuda, también en el área de la salud.

Los debates sobre la eficacia de la ayuda internacional para el desarrollo se han intensificado en los últimos tiempos en el contexto de una cuádruple transición: económica, política, demográfica y sanitaria. Como consecuencia de la crisis financiera en Occidente y del empuje de los países emergentes, el reparto internacional de la riqueza es menos acusado entre Norte y Sur, aunque han aumentado las desigualdades internas dentro de cada estado. En paralelo, los equilibrios de poder tradicionales están dando paso a un mundo multipolar, con viejas potencias que todavía conservan capacidad de influencia pero que han de convivir con nuevo poderes con sus propios intereses y visión de las reglas del juego. Al mismo tiempo, el crecimiento poblacional se ha ralentizado y la esperanza de vida se ha alargado, con un aumento de las clases medias en los países en desarrollo. Finalmente, la evolución demográfica junto con los cambios en los estilos de vida ha creado un escenario en el que mientras que enfermedades infecciosas identificadas con la pobreza persisten, se extienden con rapidez las enfermedades crónicas.

Además de por el reequilibrio entre estados, la madeja se hace si cabe más compleja por la irrupción de nuevos agentes e instrumentos, y de las voces que argumentan que el desarrollo no depende sólo, o ni siquiera principalmente, de la ayuda. Mientras se multiplican las iniciativas y se superponen los diálogos, no existe acuerdo, por el momento sobre cómo gobernar los flujos políticos y económicos para garantizar su uso óptimo.

Ello es particularmente evidente en el sector salud, que en la última década ha visto desplegarse un número sustancial de organismos con objetivos específicos (según grupo poblacional o problema de salud) a la vez que se cuestionaba si ello no suponía más que el desvío, fragmentándolo, del que debía ser verdadero centro, el fortalecimiento de los sistemas nacionales de salud. El dilema entre el corto plazo (salvar vidas en peligro inminente) y el largo plazo (mejorar la salud y la esperanza y la calidad de vida de las poblaciones) ha encendido las discusiones más teóricas que prácticas de expertos y activistas.

En este contexto, ISGlobal apuesta por clarificar los objetivos de la política española de cooperación en salud, que no necesariamente debe estar reñida con los intereses del país. Al contrario, los beneficios para las poblaciones más vulnerables deben conjugarse con la salvaguarda y promoción del beneficio para la sociedad española, que es de donde surgen los recursos y la legitimidad para sustentar una cooperación para el desarrollo de calidad y sostenible. Las intervenciones en salud cuentan con la ventaja de poder mostrar indicadores de impacto al tiempo que ponen en valor la especificidad de la contribución de nuestro país en áreas en las que contamos con probados conocimientos y experiencia, lo que proyecta nuestra imagen al mundo y fortalece nuestra posición respecto a los desafíos que tenemos por delante.

01 Introducción

Aunque en las últimas décadas la salud mundial ha mejorado sensiblemente, los países menos adelantados se enfrentan todavía a un triple desafío: la persistencia de enfermedades infecciosas de carácter pandémico u olvidadas que afectan a los grupos más vulnerables y empobrecidos; la emergencia de enfermedades crónicas como parte de la transición epidemiológica derivadas de la urbanización, el deterioro ambiental, los cambios en los hábitos cotidianos y el alargamiento de la esperanza de vida; y el aumento de las desigualdades regionales y nacionales entre diferentes grupos poblacionales que afecta tanto los determinantes sociales de la salud como a las posibilidades de acceso a servicios sanitarios¹.

En concreto, y a tres años vista, no parece que vayamos a lograr alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio en salud (ODM 4, 5 y 6) establecidos en 2000 (ver Cuadro 1). Todavía en la actualidad, en los países de baja y media renta, las poblaciones con menores ingresos soportan una excesiva carga de enfermedad y mortalidad entre las madres y los niños menores de 5 años, y debido a las enfermedades infecciosas². No más de seis dolencias potencialmente mortales -la malaria, la neumonía, la tuberculosis, las enfermedades diarreicas, dolencias potencialmente mortales, el sarampión y el VIH/SIDA- provocan la mayoría de las defunciones por enfermedades infecciosas. En la edad de las vacunas, los antibióticos y los sorprendentes progresos científicos, esas amenazas para la salud deberían estar bajo control.

La comunidad internacional, que se encuentra sumergida en una profunda crisis financiera, en el desplazamiento del epicentro de la economía mundial del Atlántico al Pacífico, en un cambio de equilibrios Norte-Sur donde los donantes tradicionales, como España, ven disminuir los recursos destinados a la cooperación mientras emergen nuevos donantes públicos (Brasil, China o India), privados (filántropos) y nuevos instrumentos (fondos globales), ve la imperiosa necesidad de abordar la optimización de la eficacia de la ayuda. Además, la magnitud de los ajustes fiscales que se están realizando en Europa obliga al replanteamiento de todas las políticas públicas con el fin de priorizar adecuadamente y asignar los recursos escasos a lo que muestre que es más efectivo. La cooperación internacional, en general, y la cooperación en salud, en particular, no son una excepción.

¹ Organización Mundial de la Salud.
Global Health Observatory.

² Organización Mundial de la Salud.
Global Health Observatory.

Cuadro 1

Grado de cumplimiento de los ODM en salud

ODM	META	2012
Objetivo 4	Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de los niños menores de 5 años	La mortalidad de los niños menores de 5 años disminuyó en más de un tercio, pero el avance es demasiado lento para alcanzar la meta en 2015
Objetivo 5	Reducir, entre 1990 y 2015, la tasa de mortalidad materna en tres cuartas partes	Desde 1990, la mortalidad materna se ha reducido casi a la mitad pero los niveles están muy lejos del objetivo fijado para 2015
Objetivo 6	Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la propagación del VIH/SIDA Lograr para el año 2010 el acceso universal al tratamiento del VIH/SIDA para todas las personas que lo necesiten	Los casos de nuevas infecciones con el VIH continúan cayendo en las regiones más afectadas El tratamiento contra el VIH/SIDA creció a un ritmo sin igual durante 2010 pero no alcanzó la meta del acceso universal
	Haber detenido y comenzado a revertir, para el año 2015, la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves	Ha habido un progreso significativo prolongado en el tratamiento del paludismo

Fuente Naciones Unidas.
Objetivos de Desarrollo
del Milenio. Informe 2012

En este contexto, el presente documento tiene por objetivo:

1. Ayudar a definir el posicionamiento del Instituto de Salud Global de Barcelona (ISGlobal) en el debate sobre la eficacia de la ayuda en salud. Dicho posicionamiento será compartido con aquellos actores y tomadores de decisión implicados en tareas de cooperación.
2. Contribuir a la mejora de la eficacia de la ayuda en salud de la cooperación española por medio del análisis de las actuales políticas y su nivel de adecuación a las recomendaciones de organismos multilaterales y de engarce con la realidad política internacional.

Con el propósito de aportar elementos que permitan elaborar una crítica razonada de criterios de impacto y relevancia para valorar la actual política española en salud, este trabajo se realizó en tres etapas.

La primera etapa consistió en una revisión de la literatura para llevar a cabo un recorrido histórico y el estado actual de los compromisos sobre la eficacia de la ayuda. Este análisis está reflejado en la sección “Marco conceptual”.

La segunda es fruto de dos recogidas de opinión. La primera consistió en una encuesta³ realizada a 15 expertos clave, entre los que se contaban funcionarios públicos, académicos, investigadores, representantes de entidades del sector privado y de las ONGD (véase Apéndice I). Con posterioridad se realizó un intercambio de opiniones entre miembros de ISGlobal seguido de un seminario con expertos académicos (véase Apéndice II), que permitió enriquecer nuestras reflexiones, argumentos y recomendaciones, celebrado el día 7 de julio de 2012. La reunión abarcó cerca de tres horas. Tras una breve exposición sobre los objetivos del encuentro por parte de los organizadores, los invitados expusieron cada uno su visión sobre un documento previo y las preguntas planteadas por los organizadores. Finalmente, se estableció un debate cruzado entre todos los presentes. Tanto el vaciado de las entrevistas como las actas del seminario se han utilizado para elaborar la sección “Discusión”.

El documento concluye con unas reflexiones finales sobre los posibles caminos que puede tomar la cooperación española para mejorar la eficacia de su ayuda en salud.

Queremos agradecer a todas estas personas su precioso tiempo y sus valiosas contribuciones. Sin embargo, el presente texto sólo representa la opinión del ISGlobal y no necesariamente coincide con la de ninguno de los participantes en el proceso de consulta.

3 Encuesta guía para las entrevistas con los expertos, disponible en: <https://docs.google.com/spreadsheet/viewform?formkey=dEVER0ZldlpvRFNqel9WY3cyano4T0E6MQ#gid=0>

03 Marco conceptual

La agenda para la eficacia de la ayuda⁴ ha sido tradicionalmente elaborada en el seno de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), creado en 1961 con el objetivo de analizar datos de flujos financieros de sus miembros con los países de baja renta. Su misión fundamental es contribuir a mejorar el volumen y la calidad de la ayuda. El CAD ha sido no solo el foro donde los países donantes han trabajado para orientar sus políticas de cooperación hacia objetivos de desarrollo, sino también el principal órgano de diseño de estrategias de cooperación y de evaluación de las políticas de cooperación de los principales países y organismos donantes.

La Estrategia de Asociación para el Desarrollo que se formuló por primera vez en el seno del CAD en 1995, en un documento titulado “Hacia una asociación para el desarrollo en el nuevo contexto mundial”, representa uno de los cambios históricos más importantes en el enfoque de la cooperación al desarrollo. Tal cambio partió de la constatación de que “la ayuda tan solo obtiene resultados positivos si el desarrollo obedece a una voluntad común de todas las partes implicadas”⁵.

Basada en los principios de apropiación, enfoque de resultados y coordinación, dicha estrategia enmarcó el modo de avanzar para el logro de los ODM⁶. Estos principios han sido objeto de constantes revisiones en las diversas cumbres internacionales orientadas hacia la ampliación de recursos, la eficacia de la ayuda o la evaluación. Aunque la cumbre del Milenio en el año 2000 no estableció compromisos concretos sobre la financiación de los ODM, la Conferencia Internacional sobre la Financiación para el Desarrollo de Monterrey (2002) logró impulsar los desembolsos de AOD de los países del CAD para el cumplimiento de los ODM. Finalmente, en la conferencia de seguimiento sobre financiación del desarrollo de Doha, se ratificó el compromiso de destinar el 0,7% del PNB a la AOD⁷.

En un principio, gran parte del debate sobre la AOD se centró en el incremento de su volumen financiero. Al cabo de cierto tiempo, se constató que el logro de las Metas del Milenio no solo requiere más ayuda, sino también una ayuda más eficaz y de mejor calidad. Es cuando la noción de eficacia toma un lugar central en la agenda de la cooperación al desarrollo y crece la hipótesis de que “un sistema de organización o gobernanza global de la ayuda, en la que tanto países donantes como receptores de ayuda y otros actores tuvieran claro sus roles, derechos

4 Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD), cuya definición fue adoptada en 1969 por el CAD de la OCDE, “consiste en flujos de financiamiento oficial a los países desarrollados o a las instituciones multilaterales por parte de las agencias oficiales, incluyendo a los gobiernos estatales y locales, o para sus agencias ejecutivas, cuando cada una de las transacciones cumpla los siguientes requisitos: a) sea administrado con la promoción del desarrollo económico y social de los países en desarrollo como objetivo principal, b) tenga carácter concesional y c) contenga un elemento subvencionado (grant element) de al menos el 25 por ciento (calculado con una tasa de descuento del 10 por ciento y no reembolsable por el país receptor)”.

5 El CAD de la OCDE: Doctrina Y Actividades. 2000. Ministerio de Asuntos Exteriores.

6 Dirección General de Planificación y Evaluación de Políticas de Desarrollo (DGPOLDE). 2007. *Manual de Gestión de Evaluaciones de la Cooperación Española. Aprender para mejorar*. Ministerio de Asuntos Exteriores y Cooperación.

7 Tezanos S. Más allá de 2015: *Objetivos de Desarrollo del Milenio y desafíos para la nueva agenda internacional de desarrollo*. Revista de Ciencias Sociales (220)

y responsabilidades, con igualdad de condiciones a la hora de marcar los contenidos de la agenda del desarrollo, se traduciría en mayor impacto, y por lo tanto en mejores niveles de desarrollo para los países del Sur⁸.

En el Foro de Alto Nivel Sobre la Eficacia de París (2005), se invitó a los países en desarrollo a participar en la mesa de negociaciones al mismo nivel que los países donantes, estableciendo así un nuevo paradigma en la relación entre donantes y receptores basado en la responsabilidad mutua y en la apropiación. La Declaración de París, sin negar la pertinencia de los cinco criterios básicos definidos con anterioridad y comúnmente aceptados por la mayoría de los actores del sistema internacional de ayuda (ver Cuadro 2), establece nuevos criterios complementarios de evaluación (ver Cuadro 3) que apuntan hacia la facilitación de mejores maneras para lograr resultados mediante el liderazgo de los países en desarrollo y contribuciones, por parte de los países donantes, más adaptados a los contextos. Esta nueva doctrina expresa “el esfuerzo y la voluntad política de los donantes para mejorar la eficacia de la ayuda”⁹ y parece responder al propósito de un mayor compromiso en la lucha contra la pobreza.

Cuadro 2. Los criterios básicos de evaluación recomendados por el CAD

Fuente Glosario de los principales términos sobre evaluación y gestión basada en resultados. OCDE. 2010.

Pertinencia

Medida en que los objetivos de una intervención para el desarrollo son congruentes con los requisitos de los beneficiarios, las necesidades del país, las prioridades globales y las políticas de los asociados y donantes

Eficacia

Medida en que se lograron o se espera lograr los objetivos de la intervención para el desarrollo, tomando en cuenta su importancia relativa

Eficiencia

Medida en que los recursos se han convertido económicamente en resultados

Impacto

Efectos de largo plazo, positivos y negativos, primarios y secundarios, producidos directo o indirectamente por una intervención, intencionalmente o no

Sostenibilidad

Continuación de los beneficios de una intervención después de concluida

⁸ Fundación CIDEAL. <http://fortalecimiento.cideal.org/web/seccion3>

⁹ Sanahuja JA. 2007. “¿Más y mejor ayuda? La Declaración de París y las tendencias en la cooperación al desarrollo”. *Guerra y conflictos en el Siglo XXI: Tendencias globales. Anuario 2007-2008*. Centro de Educación e Investigación para la Paz: 71-101.

Cuadro 3. Los criterios complementarios de evaluación

Fuente Glosario de los principales términos sobre evaluación y gestión basada en resultados. OCDE, 2010.

Apropiación

Valoración del liderazgo del país receptor

Coherencia

Articulación de la intervención con el resto de intervenciones

Participación

Valoración de la participación de los agentes que han formado parte de la intervención en especial atención a los beneficiarios

Alineamiento

Valoración del compromiso de los donantes con las estrategias y gestión del país receptor

Cobertura

Análisis de los colectivos beneficiados

Armonización

Coordinación de los donantes para evitar la dispersión

El último Foro de Alto Nivel de Busán (2011) reafirmó los compromisos suscritos en la Declaración de París (2005) y el Plan de Acción de Accra (2008) en materia de eficacia de la ayuda y vio nacer la Alianza Global para una Cooperación al Desarrollo Eficaz. Esta Alianza supone el inicio de un nuevo capítulo en la historia de la cooperación internacional pues constituye un cambio en los principales temas del debate, pasando de la eficacia de la ayuda al concepto más amplio de eficacia del desarrollo¹⁰. Dicha Alianza va más allá de la ayuda en su sentido tradicional e incorpora la defensa de los bienes públicos globales e implica a los donantes emergentes¹¹, convertidos en proveedores de Cooperación Sur-Sur (CSS), acumulando el doble estatus de donantes y receptores.

Si en sus inicios solo los actores estatales formaban parte del sistema de cooperación y ayuda para el desarrollo, hoy los actores constituyen un conjunto amplísimo, muy diverso y enormemente heterogéneo entre los que encontramos a las agencias bilaterales de cooperación de Gobiernos donantes o de países socios, los organismos reguladores como el Comité de Ayuda al Desarrollo de la OCDE, organismos multilaterales financieros y no financieros, organismos supranacionales como la Unión Europea o intergubernamentales como la Organización de Estados Americanos, ministerios, gobiernos, organizaciones no gubernamentales, fundaciones, y el sector privado, entre otros.

La voz y el peso de los distintos actores en este complejo sistema han ido cambiando a lo largo del tiempo. La Declaración de Busán establece por primera vez un marco común para la cooperación al desarrollo que involucra a donantes tradicionales, cooperantes Sur-Sur, los países emergentes de Brasil, Rusia, In-

¹⁰ Oxfam International. 2012. *Las claves de Busán. Los próximos pasos de la Alianza Mundial para una Cooperación al Desarrollo Eficaz*.

¹¹ PACI. 2012. Véase criterios para citar referencias

dia, China y Sudáfrica (BRICS), organizaciones de la sociedad civil (OSC) y donantes privados.

A lo largo de los años, ha habido un creciente protagonismo de nuevos donantes públicos y de los países llamados BRICS, cuyo volumen de desembolso supone un impacto importante en el panorama del desarrollo. En el último Foro de Alto Nivel sobre Eficacia de la Ayuda (Busán, 2011), estos han sido reconocidos como actores de la cooperación y demostraron su poderío logrando una diferenciación en los compromisos de actores del norte y actores del sur, dejando una puerta abierta a una Asociación para el desarrollo de dos velocidades, es decir, con dobles estándares¹², ya que los nuevos compromisos son de carácter voluntario.

El sector privado ha ido ganando peso y protagonismo a partir de la Conferencia sobre Financiamiento para el Desarrollo (Monterrey, México, 2002), que reconoce la existencia de un gran déficit de recursos para lograr los objetivos establecidos y, entre las principales medidas, propugna el comercio internacional como promotor del desarrollo. El Programa de Acción de Accra (2008) hizo partícipes a otros actores clave para el desarrollo, como el sector privado y las OSC. El documento final de Busán refleja ampliamente la inclusión del sector privado como agente de desarrollo¹³.

En el trayecto de París-Accra-Busán, se ha avanzado claramente en el reconocimiento de las OSC como actoras de pleno derecho en la cooperación y el desarrollo. Sin embargo, a pesar de haberse reconocido su inclusión como iguales en las negociaciones previas al Foro de Busán junto con gobiernos y donantes, este concluye sin que la mayoría de sus peticiones sean recogidas en la declaración final¹⁴.

Con todo, algunos de los interrogantes que constituyen el debate post-Busán siguen abiertos:

- El nuevo sistema de desarrollo tiene una arquitectura cada vez más compleja e incluye más actores en el sistema de la cooperación internacional. Además, la diversidad de condiciones y contextos de los países tanto desarrollados como en desarrollo, la realidad de múltiples países que se mueven a velocidades muy distintas y que plantean necesidades y dinámicas diferentes en el marco de la coexistencia de formas de cooperación diversifi-

¹² Plataforma 2015 y más. 2011.
¿Puede ser eficaz la ayuda sin derechos?

¹³ Asociación de Busán para una Eficaz Cooperación para el Desarrollo. 2011. Declaración Final.

¹⁴ Plataforma 2015 y más. 2011.
¿Puede ser eficaz la ayuda sin derechos?

cadass (como la Norte-Sur, la Sur-Sur, la Triangular Norte-Sur-Sur y la multiangular) plantea dificultades. ¿Quién gobernará este sistema?

– ¿Cómo se articulará la nueva Alianza Global para la Cooperación al Desarrollo Eficaz?

– ¿Quiénes participarán y bajo qué mecanismos de inclusión, representatividad y de toma de decisiones? Hay que tener en cuenta que cada uno de estos actores tienen agendas, concepciones, intereses y lógicas de funcionamiento distintos.

– ¿La nueva Alianza para el desarrollo es realmente un nuevo paradigma o un retroceso? Pretende ser lo primero pero ¿no es en realidad una suerte de borrón y cuenta nueva frente a los compromisos adquiridos en Accra, retrocediendo casi al punto de partida?

– Al cambiar de enfoque y transitar de la “eficacia de la ayuda” a la “eficacia del desarrollo”, de la AOD a la financiación global del desarrollo, ¿qué pasará con la meta del 0,7% o cualquier otra que establezca una meta financiera?

– ¿Se deja atrás el enfoque de derechos humanos para el desarrollo, volviendo a la cooperación orientada a un modelo que se basa en el crecimiento económico? ¿Se había abandonado alguna vez dicho modelo?

– La inclusión del sector privado como agente de desarrollo y del comercio internacional como promotor de desarrollo, ¿qué implicaciones tiene?

04

AOD en salud y la cooperación española

Desde que en el año 1978 se aprobó la Declaración de Alma Ata con el objetivo de proveer de asistencia sanitaria a todo el mundo para el año 2000¹⁵ a través de la asistencia primaria de salud, ha habido un número importante de conferencias internacionales en las que se ha destacado la necesidad de apoyar la salud de las poblaciones y la preocupación sobre la mejor manera de hacer dicho apoyo efectivo.

Los ODM, entre los que se encuentran tres objetivos específicos de salud, la sitúan en el corazón del desarrollo humano sostenible y resaltan que asegurar una salud mejor es uno de los requisitos previos para el desarrollo económico y la cohesión social.

Gracias a los esfuerzos conjuntos de los gobiernos, organismos internacionales, sector privado, sociedad civil y a la proliferación de iniciativas globales de salud, en los últimos 10 años ha habido un crecimiento exponencial de los recursos internacionales destinados a la cooperación en salud (ver Gráfico 1) y se ha logrado salvar muchas vidas, así como mejorar las condiciones para amplias capas de la población. Sin embargo, a solo tres años del plazo fijado para la consagración de los ODM, las proyecciones indican que en 2015 más de 600 millones de personas de todo el mundo seguirán careciendo de acceso a agua potable segura, casi mil millones vivirán con un ingreso de menos de 1,25 dólares al día, habrá demasiadas madres que morirán durante el parto (cuando ello puede evitarse) y habrá un número excesivo de niños que sufrirán y morirán de enfermedades prevenibles¹⁶.

El Secretario General de Naciones Unidas, Ban-Ki Moon, apela a que no debe permitirse que las actuales crisis económicas que afectan a gran parte de los países desarrollados ralenticen o reviertan los avances conseguidos¹⁷, ya que se había calculado que solo se podrían alcanzar estos objetivos si los donantes cumplieran con el compromiso de destinar el 0,7% de su PIB a la AOD y se asegurasen de que al menos el 15% de esta ayuda, es decir el 0,1% del PIB, se dedica a salud.

¹⁵ Apartado VII de la Declaración de Alma Ata

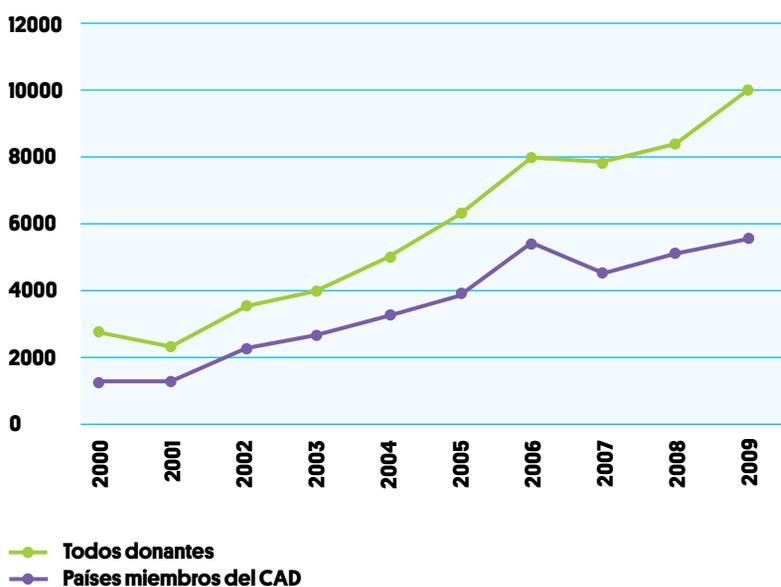
¹⁶ Objetivos de Desarrollo del Milenio Informe de 2012

¹⁷ Objetivos de Desarrollo del Milenio Informe de 2012

¹⁸ En buena parte correspondientes a programas de VIH/SIDA

España se había situado en los años de bonanza y, gracias al impulso financiero dado a la política de cooperación al desarrollo por los gobiernos de Zapatero, entre los donantes más importantes en el sector salud. Los recursos totales destinados a los sectores de salud en general y salud sexual y reproductiva¹⁸

Gráfico 1 Evolución de la AOD en Salud (millones de dólares).



Fuente Creditor Reporting System.

se multiplicaron por cinco entre 2004 y 2009, hasta superar los 500 millones de euros¹⁹, lo que permitió a España alinearse con la comunidad internacional en términos de volumen y esfuerzos. Sin embargo, dichos esfuerzos no se tradujeron en méritos cualitativos. Por un lado, aunque España hizo esfuerzos por alinear formalmente sus programas de cooperación con los principios de París y Accra sobre eficacia de la ayuda, la calidad de la cooperación española sigue siendo baja²⁰. Por el otro, sigue habiendo una multitud de estrategias y herramientas de planificación sin criterios claros de coordinación y toma de decisión.

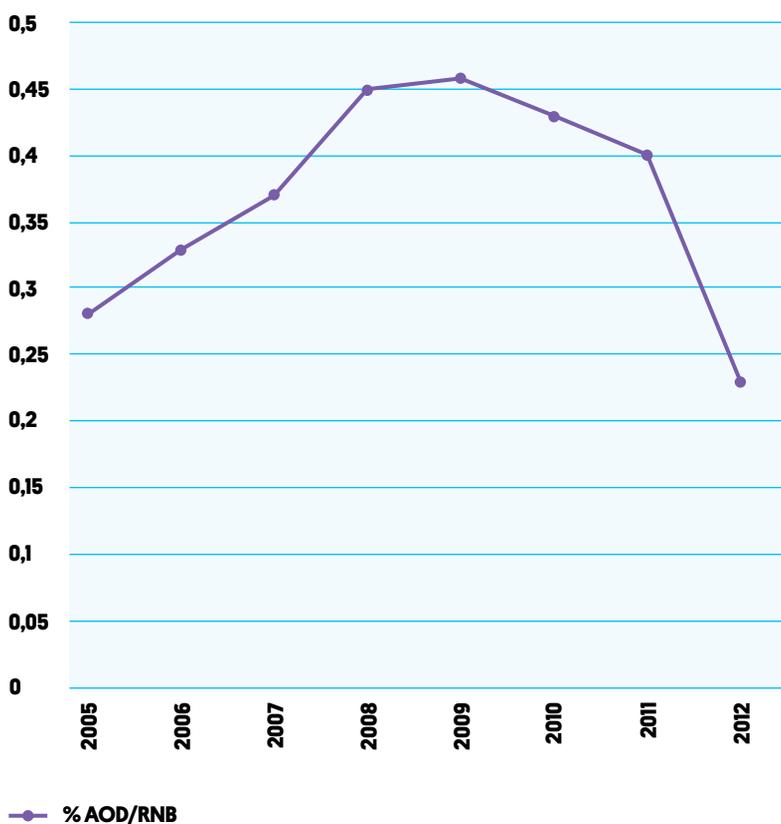
Hoy por hoy, el drástico recorte de la AOD (ver Gráfico 2) lastra los compromisos de España en la lucha contra la pobreza y amenaza los avances realizados en salud. Es alarmante el descenso drástico de la AOD en la cooperación en salud (654 millones de dólares de la AOD española)²¹. Cabe destacar que esta perspectiva aleja a España de la recomendación de destinar el 15% de la AOD al sector salud como sector prioritario.

¹⁹ Fanjul G, 2012.

²⁰ Olivie I et al. 2011. "Nunca desaproveches una buena crisis: hacia una política pública española de desarrollo internacional". Informes Elcano 13. Real Instituto Elcano

²¹ Prosalus, Medicusmundi, Médicos del Mundo. 2011. *La salud en la cooperación al desarrollo y la ayuda humanitaria*.

Gráfico 2
Evolución %
AOD / RNB



Dentro de este contexto, entre los ejes de discusión de la política de la cooperación española podríamos destacar los siguientes:

1- En los países en transición,²² la carga de enfermedades no transmisibles (cáncer, diabetes, corazón) pone de manifiesto la pertinencia de adecuar el tipo de cooperación ante las diferentes realidades, prestando especial atención a la diferencia entre los países de media y baja renta. Actualmente, el 70% de los pobres vive en países de ingresos medios²³ donde se ha desplazado la mayor carga de enfermedad, especialmente si contamos las prevenibles con vacunas junto con el VIH/SIDA y la tuberculosis.

2- Los criterios técnicos para determinar la eficacia de la ayuda no han sido internacionalmente consensuados y el debate académico continúa, lo que dificulta una ordenación clara de las políticas públicas de cooperación.

22 Países con economías en transición o economías en transición son aquellos que han pasado de economías de planificación a economías de mercado. Esta denominación incluye a China, Mongolia, Vietnam, las repúblicas de la ex Unión Soviética y los países de Europa central y oriental. En estos países vive aproximadamente un tercio de la población mundial.

23 Sumner A. 2010. *Global Poverty and the New Bottom Billion: What if Three-Quarters of the World's Poor Live in Middle-Income Countries?* Institute of Development Studies

3- En los últimos años, han aflorado un sinfín de iniciativas globales en salud²⁴ mecanismos público–privados que han puesto de manifiesto la debilidad de la OMS, han condicionado los sistemas de salud y han generado controversia sobre la pertinencia de su enfoque.

4- En concreto, la cooperación española en salud no ha contado con una única estrategia, criterios compartidos (o criterios conocidos, sin más) y herramientas de coordinación. Su capacidad técnica ha sido limitada, con baja capacidad de influencia sobre las decisiones políticas.

5- Después de años de expansión, España ha recortado en cooperación entre 2010 y 2012 mucho más que la media de recorte general de gasto público. Dentro del presupuesto de cooperación, las partidas dedicadas a salud han sido las más perjudicadas. Así, mientras existen países que están manteniendo la ayuda, en España dicho concepto tiene un comportamiento altamente pro cíclico.

6- La dispersión geográfica de la ayuda es vista como elemento de dispersión que va en detrimento de la eficacia. Los ejercicios de concentración no parecen obedecer a ningún marco de política pública que esté además acordado con otros actores y en el que se prime la especialización para la división del trabajo. Hay una necesidad de concentración.

²⁴ Fondo Global contra el Sida, la Malaria y la Tuberculosis (Fondo Global); Alianza Global para la Vacunación y la Inmunización (GAVI); Iniciativa de Medicamentos contra Enfermedades Olvidadas (DNDi).

Resulta paradójico que mientras la gran mayoría de fuentes consultadas para la realización de este documento coinciden en señalar el fuerte pero indiscriminado aumento de los recursos disponibles como uno de los serios males que ha aquejado a la cooperación española antes de la crisis, una parte de los expertos entrevistados persistan en manifestar que el esfuerzo financiero en cooperación debería ser una prioridad. Otros insisten en que eso es empezar la casa por el tejado: primero hay que definir con qué política pública (con qué objetivos) puede y quiere dotarse España, y a partir de ahí establecer los recursos necesarios para llevarla a cabo.

La mayoría de los expertos consultados sí ha mencionado la claridad de los objetivos de una política de cooperación como un elemento clave. Es una manera inversa de criticar lo que se entiende como un déficit muy preocupante: la ausencia de objetivos precisos en la cooperación española. En este sentido, la mezcla de metas políticas (no siempre explícitas) y técnicas, que incluye los intereses del país donante junto con la búsqueda de impacto en las poblaciones receptoras, genera confusión. La necesidad de clarificación puede referirse tanto a la enumeración de objetivos (que consten y que lo hagan con nitidez) como a que una vez que estos han sido determinados formalmente, las prácticas sean coherentes con su contenido.

La existencia de objetivos políticos no tiene por qué tener un efecto negativo sobre el resultado en términos de desarrollo. Al fin y al cabo, para todos los donantes, sea cual sea la ideología o el grado de eficacia de sus programas, existen dos dianas en su política de cooperación al desarrollo: el impacto y la proyección global. Esta segunda vertiente es la que define el nacimiento del sistema después de la II Guerra Mundial como elemento constitutivo del sistema internacional y nacional de cooperación al desarrollo, que no deja de ser una política pública ejercida por los estados. Es un rasgo característico poco discutible porque está en la propia esencia de la política. Hay que poner entonces en esta perspectiva todas las agendas internacionales, no solo el concepto de eficacia sino también todos los demás (apropiación, coordinación...), ya que derivan de un juego político internacional en el que el conjunto de los estados tiene sus valores y sus intereses. Dentro de esta perspectiva, ¿qué desempeño puede tener la eficacia?

Si bien en ciencia y economía, por poner dos ejemplos, existen definiciones asentadas de eficacia, no así en el campo de las políticas públicas. Por ello, es importante que nos preguntemos sobre cómo se define o redefine el concepto de eficacia de la ayuda, de dónde nace, por qué tenemos este debate aquí y ahora y en los foros internacionales sobre cooperación. Para entender la situación hay que definir quiénes son los actores, cuáles son los intereses, posiciones, valores y principios que subyacen a cada uno de ellos, y analizar qué equilibrios de poderes hay en las negociaciones que mantienen estos actores. De todo ello depende el significado que le demos al término “eficacia de la ayuda”.

Conviene recordar, en este sentido, que la ayuda al desarrollo nace en un contexto histórico determinado, conforme las antiguas colonias se hacen formalmente independientes de la metrópoli y esta quiere seguir interviniendo en sus antiguas posesiones pero con otro formato. Para algunos, la cooperación no deja de ser una forma de injerencia política o de neocolonialismo.

Es por ello que el concepto de cooperación se utiliza de manera ambigua desde el principio para justificar relaciones internacionales, políticas, comerciales y geoestratégicas. La mayoría de la gente, al hablar sobre la eficacia de la ayuda, no se pregunta si históricamente la AOD ha sido eficaz en la defensa de los intereses geoestratégicos de los donantes pero lo cierto es que se empleó en su momento para crear zonas de influencias entre los dos bloques de la guerra fría. Los esfuerzos por disociar o desvincular la ayuda de los intereses del donante han tenido, si es que alguno, un resultado escaso.

Cabría preguntarse si no es vano dicho deseo de desvinculación, o incluso contraproducente. Al fin y al cabo, la relación entre la política exterior y la AOD es indisoluble pues como decimos surge para legitimar una presencia en un contexto post-colonial y más tarde como una manera de proyección internacional. Es idealista pensar que se puede disociar completamente la cooperación al desarrollo de los intereses, de los juegos de poder y de los objetivos que busca el estado como interés propio. Hay otro tipo de ayuda como la privada que quizás pueda guiarse más fácilmente por otros valores e indicadores aunque no por ello está exenta de críticas.

El debate sobre la eficacia surge de un grupo de países limitados (los que componen la OCDE) en un contexto completamente diferente del actual, aquél en el que se produjeron fuertes aumentos de recursos propiciados por los ODM para dar un mayor impulso a la cooperación. Los donantes, sin embargo, cayeron en la cuenta de que había duplicidades, una gestión poco eficaz, pérdida de recursos y un impacto limitado. Se establecieron entonces los indicadores de París: armonización entre los donantes, alineamiento con el país, gestión para resultados y rendición de cuentas (como núcleo de lo que se cree que debería ser la eficacia).

El contexto económico global actual es muy diferente. Con la aparición de nuevos actores y de los valores que traen de la mano, cambia la priorización y quizá se dará más importancia a la apropiación, a la percepción de que deben ser los estados receptores los que marquen la agenda a la cual se tienen que acomodar los donantes, como veremos un poco más abajo. En este sentido, la cooperación sur-sur puede ser positiva ya que los países receptores pueden definir más y mejor su agenda aunque no totalmente.

En consecuencia, el concepto de eficacia tradicional, ahora en entredicho, ha venido determinado por el marco del Comité de Ayuda al Desarrollo de la OCDE, que en sí ya es un sesgo de entrada en la conceptualización que condiciona las pautas de lo que se va entender por eficacia. Estas pautas las han marcado hasta ahora un grupo de países determinados con una participación, un rol y unos intereses específicos en la cooperación pero, cada vez más, nuevos actores reclaman participar y decidir en estas discusiones: actores del sur, países emergentes y nuevos donantes. Por ejemplo, en el último foro de Busán, a petición de China, se cambia el término “eficacia del desarrollo” por “eficacia de la cooperación al desarrollo” en la declaración final. Esto implica la aceptación de que el desarrollo se da más allá de la cooperación y que esta es solo uno de sus instrumentos.

En paralelo, los cambios en la distribución mundial de la riqueza entre países y el aumento de la desigualdad interna dentro de las naciones abre la cuestión de si solo debe ayudarse a estados pobres (cada vez menos numerosos) o hay que seguir colaborando con los que han dejado de serlo formalmente y han alcanzado la renta media per cápita. Existe consenso en la necesidad de mantener la cooperación con ambos grupos de

países, por lo demás heterogéneos entre sí, aunque adaptándose a sus características propias: ayuda financiera y transferencia de recursos para países pobres; asistencia técnica y transferencia e intercambio de conocimiento con los de renta media.

Las necesidades, los instrumentos y los modos de cooperar con cada uno de los países son distintos, siempre respetando y asumiendo que todo el esfuerzo de la ayuda debe ser sostenible, que los receptores sean capaces de apropiarse de lo que hace el donante y que puedan sostenerlo por ellos mismos. La apropiación desde los países receptores permite a estos decir lo que quieren y al donante, si le gusta, asumir y aceptar sin tener que elaborar planes detallados, que corresponden al receptor.

Sin embargo, la apropiación es un concepto resbaladizo ya que llevado al extremo hace de la cooperación un imposible: no se coopera si solo se lleva a cabo lo que quiere una parte. Además, como se ha expuesto, resulta ingenuo creer que los intereses del donante no estarán, aunque solo sea implícitamente, presentes. Por otro lado, la apropiación no puede restringirse al gobierno del país porque en tal caso se excluiría a importantes grupos de población que carecen de poder político. La apropiación debe por tanto ser lo más democrática e incluyente posible y ser parte de un proceso de diálogo político, no un simple pedir y dar.

Pese a toda la retórica conceptual sobre asegurar la sostenibilidad y el refuerzo institucional en los programas de cooperación al desarrollo, lo cierto es que para la sociedad del país donante es mucho más inteligible cuando se ayuda a personas con nombres y apellidos que cuando se apoyan sistemas o instituciones. En este sentido, las iniciativas temáticas (en salud, educación, mujer, infancia) tienen más penetración en la sociedad donante que los programas de transformación o refuerzo estructural (mejora de los sistemas nacionales de salud o de la red de atención primaria, por poner dos ejemplos).

Precisamente, en el tema salud y en contra de las opiniones divergentes entre sí de los expertos entrevistados, la herencia académica es asombrosamente positiva respecto al impacto en personas. Es en el sector salud donde más podemos decir que ha sido eficaz. Por ejemplo, el aumento de la vacunación ha llevado a una reducción de la tasa de mortalidad infantil muy considerable. Resulta llamativo lo sucedido durante el proceso conocido como el Consenso de Copenhague, en el que se pre-

guntó a un grupo de renombrados expertos internacionales qué gran desafío para la humanidad solucionable con ayuda económica elegirían. De los 16 problemas finalistas, 14 tenían que ver con la salud y la nutrición y los otros dos con la educación. Por eso, si le preguntamos a los ciudadanos si les importaría que recaudáramos impuestos para que se puedan vacunar a los niños de otros países, la respuesta suele ser que sí. Si se les pide su parecer sobre utilizar esos mismos recursos para que haya más centros de salud en una zona rural de un país lejano, el apoyo tiende a bajar.

Por consiguiente, de los elementos que componen la eficacia de la ayuda, especialmente en salud, el más importante es sin duda el de “impacto”, entendiéndolo por impacto si lo que hacemos cambia la vida de la gente de manera sostenible, es decir, si una vez agotados los recursos los cambios generados se mantienen. En esta línea, y planteada la dicotomía entre impactos a corto (salvar vidas), medio (refuerzo de las capacidades) y largo plazo (mejora de los indicadores de salud y de la esperanza de vida), la clave es saber combinar los tres de manera inteligente y con efectos multiplicadores.

En torno al debate sobre la diferenciación entre los países de renta media y los países menos avanzados y el tipo de cooperación que puedan necesitar cada uno, en estos últimos se puede seguir necesitando recursos considerables para contener la pérdida de vidas y apuntalar y dar consistencia a los sistemas de salud mientras que en los primeros se puede preferir dar prioridad a la formación en capacidades, el intercambio de conocimientos o la colaboración en investigación. Estas aproximaciones son generales, ya que cada país tiene su propia idiosincrasia y necesidades.

En nuestro caso, la cooperación española debe identificar qué puede ofrecer que sea especialmente bueno y al mismo tiempo atractivo para otros países, lo que podríamos denominar su ventaja comparativa o su valor añadido, tanto desde el punto de vista temático como en el de las fórmulas y los actores que se impliquen (alianzas público-privadas, triangulares entre ONG, sector público y centros de investigación). Y todo ello, reconociendo la naturaleza cambiante del contexto y la importancia de tratar a los nuevos socios de la cooperación en condiciones de igualdad.

Al mismo tiempo, el impacto en el receptor no debe soslayar la importancia del impacto en el donante y sus intereses. Conviene recordar que la cooperación es una política pública divergente a las otras ya que invierte los recursos en un lugar diferente al que han sido obtenidos en forma de impuestos. Es un concepto que surge como una forma de legitimación un tanto extraña de una política dentro de un contexto donde tiene que legitimarse más que otras. Si hay unos malos resultados en los programas de educación no los eliminamos, buscamos qué se puede mejorar. Sin embargo, si los malos resultados son en cooperación la hacemos desaparecer o menguar extraordinariamente y no tiene mayores efectos en la política local. Hay que asumir este elemento distintivo, característico y diferenciador de la cooperación al desarrollo y obrar en consecuencia.

Por eso hablamos de la trascendencia de la rendición de cuentas y de que esta sea mutua. La rendición de cuentas es un concepto mucho más general en cuanto que la evaluación -y dentro de esta la eficacia- es una parte de ella. La rendición de cuentas sería lo que el Estado tiene que explicar a la ciudadanía en cuanto a las iniciativas políticas que lleva a cabo, la gestión de los recursos y los resultados obtenidos. En cooperación se ha querido cubrir esa rendición de cuentas solo en sus vertientes jurídica y económica pero no sobre la rendición política que permite determinar quién asume la responsabilidad de cada cosa, qué tipo de sanciones existen si no se cumple y de qué incentivos se dispone para conseguirlo.

La rendición de cuentas pasa por mostrar a la ciudadanía que sus impuestos generan impactos, un aspecto prioritario para el nuevo gobierno español por lo que se interpreta en los documentos oficiales que van saliendo a la luz. Y más relevante todavía en un contexto de crisis de financiación, si logramos mostrar al ciudadano y a los políticos que lo que hacemos salva vidas concretas y cambia la vida de la gente, estará más asegurada la financiación. Pero como no se ha tenido éxito al intentar transmitir esas evidencias, la cooperación descentralizada ha desaparecido y prácticamente nadie sale a la calle a decir lo injusto e inmoral que es. No es tan evidente que al explicarlo se entienda que no hay dos mundos y que los problemas de allá afectan aquí. La salud es de los pocos asuntos donde la globalidad puede ser bien argumentada y defendida pero requiere levantar evidencias y divulgarlas de manera inteligente.

Globalmente cada vez hay más interconexiones y si se cuenta con una población más sana a escala global probablemente se dispondrá de un sistema productivo más eficaz, lo que conducirá a un crecimiento económico mayor. Si por ejemplo se desea facilitar la presencia de una empresa española en un país, es una garantía más saber que la fuerza de trabajo va estar sana y cubierta por algún tipo de seguro sanitario que no implicará gastos inmanejables en caso de enfermedad: eso beneficia a todos. Igualmente, países sanos aminoran los riesgos para la seguridad de territorios vecinos al español, lo que redundará de nuevo en una mejora para ambos lados de la frontera.

Por ello, la eficacia de la cooperación en salud pasa por mostrar el impacto obtenido con el dinero que se otorga a la cooperación al desarrollo: hay que demostrar que se han conseguido los objetivos propuestos y que lo han sido en personas concretas. Y que dicho impacto les beneficia a ellas pero también ha nosotros.

06

Reflexiones finales

Todo parece indicar que la cooperación en los países desarrollados está experimentando un cambio como consecuencia de la crisis y los cambios geo-políticos que estamos viviendo. De modo creciente será necesario argumentar los resultados de la cooperación no solo en términos de impacto para las poblaciones beneficiadas sino también en términos de efectos beneficiosos para el país donante. Ello, a escala internacional, podría ser un camino para consolidar líneas de cooperación eficaces y sostenibles en el tiempo, que no sean cuestionadas en contextos de restricciones presupuestarias y que se forjen más allá de la transferencia de recursos

Este concepto de beneficio mutuo en salud se concreta en que la ayuda debe tener un impacto positivo y medible en términos de salud para la población beneficiaria del país receptor pero también en que se debe realizar a través de actividades que generan efectos multiplicadores aprovechando las ventajas competitivas del país donante.

La ayuda debería reforzar la capacidad de lucha contra los desafíos para la salud por parte de los gobiernos y del resto de actores de los países receptores de forma complementaria a la búsqueda de sinergias con la potenciación de capacidades del país donante, lo que hará que la política de cooperación sea apropiada por ambos. Ello, como ilustramos más abajo, lejos de ser contradictorio representa un elemento sinérgico en relación al cumplimiento del resto de criterios aceptados para la eficacia de la ayuda.

Una ayuda beneficiosa para ambos lados debe contar con una adecuada rendición de cuentas, que a su vez requiere objetivos claros en términos de impacto. Una adecuada rendición de cuentas debe ser transparente e incluir evaluaciones para que se valoren los esfuerzos realizados y los logros conseguidos, además de las lecciones aprendidas respecto a los objetivos políticos de la cooperación. Que esto se haga dentro del marco de los intereses más amplios de la política exterior, en este caso española, no es necesariamente negativo. Sí lo es, sin embargo, que se pretenda lo contrario y que en la práctica sea así.

La cooperación eficaz necesita un diseño específico para cada región y país, combinando las necesidades del país receptor con las potencialidades del país donante. No existe contradicción entre cooperar con países pobres y, al mismo tiempo, cooperar

con países de ingresos medios pero con altos porcentajes de población bajo el umbral de la pobreza. Si bien los problemas de salud afectan de forma desigual en función del área geográfica y de las posiciones socio-económicas, en un mundo sin fronteras las enfermedades más prevalentes constituyen un problema global tanto si se dan en países de baja, de media o de alta renta. El conocimiento generado por la investigación en salud es un buen ejemplo de lo que consideramos bienes públicos de salud global. Así, la I+D en vacunas para enfermedades infecciosas beneficiará no sólo a las comunidades donde se lleva a cabo, sino también a todas las poblaciones en situación de riesgo de adquirirlas.

Para que la ayuda sea eficaz debe ser previsible, lo cual es más probable si la ayuda representa un beneficio mutuo. Dado que el impacto positivo requiere un esfuerzo continuado en el tiempo, el efecto multiplicador de la ayuda para el país donante es un factor que contribuye a mejorar la estabilidad y compromiso a largo plazo.

Tal y como se ha dicho, en el ámbito de política exterior, la cooperación debería buscar posiciones beneficiosas para ambos lados, ya que ello hace que la cooperación sea más previsible y que cuente con mayores niveles de apoyo. La ayuda será más eficaz si se utilizan y potencian las capacidades del país donante en lugar de si se limita solo al esfuerzo financiero. La búsqueda de posiciones “ambos ganan” tiene también su reflejo en modelos como los partenariados público-privados, en los que se pueden conjugar el interés general con la eficiencia emprendedora. Los intereses privados forman parte de los procesos de desarrollo. De hecho, las empresas son las primeras interesadas en el desarrollo social que posibilite la existencia de mercados necesarios para la creación y crecimiento de actividades empresariales. De esta manera, el sector público y el sector privado tienen, si no objetivos, sí intereses comunes que deben ser explorados para beneficio mutuo.

La previsibilidad exige un marco presupuestario plurianual que facilite conocer la evolución de la ayuda a lo largo del ciclo legislativo. El esfuerzo en AOD no debería estar sujeto al ciclo económico ya que la retirada indiscriminada de dicha ayuda implica el incumplimiento de compromisos para con la vida de personas que dependen de ello. Al igual que hacen países como el Reino Unido, la ayuda debería tener una estabilidad

presupuestaria más allá del ciclo económico. Una vez más, las sinergias y efectos multiplicadores representan un refuerzo a la estabilidad presupuestaria imprescindible para la consecución de los deseados objetivos de impacto a largo plazo.

La previsibilidad presupuestaria también requiere de la comprensión por parte de la ciudadanía de los efectos positivos que generan los esfuerzos realizados en AOD. Los resultados de la cooperación deben ser medidos y evaluados para la adecuada rendición de cuentas. Dicha rendición de cuentas debe formar parte del debate público para que la población entienda el esfuerzo realizado y los beneficios conseguidos en términos de impacto solidario y potenciación social y económica de la propia sociedad donante. Si los presupuestos públicos muestran la voluntad popular ejercida a través de los representantes políticos, la AOD debe tener lugar en el marco de una priorización sobre los efectos sociales y económicos que genera una determinada distribución de los recursos financieros públicos.

España debe hacer explícitos sus intereses en tanto que país y analizar cómo se engarzan con la política de cooperación. Es más honesto y útil poner sobre la mesa qué se persigue y ver la manera en que dicho objetivo se conjuga con los de mejora del desarrollo humanos en otras zonas del mundo que abandonar o dejar languidecer la AOD sin dotación económica y sin rumbo claro. El refuerzo de la marca España, la apertura de mercados a la pequeña y mediana empresa, la estabilización política de nuestros vecinos o el dividendo en el capital político internacional son metas legítimas que pueden y deben ser compatibles con el impulso a la I+D de bienes públicos, el refuerzo de los sistemas nacionales de salud o la lucha contra enfermedades prevalentes y olvidadas para salvar vidas y mejorar la salud de los más vulnerables. Si lo hacemos de esta manera, ganaremos todos.

1. Glassman A, Duran D, Sumner A. 2011. *Global Health and the New Bottom Billion*. Center for Global Development. Working Paper 270.
2. DFID. *Multilateral Aid Review*. 2011.
3. Duran D, Glassman A. 2012. *An Index of the Quality of Official development Assistance in Health*. Center for Global Development. Working Paper 287.
4. Acción para la Salud Global. 2011. *Análisis de procesos de planificación de la cooperación española de salud*.
5. The Canadian Academy of Health Sciences. 2011. *Canadians Making a Difference: The Expert Panel On Canada's Strategic Role In Global Health*.
6. Working Party on Aid Effectiveness Task Team On Health As A Tracer Sector. 2011. *Progress and challenges in aid effectiveness: What can we learn from the Health Sector?* OECD.
7. Independent Commission For Aid Impact (ICAI). 2011. *Approach to Effectiveness and Value for Money*. Report 1.
8. Fanjul G. 2012. *La ayuda española al desarrollo y los retos de la salud global*. ISGlobal.
9. Medicus Mundi, Prosalus. 2011. *La salud en la cooperación al desarrollo y la acción humanitaria*.
10. Declaración de Busán.
11. Wood B et al. 2011. *Evaluación de la declaración de París*.
12. WHO. 2008. *The global burden of disease*.
13. Acción para la Salud Global. 2011. *Eficacia de la ayuda en salud. Hacia el Cuarto Foro de Alto Nivel. Busan 2011*.
14. Birdsall N. 2012. *The Global Financial Crisis. The beginning of the end of the "development" agenda*. Center for Global Development. Working Paper 003.
15. Glassman A. 2012. *We Quantified the Quality of Health Aid! (So What?)*. Center for Global Development.

08

Apéndice I: Expertos entrevistados individualmente

Experto	Organización
José Antonio Bastos	MSF
Ariadna Barolet	Fundación “la Caixa”
Sergio Galán	AECID
Carlos Ugarte	MSF
Maribel Alañon/Elvira Velasco	Humanismo y Democracia
Liliana Marcos	Acción por la Salud Global
Marta Arias	UNICEF
Esperanza Rivera	CEOE
Miguel Casado	Secretaría General de Cooperación
José Antonio Sanahuja	ICEI - Universidad Complutense de Madrid
Manuel Manrique Gil	FRIDE
Gonzalo Fanjul	Consultor independiente
José M^a Medina	Prosalus
Jaime Atienza	Intermón Oxfam
Francisco Quesada	Secretaría General de Cooperación

09

Apéndice II: Expertos participantes en el seminario

Experto	Organización
Katty Cascante	Fundación Alternativas
Manuel Manrique	FRIDE
José María Larrú	Universidad San Pablo-CEU
Iliana Olivé	Real Instituto Elcano
Cristina Xalma	SEGIB

ISGlobal Instituto de Salud Global Barcelona

ISGlobal es una iniciativa de:

