



Opinión

La ayuda española al desarrollo y los retos de la salud global

Una receta para el cambio

El sistema de salud global se ha transformado con la participación de nuevos actores públicos y privados. La consolidación de nuevas formas de colaboración permitiría multiplicar los recursos, fortalecer los sistemas nacionales de salud y recuperar el terreno perdido en la lucha contra la mortalidad infantil o la salud materna. España se encuentra en una posición privilegiada para participar en ese debate, pero antes debe corregir las graves carencias que afectan a su modelo de cooperación internacional.

01**LA TRANSICIÓN
DE LA SALUD GLOBAL
Y EL PAPEL DE ESPAÑA****02****LA AOD ESPAÑOLA
EN SALUD GLOBAL****03****LAS NUEVAS INICIATIVAS
POR LA SALUD GLOBAL.****04****CONCLUSIONES
Y RECOMENDACIONES.
UNA HOJA DE RUTA
PARA LA AOD
ESPAÑOLA EN SALUD
GLOBAL**

Este informe ha sido escrito por Gonzalo Fanjul, Investigador Asociado Senior de ISGlobal. El autor agradece las contribuciones de Joan Tallada, así como los comentarios de Rafael Vilasanjuán, María Valles, Enric Jané, Enric Grau, Laura Moya y otros miembros del equipo de ISGlobal. Javier García elaboró la base estadística del informe. Mucho realizó la edición y el diseño.

La información incluida en esta publicación es correcta en el momento de envío a imprenta.



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



El derecho a la salud constituye un termómetro de la calidad moral de las sociedades, imbricado en los grandes desafíos del bienestar global, como la desnutrición, la inequidad o el cambio climático. Aunque en las últimas décadas hemos conocido avances sin precedentes en algunos indicadores claves como la mortalidad infantil o el acceso a tratamientos contra el VIH-SIDA, la comunidad internacional está perdiendo la batalla que comenzó en 2000 con la declaración de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

Hoy existen oportunidades sin precedentes para cambiar esta situación. Los últimos diez años han conocido un crecimiento exponencial de los recursos internacionales destinados a la promoción de la salud. El esfuerzo combinado de gobiernos, organismos internacionales, ONG y fundaciones filantrópicas permitió superar en 2010 los 25.000 millones de dólares en ayudas a este sector, el triple que en 1998. Este incremento se ha producido en un contexto de aparición de nuevos donantes y de proliferación de iniciativas e instituciones dedicadas a la salud, entre las que destacan el Fondo Global contra el SIDA, la Malaria y la Tuberculosis, la Alianza GAVI o la Fundación Bill y Melinda Gates.

Las nuevas iniciativas globales de salud han supuesto un espaldarazo político, científico y económico para el esfuerzo internacional en este ámbito. Han estimulado la generación de mecanismos innovadores de financiación y han sido capaces de atraer el esfuerzo conjunto de actores públicos y privados. Algunas de estas iniciativas han asumido –no siempre sin críticas– un papel de liderazgo en campos como la malaria o el SIDA.

Sin embargo, esta proliferación de actores se ha traducido en ocasiones en una atomización de estrategias, con la posibilidad de limitar el impacto de otros programas. En un contexto marcado por la debilidad de las instituciones públicas de los países en desarrollo,

la llegada de grandes iniciativas internacionales puede tener efectos contraproducentes al sobrecargar los sistemas nacionales de salud, generando descoordinación e incluso relegando otras prioridades que son menos interesantes para los donantes que para los pacientes. Este conflicto ha dado lugar a nuevas formas de desigualdad en las que unos enfermos y patologías prevalecen sobre otros, y que se podrían ver agravadas por caídas presupuestarias como las que ya se están observando en el campo de la investigación sobre enfermedades olvidadas.

La tensión entre iniciativas globales y sistemas nacionales de salud se ha convertido en un conflicto poco útil para resolver los importantes desafíos de este campo. Este nuevo informe de ISGlobal argumenta por qué ambos satisfacen condiciones necesarias pero no suficientes. Si las primeras ofrecen volúmenes crecientes de financiación, relevancia pública y política, e innovación en la generación de recursos y herramientas, los sistemas nacionales son imprescindibles para garantizar la sostenibilidad, impacto y legitimidad de las acciones. Por encima de ellos –y sujeta a una reforma que aproveche sus fortalezas y reduzca sus debilidades– la OMS cuenta todavía con la legitimidad política global para definir prioridades, optimizar la coordinación entre actores y compartir las lecciones aprendidas.

España ocupa una posición privilegiada para participar en este debate. La cooperación en el ámbito de la salud se ha convertido en una de las piezas claves del sistema nacional de ayuda, superando los 500 millones de euros en 2009. Buena parte de estos recursos ha ido destinado a la financiación de programas multilaterales de prestigio como el Fondo Global, la Alianza GAVI, la Organización Mundial de la Salud o UNITAID, lo que ofrece a España un irrenunciable capital político.

Sin embargo, el sector salud también constituye un microcosmos de las graves carencias que afectan al sistema español de cooperación, en particular la escasa orientación estratégica y las dificultades para evaluar la calidad de una ayuda cuyo éxito estaba más bien relacionado con el volumen del gasto. En tiempos de crisis, el riesgo de limitar el impacto de los programas y reducir la influencia de España en el debate internacional no es menor. Por ello, las prioridades políticas para los próximos años deben considerar el sostenimiento de los recursos técnicos y presupuestarios, la definición de objetivos estratégicos claros y la reforma de las instituciones que gestionan la ayuda.

ISGlobal propone para la próxima legislatura la siguiente hoja de ruta de la ayuda española en materia de salud:

— **En el corto plazo:** Reducir la dispersión temática, geográfica y sectorial de la ayuda al desarrollo, concentrando los recursos en aquellas áreas que garanticen un mayor impacto y alineamiento con las prioridades del conjunto de la cooperación oficial. Para ayudar a realizar esta definición debería establecerse un Consejo Asesor en Salud Global formado por expertos, así como considerar las capacidades de organizaciones y expertos de la sociedad civil en el diseño, monitorización y evaluación de programas en salud global.

— **En el medio plazo:** Revisar en profundidad la estrategia en este sector, estableciendo criterios conocidos, fundamentados, coherentes y evaluables para determinar la orientación de los recursos de la ayuda bilateral y multilateral a la salud. La nueva estrategia debe potenciar las alianzas público-privadas y los organismos multilaterales que demuestren un alto grado de cumplimiento de los criterios establecidos; emplear las capacidades de la sociedad civil (fundaciones, universidades, centro de investigación, empresas, ONG); y establecer una estrategia del conocimiento e innovación como motor del desarrollo.

— **En el largo plazo:** el Gobierno debe alcanzar un acuerdo marco o pacto nacional por la salud global con el resto de departamentos gubernamentales y los actores de la cooperación descentralizada, poniendo en marcha las reformas institucionales necesarias para implementar las nuevas estrategias y reforzando el papel de España en los programas bilaterales y multilaterales que hayan sido establecidos como prioritarios.

Aunque hubiese sido deseable que España garantizase un suelo para la ayuda cercano a la cifra de los últimos años (alrededor del 0,46% de la RNB), la prioridad ahora es no añadir más recortes a los que ya se han producido, que amenazan gravemente la credibilidad de España en este ámbito. Deben establecerse planes para incrementar este porcentaje de acuerdo a la evolución económica del país, hasta alcanzar el objetivo del 0,7 por ciento. El presupuesto destinado a las partidas de salud global debería ser de al menos un 15% del total de los recursos de la ayuda, tal como recomienda la Organización Mundial de la Salud.

John Kerry,
Presidente del Comité
de Relaciones Exteriores
del Senado de los EEUU.
Agosto 2011

“ Un liderazgo global enérgico es un imperativo estratégico para América, no un favor que le hacemos a otros países. Amplifica la voz de América y expande nuestra influencia. En un mundo cada vez más interdependiente, recortar la ayuda y las inversiones en desarrollo es una receta para el aislamiento y la influencia menguante. América no puede descolgarse de un mundo que opera en red”.¹

01

La transición de la salud global y el papel de España

Por primera vez en la historia, nuestra generación vive una época en la que gobiernos, organismos multilaterales e instituciones privadas ganan lentamente la batalla por la salud global. La esperanza de vida en los países de ingreso medio y bajo ha ido incrementándose en 5 años por década durante los últimos 40 años.² El mundo ha sido testigo de una reducción histórica en la tasa de mortalidad infantil, gracias en buena medida a los avances en la prevención y el tratamiento de la malaria, el control del VIH o la inmunización contra el sarampión. Entre 2003 y 2008, el número de personas que recibieron tratamiento antirretroviral contra el VIH se multiplicó por diez, alcanzando a más de 4 millones de pacientes.³

Los retos pendientes, sin embargo, son abrumadores. De acuerdo con el informe que evalúa cada año los progresos de la comunidad internacional hacia los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), “a pesar de los avances, y aunque la mayor parte de las muertes de niños pueden ser prevenidas, demasiados países tienen todavía niveles inaceptables de mortalidad infantil y han hecho progresos escasos o nulos en los últimos años”.⁴ Más de la mitad de los cerca de 9 millones de niños menores de cinco años que murieron en 2008 cayeron víctimas de la neumonía, la diarrea, la malaria o el SIDA, enfermedades que podrían haber sido evitadas o paliadas con tratamientos accesibles. En buena parte de África, un parto sigue siendo una tarea de alto riesgo para millones de madres que carecen de la atención y la infraestructura sanitarias básicas. A pesar de que el precio de los tratamientos contra el VIH se ha reducido en un 99% en la última década, los nuevos datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) señalan que 9 millones de personas esperan todavía el tratamiento que necesitan de forma desesperada.⁵

Estos números son el reflejo de la realidad que separa a las poblaciones ricas de los países desarrollados y emergentes de los pacientes del resto del planeta. En un mundo que cuenta con recursos económicos y científicos sin precedentes, los tratamientos futuristas conviven cada día con enfermedades medievales, a menudo en las mismas ciudades. Como señaló recientemente la Comisión de la OMS sobre los Determinantes Sociales de la Salud, la desigualdad establece la diferencia entre la vida y la muerte, en la medida en la que determina la educación, las condiciones laborales o el acceso a los servicios básicos de las poblaciones.⁶

Más aún, la salud se imbrica cada día con otros grandes desafíos de la globalización, como el incremento de los niveles de desnutrición, los movimientos migratorios o el impacto del

¹ Kerry (2011).

² Clark et al (2010)

³ United Nations (2010)

⁴ United Nations (2010)

⁵ Clark et al (2010)

⁶ WHO (2008)

“En el siglo XXI, la salud se ha convertido en parte de un concepto amplio de diplomacia”

cambio climático. El calentamiento global ya está desplazando la incidencia geográfica y temporal de enfermedades como la malaria, el dengue o la esquistosomiasis.⁷ La volatilidad extrema en el precio de los alimentos ha disparado el número de hambrientos por encima de los 1.000 millones de personas, acelerando los círculos viciosos que vinculan la pobreza, la desnutrición y las enfermedades. La crisis sin precedentes que padece en la actualidad el Cuerno de África es el penúltimo ejemplo de esta realidad.

Gobiernos e instituciones internacionales comienzan a asumir la nueva situación. En el siglo XXI, la salud se ha convertido en parte de un concepto amplio de diplomacia, en el que la garantía de bienes públicos globales⁸ juega un papel relevante en las estrategias de seguridad y política exterior de muchos países. Las enfermedades y su tratamiento expresan como pocos otros asuntos la interdependencia y los riesgos y oportunidades de un sistema global,⁹ de modo que muchos líderes han empezado a aceptar que lo más correcto coincide a menudo con lo más inteligente. El nuevo Gobierno británico, por ejemplo, tomó la decisión de no recortar sus programas de ayuda al desarrollo (en los que la salud juega un papel relevante) sino en vincular parte de ellos a sus prioridades estratégicas, en un gesto que no sólo expresaba la solidaridad de sus ciudadanos, sino también el modo en el que el Reino Unido entiende sus intereses internacionales.

Incluso los nuevos conceptos de seguridad se acercan a esta idea en cierto sentido. No todos los retos globales de salud suponen un problema para la seguridad, pero, como expresó en su momento el asesor de seguridad nacional de Bill Clinton, “si crea inestabilidad, caos, conflicto y guerra, entonces tiene implicaciones para la seguridad”.¹⁰ Éste es también el enfoque que utiliza la nueva Estrategia Española de Seguridad coordinada por Javier Solana y aprobada por el Gobierno español en junio de 2011, que identifica la pobreza y la desigualdad extremas como factores íntimamente ligados a los riesgos y amenazas que afronta España.¹¹

Con diferentes grados de intensidad dependiendo de las regiones, la crisis económica podría acelerar la urgencia de este cambio. La evidencia de las crisis pasadas muestra un panorama en el que la caída de recursos propios y de ayuda internacional provoca en los países pobres un encarecimiento del precio de los medicamentos y recortes en el gasto público en salud, cuyo sistema se ve obligado a atender a poblaciones que ya no pueden pagar una alternativa privada.¹² Los costes relativos de este ajuste caen sobre los hombros de las poblaciones más vulnerables, como las mujeres y las niñas.

⁷ Oxfam (2009).

⁸ Los bienes públicos globales están definidos como aquellos bienes y servicios esenciales para la supervivencia que deberían estar disponibles para todos sin coste alguno. Esto incluye la educación, la salud o el sostenimiento de los recursos naturales, por ejemplo.

⁹ Frenk and Gómez-Dantés (2002)

¹⁰ Lee and McInnes (2003)

¹¹ Gobierno de España (2011).

¹² Horton (2009)

En medio de este contexto, la batalla por la salud global se enfrenta a un intenso período de evolución y transformación. La aparición de nuevos donantes y el impulso de iniciativas globales contra algunas enfermedades específicas ha multiplicado el gasto global en salud, que diferentes estudios sitúan entre los 3 y los 4 billones de dólares anuales.¹³ Sólo en lo que respecta a la ayuda oficial al desarrollo (AOD), la contribución de los donantes de la OCDE se ha triplicado a lo largo de la última década.¹⁴ Estos incrementos han disparado la innovación política, financiera y tecnológica, reflejando el peso creciente de la salud global en el debate del desarrollo y de los bienes públicos. En concreto, la financiación de la investigación y desarrollo en este campo se ha beneficiado de una combinación exitosa de mecanismos de ‘empuje’ (financiación directa de líneas I+D que no cuentan con el apoyo del sector privado) y de ‘arrastre’ (creación de incentivos para atraer al sector privado) que han abierto importantes oportunidades.

Pero el propio ámbito de la investigación demuestra que el camino por recorrer es muy largo. El progreso en la salud global ha estado lastrado durante años por la brecha del “90/10”, como lo denominó en 1990 la Comisión de Investigación sobre Salud para el Desarrollo: las enfermedades que costaban a los países en desarrollo un 93 por ciento de las muertes prevenibles suponían tan sólo un 5 por ciento de los recursos globales destinados a la I+D de este sector. Aunque desde entonces se han producido algunos cambios que pueden hacer bailar esas cifras,¹⁵ el principio sigue siendo válido.

Paradójicamente, una parte nada desdeñable de los cambios ha venido impulsada por las instituciones privadas y no por los gobiernos. A lo largo de los últimos veinte años el panorama de la salud global se ha visto sacudido por la aparición de grandes fundaciones con una capacidad de gasto y de propuesta sin precedentes. La Fundación Bill y Melinda Gates, por ejemplo, financiaba en 2007 un programa de salud global cuyo coste era equivalente al presupuesto total de la OMS en ese mismo año.¹⁶ Lo que es incluso más importante, los recursos han venido de la mano de la innovación política y científica, situando a estas instituciones como líderes en la defensa de las iniciativas globales que se han desarrollado a lo largo de la última década, como el Fondo Global contra el SIDA, la Malaria y la Tuberculosis, la Alianza Global por la Vacunación y la Inmunización (Alianza GAVI) o los Partenariados Público-Privados para el Desarrollo de Productos (PDP).

¹³ Comisión Europea (2010).

¹⁴ OECD (2011).

¹⁵ Como en la del gasto total en investigación sobre enfermedades olvidadas (que, de acuerdo al G-Finder 2011, se incrementó un 20% entre 2007 y 2010) o el mapa de actores y enfermedades (que se ha hecho más diverso, integrado y complejo de lo que ha sido nunca).

¹⁶ Clark et al (2010).

Dicho de forma simple, la gobernabilidad de la salud global ha ido pasando de las manos de la OMS, los ministerios de salud y los donantes tradicionales, a un magma menos definido en el que las nuevas fundaciones privadas, los fondos fiduciarios, las alianzas público-privadas, las grandes ONG y los donantes emergentes juegan un papel cada vez más relevante.¹⁷ Esta *acción hipercolectiva*¹⁸ ha puesto de manifiesto las debilidades del liderazgo de la OMS, pero también ha despertado el recelo de algunos observadores que destacan los riesgos de estas nuevas Iniciativas Globales de Salud (IGS). En un polémico artículo editorial publicado en 2009, la revista *The Lancet* criticaba la sobrecarga y la distorsión que el Fondo Global y otras iniciativas temáticas introducen en los sistemas nacionales de salud, exigiendo mecanismos de coordinación mucho más efectivos.¹⁹

Lo cierto es que la tensión entre iniciativas globales y sistemas nacionales de salud constituye un dilema poco útil para resolver los grandes retos de la salud global. Como demuestra el exitoso programa de lucha contra el SIDA en Brasil –donde la participación del Banco Mundial permitió incrementar y sostener la escala de las acciones del gobierno y reducir drásticamente la prevalencia del VIH-²⁰ la clave está en la definición de círculos virtuosos que optimicen los recursos y aprovechen las capacidades que ofrece cada uno de los actores.

El esfuerzo global de vacunación constituye otro buen ejemplo (ver Cuadro 1). Esta colaboración se hará más necesaria a medida que se consolide un panorama en el que las “enfermedades de los pobres” ya no se limitan a las enfermedades transmisibles, sino que abarcan cada vez más las patologías crónicas en grandes economías emergentes, que además cuentan con recursos crecientes para financiar sus sistemas. Los pobres de los países en transición ya no mueren de malaria, sino de cáncer, diabetes y ataques al corazón.

Los próximos años pondrán a prueba los objetivos, la arquitectura y la capacidad presupuestaria de la lucha por la salud global, como demuestra un ámbito tan fundamental como el de la inversión en I+D para enfermedades y pacientes olvidados. De acuerdo con los datos del reciente informe G-Finder,²¹ 2010 conoció un retroceso global del 4% en la inversión. Sólo dos países entre los principales donantes mundiales, Gran Bretaña y Australia, han incrementado sus fondos para i+D, mientras que España ha reducido en un 30% su aportación, muy por encima de los recortes en cooperación al desarrollo y de la media de otros recortes sociales que se han producido

¹⁷ Clark et al (2010).

¹⁸ Severino (2009)

¹⁹ Lancet (2009).

²⁰ Loup et al (2010).

²¹ G-Finder (2011).

Cuadro 1. Una década de vacunas

A pesar de sus diferencias, 40 millones de niños de sitios tan remotos como Bangladesh, Ruanda, Haití o Filipinas tienen una cosa en común: nacen en ‘desiertos de atención sanitaria’. De este modo ha descrito la organización Save the Children un entorno en el que los menores carecen de cualquiera de las seis rutinas básicas de inmunización (incluyendo la difteria, la tosferina o el tétanos) y no han recibido ningún tratamiento o recomendación para evitar las diarreas. El modo devastador en que estos niños sucumben ante enfermedades fácilmente prevenibles es la excepción en una batalla global contra la mortalidad infantil que se está ganando lentamente, gracias en gran medida a los esfuerzos masivos de vacunación, junto con la mejora en el acceso a agua potable.

La inmunización de las poblaciones no es una condición suficiente, pero constituye un componente insustituible en el esfuerzo por extender la salud global y hacerla accesible a todos. Durante las últimas décadas hemos sido testigos de avances sin precedentes en este campo:

- Entre 2000 y 2009 el porcentaje de menores que recibieron la DPT3 (vacuna combinada contra la difteria, la tosferina y el tétanos) en los países más pobres pasó del 66 al 79 por ciento.

- El número de víctimas del sarampión en todo el mundo cayó un 77 por ciento en los primeros ocho años de la pasada década.

- La comunidad internacional ha reducido la incidencia de la polio hasta hacerla casi desaparecer. Hoy sólo cuatro países conservan bolsas endémicas de esta enfermedad.

Las vacunas constituyen un campo de acción privilegiado para las IGS, en el que éstas pueden ofrecer todo su valor añadido en materia de financiación, innovación o coordinación internacional. Precisamente este potencial ha estado en el origen de una nueva iniciativa denominada *La Colaboración de la Década de Vacunas*, impulsada por la OMS, UNICEF, el National Institute of Allergy and Infectious Diseases y la Fundación Bill y Melinda Gates, cuyo Secretariado está codirigido por ISGlobal a través del Dr. Pedro Alonso.

Si se produce la adecuada coordinación con los esfuerzos nacionales y regionales en este ámbito, la iniciativa puede contribuir de manera determinante a lo que la revista *The Lancet* ha descrito como “las extraordinarias oportunidades de expandir el conjunto de inmunizaciones contra enfermedades víricas y bacterianas, y aventurar las primeras vacunas humanas contra enfermedades parasitarias y fúngicas”.²² Dicho de otro modo, alcanzar el sueño de una vacuna contra la malaria accesible para todos o desarrollar programas pioneros como la prevención de las diarreas a través de vacunas.

Fuentes: Save the Children (2011), Fundación Bill y Melinda Gates y serie de *The Lancet* sobre *La Década de Vacunas* (Lancet, 2011).
22 Moxon and Siegrist (2011).

“La investigación es un ejemplo de la vulnerabilidad de la cooperación Española en salud”

en el mismo periodo. España, que había llegado a alcanzar una posición privilegiada y de influencia en este apartado, ha dejado de estar incluso entre los diez primeros.

El ejemplo de la investigación demuestra la vulnerabilidad de las oportunidades de España en este ámbito. Tras un esfuerzo económico notable en los últimos años, la cooperación española ha logrado situarse en una posición sin precedentes que puede aprovechar para apuntalar su influencia global. Incluso después de los recortes de los dos últimos años, sus contribuciones a las IGS le sitúan en el grupo de cabeza junto a países como EEUU, Gran Bretaña o Francia. Por si fuera poco, España se sienta en importantes foros internacionales como el G20, llamados a aglutinar la respuesta a los grandes retos globales. Incluso en un contexto como el actual de congelación del gasto público cada uno de estos factores puede constituir una palanca de la nueva estrategia internacional de nuestro país.

02. La AOD española en Salud Global

“Cuesta encontrar otros ejemplos de políticas públicas en los que la medida del éxito tenga tan poco que ver con los resultados y tanto con el volumen de gasto”

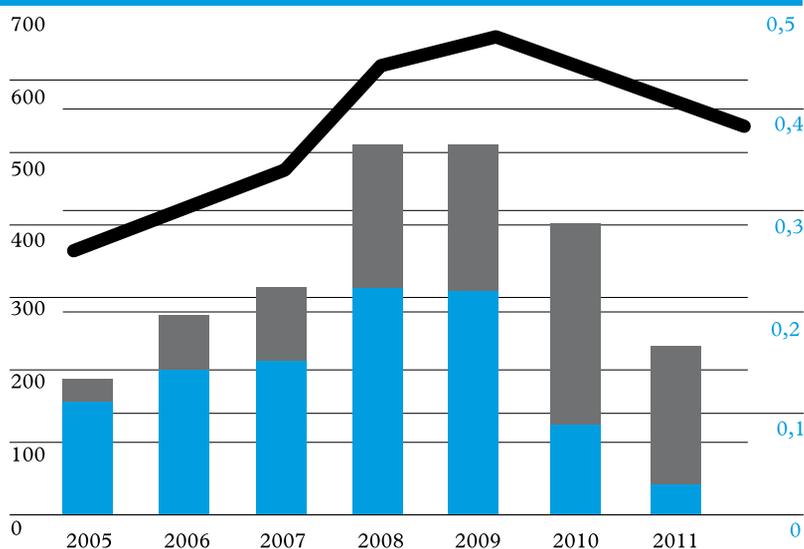
En un influyente trabajo publicado por el *Center for Global Development* en 2009, el exdirector de la Agencia Francesa de Cooperación Jean-Michel Severino, describía así la situación de los programas públicos de desarrollo en los donantes tradicionales: “Aunque la práctica diaria de la ayuda está firmemente enraizada en el siglo XXI, la valoración de las contribuciones nacionales y de su impacto ha quedado enterrada en los métodos de la ‘vieja escuela’. (...) Cuesta encontrar otros ejemplos de políticas públicas en los que la medida del éxito tenga tan poco que ver con los resultados y tanto con el volumen de gasto”.²³

Cuando se leen estas líneas, es difícil no pensar en la AOD española durante los últimos años. Animados por un firme compromiso con las políticas de cooperación internacional, los gobiernos del Presidente Zapatero han dotado a la ayuda española de unos recursos y una relevancia pública que jamás habían tenido. Sin embargo, estos incrementos presupuestarios no han venido acompañados de las medidas técnicas e institucionales que garanticen la adecuada capacidad de gestión y el impacto de los recursos. En un momento de recortes del gasto público (que en el caso de la ayuda ya ha supuesto por ahora una caída acumulada de 900 millones de euros en el presupuesto de 2011 con respecto de 2009, según datos confirmados que no incluyen los recortes para el 2012), los últimos ocho años son percibidos como una gran oportunidad perdida para incluir en la cooperación española los criterios de calidad e impacto de los grandes donantes.

23 Severino (2009).

Gráfico 1
AOD total (%)
y sector salud
(millones de euros)

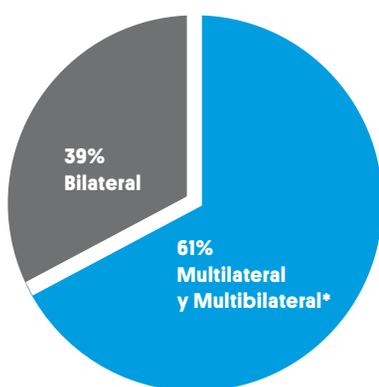
■ Salud sexual y reproductiva
 ■ Salud general y básica
 ■ %AOD/ RNB



Fuente: PACI 2005-2010
 y PACI previsiones 2011

Grafico2

La AOD española sector salud, por destinos (2010)



*Todas las partidas canalizadas a través de instituciones multilaterales se han agrupado bajo este epígrafe.

Fuente: Fuente: PACI Seguimiento 2010.

²⁴ PACI Seguimiento 2006-2009.

²⁵ Instituto de Estudios sobre Conflictos y Acción Humanitaria.

²⁶ Prosalus et al (2010) y Solé (2011).

²⁷ Estos principios son: apropiación por parte de los países receptores; alineamiento de la ayuda con las prioridades establecidas por el país receptor; armonización entre los diferentes donantes; orientación a resultados; y rendición de cuentas.

²⁸ <http://www.internationalhealthpartnership.net/en/home>

²⁹ MAEC (2011).

El sector de la salud no constituye una excepción en este panorama. Los recursos totales destinados a los sectores de salud general, básica, sexual y reproductiva se multiplicaron por cinco entre 2004 y 2009, hasta superar los 500 millones de euros, lo que sitúa a España entre los donantes más importantes de este sector. Sólo en cooperación multilateral, nuestro país destinó cerca de mil millones de euros entre 2006 y 2009.²⁴ Buena parte de estos recursos ha ido destinada a la financiación de iniciativas multilaterales, incluyendo IGS como el Fondo Global o GAVI.

Sin embargo, los méritos cuantitativos del sistema español no han visto un esfuerzo equiparable para mejorar la calidad de la ayuda en materia de salud. Los claroscuros de la cooperación española durante los últimos años han sido analizados en detalle por organizaciones como Intermón Oxfam e IECAH²⁵, así como por la coalición que agrupa a Prosalus, Medicus Mundi y Médicos del Mundo, o la Red de Acción por la Salud Global (ApSG), cuyos informes presentan un enfoque particular en el caso de la salud global. Los siguientes puntos ofrecen un resumen de las ideas principales de éstos y otros trabajos:²⁶

— **Alineamiento formal e incumplimiento de los estándares internacionales:** España ha hecho un esfuerzo por alinear formalmente sus programas de cooperación con los principios de París y Accra sobre eficacia de la ayuda²⁷. En el caso de la ayuda en el sector salud, esta formalización supuso la entrada de España en la iniciativa IHP+ (*International Health Partnership*)²⁸, que agrupa a 47 donantes públicos y privados en un esfuerzo común por evaluar y mejorar el compromiso de sus programas con los principios de eficacia de la ayuda. Sin embargo, esta formalización todavía no se ha traducido en la práctica en una mejora sustancial de la calidad de los indicadores, que sólo aprueban en 5 de los 12 casos (ver tabla 1). Es significativa, por ejemplo, la escasa importancia de la ayuda presupuestaria y por programa en el conjunto de la cooperación bilateral española, que en 2009 supuso sólo un 3 por ciento del total de los recursos (un 18 por ciento en el sector salud), frente al 66 por ciento recomendado por los Principios de París.²⁹

— **Multiplificación de estrategias y herramientas de planificación, sin criterios claros de coordinación o de toma de decisiones:** el esfuerzo por introducir sistemas más sofisticados de gestión ha sometido a la cooperación española a una verdadera catarsis de herramientas de planificación en donde el Plan Director, las Estrategias Sectoriales, los Planes Operativos por País y los

Marcos de Asociación se solapan y confunden entre ellos, sin cadencias lógicas de elaboración. Un reciente informe elaborado por la Red de Acción por la Salud Global describe un panorama en el que la ausencia de planes y criterios claros para la toma de decisiones abre la puerta a todo tipo de ineficiencias y arbitrariedades.³⁰ Aunque con menos intensidad que en el pasado, la dispersión de la ayuda entre ministerios y comunidades reduce el control político sobre la orientación y el impacto de los recursos. De las más tres decenas de Marcos de Asociación que se han venido negociando, sólo diez habían sido ratificados al cierre de este informe.³¹ Por si fuera poco, esta proliferación

³⁰ Solé (2011).

³¹ *Avances proceso de establecimiento Marcos de Asociación País*. Estado de situación a 28 de Noviembre de 2011.

Tabla 1

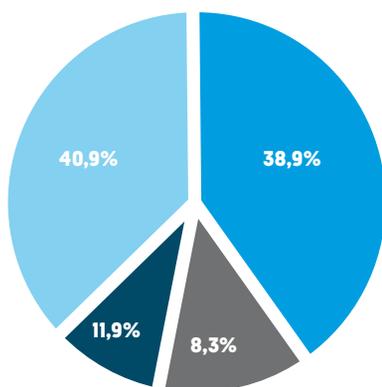
Medición de Resultados Estándares de IHP+ para el caso de España

En proceso	El socio ha firmado el compromiso (o documentado su apoyo) con el compacto de país de IHP+ o algún acuerdo equivalente, en el caso de que existan.
Objetivo logrado	Porcentaje de flujos de ayuda al sector salud del que se informa en los presupuestos nacionales de salud.
Objetivo logrado	Porcentaje de apoyo actual al desarrollo de capacidades provisto a través programas coordinados y coherentes con los planes/estrategias nacionales de salud.
En proceso	Porcentaje de ayuda al sector salud suministrado a través del enfoque basado en programas.
En peligro	Porcentaje de ayuda al sector salud suministrado a través de compromisos plurianuales.
En peligro	Porcentaje de desembolsos de ayuda al sector salud entregado de acuerdo a los calendarios acordados en marcos anuales o multianuales.
Objetivo logrado	Porcentaje de ayuda al sector salud que usa los sistemas de aprovisionamiento del país.
Objetivo logrado	Porcentaje de ayuda al sector salud que usa el sistema público de gestión financiera.
Objetivo logrado	Número de unidades de implementación por proyectos paralelos por país.
En proceso	El socio usa el marco unitario nacional de evaluación de funcionamiento, cuando éste existe, como el mecanismo primario para evaluar el proceso de apoyo al sector.
En proceso	El socio ha participado en evaluaciones mutuas del progreso de la implementación de compromisos en el sector de salud, incluyendo en eficacia de la ayuda, si el proceso de evaluación mutua existe.
	Evidencia de apoyo para que la sociedad civil esté activamente representada en los procesos de políticas en el sector salud, incluyendo mecanismos de planificación coordinación y revisión del sector.

Fuente: Informe Anual de Resultados IHP+ 2010.

Grafico3

Distribución geográfica de la ayuda española al sector salud de acuerdo a las regiones prioritarias (rec. Especificados)



Fuente: Prosalus et al 2011 (a partir de seguimiento del PACI 2010)

de mecanismos de planificación contrasta con la debilidad de los programas de evaluación, que no sólo son escasos sino que tienen poca influencia en las decisiones futuras de gasto.³²

— En parte, estos problemas son consecuencia de la **escasa capacidad técnica e institucional** de la cooperación española, alimentada a su vez por la descoordinación y rivalidad entre ministerios y departamentos. La reforma de la AECID, cuyo contrato de gestión está siendo renovado en estos meses, fue incapaz de resolver la grave carencia de profesionales expertos en las diferentes áreas prioritarias de la institución. Aunque la Dirección General de Políticas de Desarrollo (DGPOLDE) se ha esforzado durante los últimos años por cubrir este hueco y ofrecer a la ayuda oficial española el análisis estratégico que necesita, su capacidad se ha visto afectada por la escasez de recursos. En los foros y fondos internacionales España tiene una capacidad de influencia desproporcionadamente más baja que los recursos que aporta. La salud no es una excepción en ninguno de estos casos.

— **Dispersión notable de la ayuda, pero incremento del peso relativo de África subsahariana y de los servicios sociales básicos:** El Plan Director estableció planes de concentración de la ayuda en los países prioritarios de la cooperación española (grupos A y B). Sin embargo, los datos más recientes confirman la dispersión de un presupuesto en el que sólo un 55 por ciento de los recursos van destinados a estos países (53 por ciento en el caso de la salud, como indica el Gráfico 3)³³. Los Países Menos Adelantados (África, en particular) han experimentado un importante empuje en la ayuda española durante estos años, al igual que la financiación de servicios sociales básicos como la educación, la salud o el acceso a agua y saneamiento. En estos casos los porcentajes de los dos últimos años para los que existen datos han superado ampliamente el 25 por ciento de la ayuda bilateral.³⁴

— **Mejora en la participación de la sociedad civil en España:** Tras diferentes etapas en las que las relaciones entre la sociedad civil y el Gobierno no siempre han sido fáciles, los órganos de consulta y participación social —el Consejo de Cooperación, en particular— han mejorado razonablemente, aunque los procesos son todavía frágiles y los resultados confusos. En el ámbito de la salud, ha habido esfuerzos por crear mecanismos más abiertos, como la Mesa de Armonización del Sector Salud de la Cooperación Española (MASCE), que incluye a actores no tradicionales como los centros de investigación, el sector privado o los parte-

³² Solé (2011).

³³ Intermón Oxfam (2011).

³⁴ MAEC (2011).

nariados público-privados. Sin embargo, su carácter informal y dependiente de la voluntad gubernamental, así como la escasa productividad de las reuniones, han minado su efectividad.

— **Consolidación de los programas de ayuda humanitaria:** tras multiplicar su presupuesto por 12 entre 2002 y 2009, España se ha convertido en un importante donante de ayuda humanitaria. Este incremento cuantitativo se ha visto reforzado por la creación de la Oficina de Acción Humanitaria -que supuso una modesta mejora de las capacidades técnicas de la AECID- y por la elaboración del plan de acción para la Buena Donación Humanitaria. Con todo, IECAH señala en sus informes que la carencia de criterios claros para la definición de planes y prioridades lastra también este área de la cooperación española.³⁵

— **Volatilidad y ‘financiarización’ de la ayuda:** los recortes presupuestarios realizados y previstos interrumpen la tendencia positiva de la ayuda española y alteran su predictibilidad de cara a los países receptores. El ascenso y la caída de las contribuciones españolas a la I+D en enfermedades olvidadas es un buen ejemplo de ello. Lo que es más significativo, su composición puede verse alterada por una recuperación de los instrumentos financieros con un carácter comercial más o menos explícito. Hasta su reforma en 2011, los créditos españoles del Fondo de Ayuda al Desarrollo (FAD) han jugado un papel relevante pero decreciente en la ayuda bilateral destinada al sector salud. Todavía en el año 2009 el monto total de los proyectos rondaba los 26 millones de euros, de los cuáles menos del 1 por ciento iban destinados a países de ingreso bajo.³⁶ Con la aprobación del FONPRODE, España corrige un problema atávico de su cooperación e incrementa el peso de las prioridades de la ayuda en su gestión. Pero existe un alto riesgo de que esta herramienta -que en 2011 podría alcanzar nada menos que los 845 millones de euros, de los cuáles dos terceras partes son reembolsables- se reduzca una vez más a una palanca de las prioridades económicas de España. En la medida en que el Ministerio de Economía y Hacienda insista en aplicar condiciones comerciales a los créditos, la financiación de aquellos proyectos que más interesen a la salud de las poblaciones pobres quedará limitada.

En todo este panorama, las contribuciones de España a las IGS constituyen una parte fundamental de la estrategia de la cooperación en el sector salud. Y por eso están sujetas a algunas de las virtudes y miserias que acabamos de describir. A pesar de los recortes que se han producido en los dos últimos años (ver tabla 2), los recursos económicos han sido determinantes para

³⁵ Intermón Oxfam (2011).

³⁶ MAEC (2011).

Tabla 2

La caída en las contribuciones de España a los fondos e instituciones globales de salud.

	2009	2010	2011	Recorte acumulado
Fondo Global	144,2	103,2	0	100%
FNUAP	33,2	33,5	12	64%
GAVI	23,6	10,4	9,5	60%
OMS	15,8	12,0	8,5	46%
UNITAID	15,0	8,0	5	67%
OPS	12,5	8,0	4	68%
ONUSIDA	9,5	3,3	5	47%
MMV	3,0	2,0	0	100%
DnDI	2,5	2,5	1	60%

Fuentes: PACI Seguimiento 2009, BOE³⁷, agencias afectadas. Los datos de ONUSIDA incluyen los pagos a IAVI e IPM, de acuerdo a la información de Consejo de Ministros

FNUAP: Fondo de NN.UU.

para la Población;

UNITAID: Facilidad para la Compra de Medicamentos;

OPS: Organización Panamericana de la Salud;

MMV: Medicines for Malaria Venture;

DnDI: Iniciativa de Medicamentos contra Enfermedades Olvidadas.

consolidar la posición relativa de España en fondos e iniciativas globales, pero la capacidad de influencia de nuestro país se ha visto lastrada por la escasez de expertos, de estrategia y de suficiente interés político. En los dos últimos años, ni siquiera se han mantenido los compromisos financieros (ver tabla 2).

Como señala ApSG en su informe, resulta imposible conocer con detalle los criterios que definen la participación de España en estos fondos, así como los fines que se pretenden cumplir y su coherencia con los objetivos generales de la cooperación oficial en este campo. El análisis de Prosalus et al. va más allá y cuestiona abiertamente las contribuciones al Fondo Global, destacando su escaso alineamiento con los programas nacionales de salud y el modo en que la lucha contra estas tres enfermedades tiene un efecto de expulsión de otros recursos esenciales de salud.

Por las razones que explicamos más adelante al tratar en detalle los riesgos y las oportunidades de las IGS, este informe tiene una posición menos crítica respecto a los nuevos fondos y su contribución a la estrategia de salud global. Pero, aún así, resulta imposible ignorar la debilidad de la estrategia española. En el mejor de los casos, se trata de una monumental oportunidad perdida para ejercer influencia en uno de los campos básicos del desarrollo y las relaciones internacionales. En el peor, de la ‘colocación’ a ciegas de una parte importante de los recursos españoles destinados a la salud global.

³⁷ http://www.lamoncloa.gob.es/ConsejodeMinistros/Referencias/_2011/refc20111021.htm#Pagos%23Pagos y http://www.lamoncloa.gob.es/ConsejodeMinistros/Referencias/_2011/refc20110729.htm

Cuatro objetivos para la próxima legislatura

A pesar de todas las dificultades, la cooperación oficial española ha realizado un esfuerzo sin precedentes en el sector salud, cuyos resultados y oportunidades deben ser conservados a toda costa. La aspiración para los próximos años debe ser la definición clara de prioridades y la mejora cualitativa de las instituciones y las herramientas de gestión y evaluación de los recursos. Pero también es imprescindible garantizar unos niveles presupuestarios mínimos que permitan hacer frente, dentro de las limitaciones que impone la crisis, a los compromisos y expectativas creados por España.

Este esfuerzo no implica construir desde cero, sino aprovechar los avances que han tenido lugar en los últimos años y corregir sus defectos. Existen tres objetivos principales que cuentan con un consenso razonable entre las principales organizaciones y expertos en este sector, y un cuarto que propone ISGlobal:

— En primer lugar, **establecer criterios conocidos, fundamentados, coherentes y evaluables para determinar la orientación de los recursos**: en cualquier circunstancia económica los recursos de la ayuda al desarrollo constituyen un bien escaso que debe ser utilizado del modo más eficiente y estratégico. En una situación de crisis como la actual, donde la población está viendo desaparecer algunos de los servicios y prestaciones públicas con las que contaba en el pasado, esta condición es ineludible. El nuevo Gobierno debe establecer criterios sólidos de asignación de los recursos y mecanismos eficaces de evaluación, de modo que los votantes españoles sepan cuál es el “valor” que obtienen a cambio de unos recursos escasos que están entregando a otros. Se trata, en parte, de realizar un ejercicio de innovación que permita optimizar recursos y herramientas que hasta ahora no siempre han sido bien utilizados.

Las opciones son numerosas. Un reciente trabajo publicado por la Comisión Europea, por ejemplo, propone una serie de objetivos divididos en tres grandes áreas: (a) promover la eficacia de la ayuda; (b) fortalecer los esfuerzos de los países receptores; y (c) considerar la naturaleza múltiple de la salud.³⁸ Pero resulta particularmente interesante la experiencia del Reino Unido, cuya evaluación en base a prioridades ha revolucionado el panorama de su cooperación multilateral (ver Cuadro 3).

Cuadro 3. La cooperación multilateral del DFID: ofreciendo resultados

Con el argumento de fondo de ofrecer a la sociedad británica resultados tangibles a cambio de una ayuda oficial que no sufrió ningún recorte, el Departamento para el Desarrollo Internacional (DFID) realizó en 2010 una valoración exhaustiva de sus programas de cooperación bilateral y multilateral. En este último caso, la evaluación tenía como propósito determinar en qué medida 43 instituciones oficiales y privadas se ajustaban a los objetivos establecidos por el nuevo Gobierno, que combinan la solidaridad internacional del Reino Unido con los intereses estratégicos de este país en el mundo. En conjunto, la cooperación multilateral supone algo más de un tercio de la ayuda oficial británica, lo que equivale a 3.564 millones de euros en 2010.

Cada una de las organizaciones fue analizada desde una doble perspectiva: su fortaleza (o calidad) institucional y su contribución a los objetivos de la política británica de desarrollo. Estos dos criterios –subdivididos a su vez en una serie de 12 indicadores más específicos, como su transparencia, su gestión estratégica, su política de género o su orientación a los países y sectores más pobres– fueron

cuantificados, calibrados y aplicados a cada una de las destinatarias.

El resultado es revelador: 22 organizaciones obtienen un resultado Muy bueno o Bueno, y por lo tanto conservarán o incluso verán incrementado el apoyo del Gobierno británico. Entre ellas están algunos de los principales fondos de salud como el Fondo Global, la Alianza GAVI o UNITAID.

En el vagón de cola están importantes agencias de NNUU, como la UNESCO, la OIT o la FAO, a las que el documento de la estrategia principal del Gobierno dedica una frase que suena a sentencia: “agencias a través de las cuáles nuestra contribución no tendrá un valor añadido significativo, o cuyo trabajo tiene redundancias con otras instituciones más efectivas”.

Más allá de los resultados y la metodología de esta evaluación –que pueden ser discutidos– el esfuerzo británico por ligar sus planes y sus recursos a criterios objetivos y transparentes supone un ejemplo para las agencias públicas de cooperación de otros países como España.

Fuentes: DFID (2011)

— En segundo lugar, el nuevo Gobierno debe asegurarse de que **el esfuerzo relativo de la cooperación española no caiga más de lo que ya lo ha hecho**. Tras los importantes recortes para 2011 y 2012, una nueva caída de la ayuda pondría en riesgo los compromisos establecidos por España ante un número importante de países e instituciones receptoras, debilitando tanto la credibilidad de nuestro país como los intereses estratégicos asociados a la agenda del desarrollo. En términos porcentuales, la ayuda debe acercarse a un 0,46 por ciento de la RNB, el nivel que llegó a alcanzar en esta pasada legislatura.³⁹ Este objetivo puede ser conseguido explorando y aprovechando mecanismos alternativos de financiación del desarrollo como los que se mencionan en la siguiente sección de este informe.

— Finalmente, **la salud global debe seguir jugando un papel destacado en la orientación sectorial de la cooperación española**, tanto de la bilateral como de la multilateral. La recomendación establecida por la OMS es que al menos un 15 por ciento del total de los recursos vaya destinado a las diferentes partidas relacionadas con este sector (salud general, básica, sexual y reproductiva; que se corresponde con un compromiso similar por parte de los presupuestos nacionales).

Los datos más recientes sobre la financiación de la salud en los países en desarrollo subrayan la importancia de mantener el esfuerzo de la cooperación internacional. Aunque el conjunto de la financiación propia de los países pobres al sector salud se multiplicó por dos entre 1995 y 2006 (hasta alcanzar los 219.000 millones de dólares), el incremento en las regiones más afectadas —como África Subsahariana— fue menor, consolidando la dependencia de la ayuda.⁴⁰

— Junto con los tres anteriores, ISGlobal propone un **cuarto objetivo**: recuperar el apoyo a las IGS como una de las prioridades de la cooperación española en materia de salud global. Este objetivo responde a la doble oportunidad de sostener el apoyo a instituciones que han demostrado un impacto y eficacia notables en este campo; y la de aprovechar la posición relativa de España en varias de ellas,⁴¹ gracias a las importantes aportaciones económicas realizadas en los últimos años. La siguiente sección de este informe ofrece argumentos más detallados para sostener esta posición.

³⁹ OCDE: Development aid reaches an historic high in 2010. http://www.oecd.org/document/35/0,3746,en_2649_34447_47515235_1_1_1_1,00.html
⁴⁰ IHME (2010)

⁴¹ En el año 2009, antes de los últimos recortes, España llegó a alcanzar posiciones de considerable influencia en algunos de los fondos más importantes: IFFIm (6°), IAVI (5°), Fondo Global (9°), DNDi (4°), GAVI (8°) o MMV (3°).

03. Las nuevas iniciativas por la salud global.

Diecinueve sobre SIDA, once sobre malaria, siete sobre tuberculosis, doce sobre vacunas, once sobre enfermedades tropicales olvidadas, tres sobre nutrición, tres sobre sistemas de salud, otras sobre tracoma, oncocercosis, poliomelitis, meningitis, tétanos, diarrea, seguridad química...⁴² La lista de iniciativas multilaterales en el ámbito de la salud global es abrumadora. Cada una de ellas cuenta con presupuestos millonarios, trabaja en varios países e involucra la acción coordinada de un grupo de actores, a menudo combinando instituciones públicas (como gobiernos o centros públicos de investigación) y privadas (ONG, fundaciones filantrópicas, centros de investigación y empresas).

A lo largo de la última década las estrategias globales para promover la salud de las personas y reducir el impacto de las enfermedades en su desarrollo se han visto revolucionadas por la aparición de una serie de iniciativas privadas y público-privadas que definen un nuevo marco de acción para el conjunto de los actores. Desde los grandes fondos -como el Fondo Global o la Alianza GAVI- hasta las iniciativas sectoriales de todo tamaño, en este momento existen más de un centenar de IGS que abordan enfermedades específicas; tratamientos y herramientas de prevención (como las vacunas o la nutrición); o simples iniciativas de fortalecimiento y coordinación institucional.

A menudo, las IGS involucran algo de las tres. Algunos números permiten intuir el alcance de este proceso:

— De acuerdo con sus propios datos, el Fondo Global gestiona en este momento una cartera global de proyectos de 22.000 millones de dólares que cubre la práctica totalidad de América Latina, África, Asia y Europa del Este. Estos recursos le han permitido ofrecer tratamiento contra el VIH-SIDA y la tuberculosis a 3,2 y 8,2 millones de personas, respectivamente, así como distribuir 190 millones de mosquiteras impregnadas con insecticida para prevenir la malaria.⁴³

— La iniciativa Roll Back Malaria (RBM), impulsada por un conjunto de grandes instituciones multilaterales, donantes bilaterales, centros de investigación, compañías privadas y ONG, puso en marcha en 2008 su Plan de Acción Global contra la Malaria. Este plan tiene como objetivo incrementar de manera exponencial la prevención de la enfermedad y el número de pacientes con acceso a tratamiento, reduciendo para 2015 prácticamente a cero el número de muertes prevenibles como consecuencia de la malaria.⁴⁴

⁴² WHO Maximizing Positive Synergies Group (2009).

⁴³ <http://www.theglobalfund.org/en/about/>

⁴⁴ The Global Malaria Action Plan, Executive Summary (<http://www.rbm.who.int/gmap/0-5.pdf>)

— La Administración del Presidente Obama acaba de anunciar un presupuesto de 63.000 millones de dólares destinado a salud global a lo largo de los seis próximos años. Más de dos tercios de esos recursos irán a parar a la iniciativa PEPFAR, cuyas prioridades son la lucha contra el VIH-SIDA y la salud materno-infantil.⁴⁵

45 Bristol (2011).

Cuadro 4. Financiadores y desarrolladores con el apoyo de España

De entre las muchas IGS que han surgido en las dos últimas décadas, algunas de ellas destacan por su envergadura, su carácter innovador o el impacto de sus programas. Este cuadro ofrece tres de los ejemplos más relevantes, en los cuáles la cooperación española ha jugado un papel activo:

- Fondo Global contra el SIDA, la Malaria y la Tuberculosis (Fondo Global): Creado en 2002, esta alianza público-privada ofrece recursos a gobiernos y sociedad civil. Su propósito declarado es atraer la financiación suficiente para dar un impulso definitivo a la batalla contra estas tres enfermedades. En este momento el Fondo Global aporta una quinta parte del financiamiento público internacional para el VIH y dos terceras partes del de tuberculosis y malaria, con lo que sus programas llegan cada año a decenas de millones de personas. Desde la fundación de esta organización, España ha destinado un total de 836 millones de euros, convirtiéndose en uno de los principales donantes.

- Alianza Global para la Vacunación y la Inmunización (GAVI Alliance, en sus siglas en inglés): Basada también en una alianza entre actores públicos y privados, esta iniciativa tiene como fin aumentar el acceso a la vacunación en los países pobres. GAVI trabaja en 72 países que cubren la mitad de la población mundial y en 45 de ellos

los programas incluyen el fortalecimiento de los sistemas nacionales de salud. A pesar de su colaboración pionera con las grandes farmacéuticas occidentales, GAVI se abastece en un 53 por ciento de compañías de economías emergentes. El compromiso de España durante el período 2000-2019 alcanza los 284 millones de euros, gran parte de ellos a través de un mecanismo de financiación conocido como Iniciativa de Financiación Internacional a favor de la Inmunización.

- Iniciativa de Medicamentos contra Enfermedades Olvidadas (DNDi, en sus siglas en inglés): A diferencia de las anteriores, DNDi no es un financiador sino un desarrollador de productos. Puesta en marcha en 2003 por siete instituciones públicas y privadas bajo el liderazgo de Médicos Sin Fronteras, esta iniciativa ha permitido unir el esfuerzo de diferentes actores para contribuir a cerrar la brecha de la investigación y el desarrollo de medicamentos contra las enfermedades olvidadas, aunque también realiza actividades de incidencia política o capacitación. Sus programas se centran en enfermedades como la malaria, pero también el chagas o la leishmaniasis, que quedan a menudo fuera de las áreas prioritarias de otras instituciones. El Gobierno de España ha aportado 6,25 millones de euros en 2009-2011, convirtiéndose en uno de sus principales donantes.

Fuentes: Fondo Global, Alianza GAVI y DNDi.

“Las Iniciativas publico-privadas han revolucionado las estrategias globales de salud”

Más allá de otras consideraciones, la proliferación y el poder de estas IGS han supuesto un cuestionamiento para las instituciones tradicionales (OMS y donantes bilaterales, en particular), abriendo un importante debate sobre el gobierno global de la salud. La OMS, en concreto, ha estado sujeta durante años a duras críticas debido a la rigidez de sus estructuras y procedimientos; a las limitaciones de su mandato; y a las injerencias políticas de sus países miembros.⁴⁶ Estas carencias se han hecho mucho más evidentes con la aparición de las IGS, que compiten en el ámbito multilateral y a menudo por el apoyo de los mismos actores. Las consecuencias para la financiación de la OMS han sido tangibles y acentúan el círculo vicioso. Las dificultades de financiación de sus programas contra la malaria –y el modo en el que RBM le ha ido sustituyendo– constituye un ejemplo reciente de este problema.⁴⁷

La OMS, sin embargo, cumple un papel insustituible en el liderazgo global de las políticas de salud y en el acompañamiento a los gobiernos de sus países miembros. En la medida en que una avalancha de iniciativas tan heterogénea, no siempre sujetas a órganos de gobierno democráticos o a sistemas transparentes de gestión y evaluación, ignoren este papel, las IGS contribuirán a debilitar la gobernabilidad global de la salud, más que al contrario.⁴⁸

Se trata entonces de establecer cuáles son las oportunidades y los riesgos que ofrecen las IGS con respecto a los mecanismos tradicionales y, muy especialmente, a los sistemas nacionales de salud. Éste fue precisamente el propósito de la iniciativa *Maximizing Positive Synergies Collaborative Group*, puesta en marcha por la OMS, en la que un grupo de expertos publicó en 2009 un análisis amplio de esta interrelación, ofreciendo recomendaciones para optimizarla.⁴⁹ Este tipo de trabajos constituye el único modo de ir un paso más allá de las opiniones y las consideraciones ideológicas a las que a menudo queda reducido este debate.

Los principales valores añadidos de las IGS se refieren a su papel en la financiación de la salud global y en la ampliación del acceso a los servicios, gracias en parte a una mayor participación de la sociedad civil:

— **Incremento de los recursos económicos disponibles:** la financiación abundante supone una condición necesaria para hacer frente a los grandes retos de la salud global. Sólo en el ámbito de la malaria, la RBM calcula que la disponibilidad real de recursos es una quinta parte de lo que sería necesario para plan-

⁴⁶ Chow (2010).

⁴⁷ Clark et al (2010).

⁴⁸ Lancet (2009).

⁴⁹ WHO Maximizing Positive Synergies Group (2009).

tear una batalla en condiciones.⁵⁰ Éste es un ámbito en el que las IGS han hecho una contribución sin precedentes. El presupuesto combinado del Fondo Global y de la Alianza GAVI superó en 2010 los 4.000 millones de dólares,⁵¹ consolidando su papel como uno de los principales financiadores externos de las inmunizaciones y de la lucha contra la malaria y el VIH-SIDA en países de bajos ingresos.

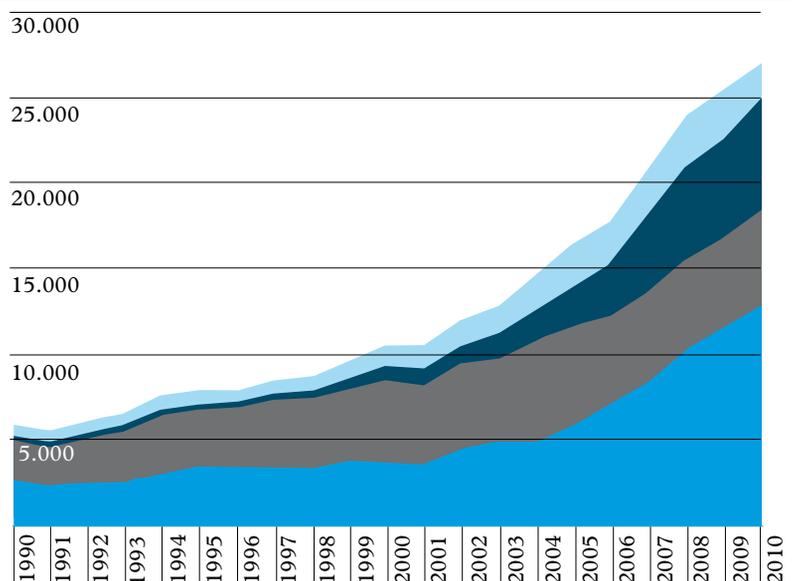
Estos recursos son especialmente necesarios cuando la crisis financiera ha sometido a los donantes tradicionales a importantes tensiones. Como señala el informe International Health Financing Monitoring and Evaluation, “la comunidad de la salud global está cada vez más preocupada por el hecho de que el espectacular incremento que se ha producido desde 1990 en la ayuda al desarrollo para el sector salud [ver Gráfico 4] pueda verse estancado en los próximos años”. El dinamismo económico de las IGS puede ayudar a compensar estos temores: todavía en 2010, por ejemplo, el Fondo Global logró atraer cerca de 12.000 millones de dólares para su programa trianual, aunque las perspectivas para este año parecen considerablemente peores. La Alianza GAVI superó sus propias expectativas.

En cuanto a la calidad de los recursos, las IGS ofrecen ventajas indudables. Aunque estas iniciativas han recibido críticas por el modo en que concentran su financiación en un puñado de enfermedades ignorando las necesidades más amplias de los sistemas de salud, la evidencia sugiere que la llegada de

50 RBM: recursos disponibles en 2007 (último año en el que este dato está disponible): 1.107 millones de dólares. Funding gap: 4.266 millones de dólares. <http://www.rbm.who.int/keyfacts.html>
51 IHME (2010).

Gráfico 4 AOD destinada al sector salud (millones de dólares)

ONG
Fondo Global, GAVI, fundación Gates y Otras fundaciones
Agencias Multilaterales
Agencias bilaterales (incluyendo CE)



Fuente: IHME (2010), tabla 1. El término “otras fundaciones” se refiere únicamente a organizaciones con sede central en los EEUU. Los años 2009 y 2010 son todavía estimaciones preliminares.

“El conflicto entre patentes y acceso a medicamentos ha dado lugar a innovaciones institucionales”

estos nuevos fondos destinados a estas patologías también ha permitido en algunos casos reforzar los sistemas nacionales y liberar recursos para otras prioridades (aunque ésta no haya sido la regla).⁵² Más aún, la práctica totalidad de estos fondos están desvinculados de los intereses geográficos o comerciales de los donantes.⁵³

— Fomento de la innovación financiera, científica e institucional:

la salud global ha destacado en los últimos años por su capacidad para generar ideas innovadoras que estén a la altura de la complejidad de los problemas a los que hay que hacer frente. Este informe ha hecho mención al papel que juegan instituciones como DNDi en la creación de conocimiento científico y el desarrollo de nuevos productos. Pero quizás uno de los asuntos menos evidentes es la orientación a la innovación institucional: más allá de los recursos que generen o de los programas que desarrollen, la capacidad de las IGS para unir el esfuerzo del sector público y del privado no tiene precedentes en otros grandes ámbitos del desarrollo como las migraciones o la lucha contra el hambre.

El conflicto entre patentes y acceso a medicamentos ofrece un buen ejemplo de este modo de enfocar los problemas: el choque entre las compañías, las ONG y los gobiernos a principios de este siglo ha ido dando lugar a mecanismos legales e institucionales mucho más complejos y eficaces. A pesar de que todavía subsisten los problemas, el grado de colaboración de las grandes compañías con los países en desarrollo o las ONG sería inconcebible hace pocos años, y las IGS han jugado un papel importante en este proceso.

La innovación ha jugado también un papel clave en la creación de nuevos mecanismos de financiación que suplan el agotamiento de las fuentes tradicionales. La Iniciativa de Financiación Internacional a favor de la Inmunización, promovida por GAVI y apoyada por gobiernos como el de España, Sudáfrica o Francia, ha permitido elevar la escala de sus acciones en más de 2.600 millones de dólares gracias a un innovador modelo de emisiones de bonos.⁵⁴ Del mismo modo, los Advance Market Commitments (Compromisos de Mercado por Adelantado) resuelven en parte uno de los obstáculos fundamentales en la investigación y desarrollo de nuevos medicamentos: al garantizar por adelantado la compra de unos volúmenes mínimos del tratamiento a precios que cubren el coste de producción (aunque no necesariamente de la forma más barata posible), los donantes estimulan la participación de compañías privadas en la investigación sobre enfermedades olvidadas.⁵⁵

⁵² WHO Maximizing Positive Synergies Group (2009).

⁵³ WHO Maximizing Positive Synergies Group (2009).

⁵⁴ OCDE (2011a).

⁵⁵ Tallada (2011).

“Las iniciativas globales han multiplicado el acceso a tratamientos contra el VIH-SIDA o la malaria”

— **Las iniciativas globales amplían el acceso de las poblaciones más pobres a los servicios de salud:** el incremento de la financiación ha venido acompañado de una expansión histórica en el acceso a algunos tratamientos y servicios de salud. De acuerdo con los datos contrastados del informe de la OMS *Maximizing Positive Synergies*.⁵⁶

— Uno de los estudios, realizado en 18 países africanos, muestra que en 2006 un 34 por ciento de los hogares contaba con mosquiteras con insecticida. El número de niños que dormían bajo una de estas mosquiteras se había multiplicado por ocho entre 2001 y 2006.

— El alcance de la inmunización global contra la hepatitis B se dobló entre 2000 y 2006, cubriendo al 60 por ciento de la población. En el caso de la fiebre amarilla, las cifras pasaron del 26 al 48 por ciento en esos mismos años.

— En sólo tres años (2004-07), el porcentaje de mujeres embarazadas portadoras del VIH-SIDA con acceso a terapia antirretroviral se incrementó del 9 al 33 por ciento, reduciendo de forma drástica la transmisión madre-hijo.

Aunque la vinculación exacta entre las IGS y la extensión de los servicios nacionales de salud es en ocasiones ambigua, el informe destaca el impacto positivo de unos servicios que se ofrecen de forma gratuita y que persiguen la equidad en el acceso de las poblaciones. La necesidad de contribuciones monetarias de los pacientes a sus tratamientos, por ejemplo, constituyen una barrera insalvable de los sistemas de salud en muchos países pobres. Como destacaba Oxfam recientemente –utilizando datos de la propia OMS– cerca de 400.000 familias de Senegal, Kenia y Sudáfrica han caído en la pobreza al no poder hacer frente a estos pagos y, por tanto, recibir tratamiento para las enfermedades de alguno de sus miembros.⁵⁷

Los avances en la equidad de los servicios y tratamientos están en parte ligados a las vinculaciones de las IGS con la sociedad civil y las comunidades locales, que participan de forma creciente tanto en la definición de las prioridades de los IGS como en la planificación y gestión de los servicios de salud. Organizaciones no estatales de diferentes tipos recibieron un 50 por ciento las donaciones del Fondo Global.⁵⁸

A pesar de sus contribuciones en la financiación y extensión de los tratamientos y servicios de salud, las IGS se en-

⁵⁶ WHO *Maximizing Positive Synergies* Group (2009).

⁵⁷ Cit. En <http://www.oxfam.org/en/pressroom/pressrelease/2010-11-22/who-health-report-2010-wake-call-all-governments>

⁵⁸ Datos correspondientes a la Séptima Ronda de Financiación. WHO *Maximizing Positive Synergies* Group (2009).

“Los fondos globales pueden sobrecargar los sistemas nacionales de salud y generar nuevas desigualdades”

frentan a importantes limitaciones que reducen su eficacia y limitan su contribución a servicios nacionales de calidad. Buena parte de estos problemas están relacionados con la sobrecarga y la distracción que imponen en los sistemas más débiles:

— **El riesgo de sobrecarga de los sistemas nacionales de salud y la competencia con otras prioridades:** en su análisis sobre la calidad de los diferentes donantes en el sector salud y el cumplimiento de los Principios de París, la OCDE ofrece un panorama ambiguo con respecto a las IGS. Si bien su eficacia global está creciendo, en el ámbito nacional se producen carencias importantes, particularmente en los ámbitos de la armonización con los demás donantes y el alineamiento con las prioridades establecidas por el país y las comunidades receptoras.⁵⁹ En la medida en que la eficacia en el ámbito nacional define cada vez más el impacto de estas IGS, la corrección de estos defectos es una prioridad.

Dicho de forma simple, el desembarco masivo y focalizado de algunos fondos e iniciativas globales puede constituir un abrazo del oso para los débiles sistemas de salud nacional, desde sus planes y prioridades hasta sus infraestructuras y personal. El informe de expertos de la OMS cita numerosos casos en los que las prioridades de las IGS (por ejemplo en el ámbito de las enfermedades tropicales olvidadas) han tenido un efecto negativo sobre las capacidades del personal local, sobrecargado o distraído por los nuevos objetivos.

En ocasiones, la disponibilidad de nuevos tratamientos se ha realizado constituyendo mecanismos paralelos de salud que arriesgan la eficacia del conjunto del sistema o sencillamente compiten con los recursos de los programas públicos nacionales. Un aspecto tan básico de los programas como el almacenamiento y el transporte de los medicamentos en condiciones adecuadas es objeto en demasiadas ocasiones de disputas o ineficacias entre IGS y sistemas nacionales.⁶⁰

La publicación de estas evaluaciones y la experiencia acumulada por una y otra parte están permitiendo corregir poco a poco algunas de estas ineficiencias. En Etiopía, por ejemplo, el liderazgo del Gobierno ha permitido establecer estrategias de salud nacional en las que los programas del Fondo Global y del GAVI no sólo atendían sus propias prioridades sino que también incorporaban mecanismos de apoyo a los sistemas nacionales. En el caso de la armonización entre donantes, tres de

⁵⁹ OECD (2011a)

⁶⁰ WHO Maximizing Positive Synergies Group (2009).

las principales Iniciativas Globales de Salud (Banco Mundial, Fondo Global y GAVI) han establecido Plataformas de Financiación Conjunta que deberían reducir las duplicidades y apoyar el fortalecimiento de las instituciones nacionales.⁶¹

— **Nuevas desigualdades:** las prioridades sectoriales de las IGS han generado un nuevo tipo de desigualdad, la que se establece entre unas enfermedades y otras. Como señala un reciente informe de la Comisión Europea que cita datos de la OCDE,⁶² “el 40 por ciento de la ayuda al sector salud está dirigido al VIH-SIDA, el 20 por ciento a la malaria y la tuberculosis, el 16 por ciento a la ‘atención básica de salud’ (basada en gran medida en los programas de vacunación del GAVI), el 13 por ciento a la salud reproductiva y el 14 por ciento restante va a la ‘salud en general’, donde están incluidos la infraestructura, la formación, la investigación y otros gastos no específicos de apoyo a la salud”. En otras palabras, no siempre las enfermedades y problemas de salud que tienen un mayor impacto sobre el bienestar de la población cuentan con la atención económica y pública que merecen.

Uno de los daños colaterales de este fenómeno es la escasa inversión en la formación de trabajadores de salud no directamente relacionados con los programas de los IGS. De hecho, la atención desproporcionada a unas enfermedades con respecto a otras tiene en ocasiones un efecto no deseado sobre la financiación general de la salud o la fuga del personal sanitario a estos programas mejor remunerados.⁶³ Pero el principal problema está en la eficacia del conjunto del sistema. Aunque se está empezando por hacer un esfuerzo para ofrecer programas integrales de atención con la participación de IGS (como el Programa Africano para el Control de la Oncocercosis, que ha incorporado suplementos vitamínicos, prevención de la tuberculosis o formación doméstica contra la malaria)⁶⁴, éstos siguen siendo todavía la excepción.

— **Debilidad de los mecanismos de evaluación:** uno de los aspectos que más destaca en los análisis que hemos ido citando es la debilidad de los sistemas de evaluación de las IGS. Considerando el volumen de recursos que gestionan estas iniciativas, así como la importancia que conceden a la obtención de resultados y eficacia en la gestión de los recursos, la ausencia de modelos mucho más ambiciosos de evaluación supone un vacío relevan-

⁶¹ OCDE (2011)

⁶² Comisión Europea (2010)

⁶³ WHO Maximizing Positive Synergies Group (2009).

⁶⁴ WHO Maximizing Positive Synergies Group (2009).

te. Por ejemplo, la decisión del Fondo Global y del GAVI de vincular sus donaciones a la demostración de resultados ha sido criticada por algunos expertos citados en el informe de eficacia de la ayuda de la OCDE, precisamente porque estas instituciones carecen de los mecanismos adecuados de evaluación para medir esos resultados.⁶⁵ Como señalaba la revista *The Lancet* en un duro editorial, cuando estamos hablando de instituciones que cuentan entre sus consejos asesores a importantes científicos, la ausencia de evaluaciones independientes que justifiquen la orientación y el impacto de los programas supone un “fracaso extraordinario”.⁶⁶

⁶⁵ OCDE (2011a)

⁶⁶ *Lancet* (2009).

Cuadro 5. El Centro de Investigação em Saúde de Manhiça (CISM): Reforzar los sistemas nacionales de salud a través de un programa de malaria

Manhiça es una ciudad mozambiqueña a 84 kilómetros al sur de Maputo. A finales de los años noventa, el porcentaje de las consultas hospitalarias externas en menores de 15 años que presentaban un diagnóstico de malaria era cercano al 35%. Alrededor de una cuarta parte del total de las muertes hospitalarias también se asociaban a la malaria. Casi quince años después, estas cifras han descendido al 9% y al 1%, respectivamente.

Aunque los factores que explican esta impresionante mejora son diversos, la inauguración en 1996 del Centro de Investigación em Saúde de Manhiça (CISM) ha jugado un importante papel. El CISM combina la investigación biomédica, el establecimiento de una plataforma demográfica y de vigilancia epidemiológica, la asistencia en salud y los programas de formación de profesionales mozambiqueños. Con ello se ha convertido en un catalizador del desarrollo de las comunidades de su entorno, además de contribuir decisivamente a la investigación y el desarrollo de la vacuna contra la malaria y de otras enfermedades.

El caso del CISM ilustra el potencial de una estrategia que combine la investigación, incluyendo intervenciones verticales, con el fortalecimiento de los programas y sistemas de salud locales. Sus actividades de seguimiento demográfico han permitido describir con precisión la epidemiolo-

gía de varias enfermedades infecciosas, como la malaria, en una población de 84.000 habitantes, influyendo así en las políticas nacionales de prevención y tratamiento y fortalecimiento los sistemas de salud. El centro de salud de Manhiça se ha convertido en hospital distrital de referencia y en centro de formación universitaria. Con ello la actividad hospitalaria ha mejorado tanto en los indicadores básicos de asistencia (consultas a urgencias, cobertura del programa de vacunación pediátrica o consultas externas) como en los de mortalidad intrahospitalaria o en el número de intervenciones quirúrgicas realizadas.

Parte de este logro se debe a los esfuerzos continuados de capacitación de jóvenes profesionales mozambiqueños de la salud, de los que quince han completado hasta ahora cursos de doctorado en la Universidad de Barcelona con el apoyo de becas. Tras esta formación han regresado a Mozambique para ejercer la medicina, ocupar cargos en la administración sanitaria o trabajar en el propio CISM. La apropiación nacional de este proyecto -que desde su inicio contó con el apoyo decisivo de la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo, junto con otros donantes españoles e internacionales públicos y privados- culminó en 2008 con la creación de la Fundação Manhiça, una entidad local con personalidad jurídica propia.

Fuentes: Nhalungo, Nhalungo, Sacoor, Aponte, Thompson & Alonso (2006); CISM Activity Report.

Los argumentos que hemos contemplado en esta sección sugieren una idea fundamental: el presunto dilema entre sistemas nacionales de salud y las IGS (o entre unas estrategias verticales y otras horizontales) ayuda muy poco a resolver los grandes retos globales en este ámbito. En el mundo del siglo XXI, ambos actores satisfacen condiciones necesarias pero no suficientes. Si los primeros ofrecen volúmenes crecientes de financiación, relevancia pública y política, e innovación en la generación de recursos y herramientas, los sistemas nacionales son imprescindibles para garantizar la sostenibilidad, impacto y legitimidad de las acciones. Por encima de ellos –y sujeta a una reforma que aproveche sus fortalezas y reduzca sus debilidades– la OMS cuenta todavía con la legitimidad política global para definir prioridades, optimizar la coordinación entre actores y compartir las lecciones aprendidas.⁶⁷

Una de las preguntas claves es cómo garantizar que las políticas de las IGS consoliden y expandan los sistemas nacionales para hacerlos más accesibles, equitativos, seguros y responsables. La evidencia ofrecida por las evaluaciones de la OMS sugiere que los mayores beneficios de las IGS se producen en países que cuentan con sistemas nacionales públicos de salud sólidos, en donde los círculos viciosos de la sobrecarga y la competencia se convierten en círculos virtuosos de fortalecimiento mutuo.

Pero esta evidencia no siempre resulta útil en realidades como la de África, donde entre un 40 y un 70 por ciento de la asistencia de salud está en manos de organizaciones religiosas privadas que a menudo se ven obligadas a operar fuera de los sistemas públicos.⁶⁸ La respuesta incómoda es que las IGS también están obligadas a concebir sus programas desde la base, incorporando los intereses, las opiniones y las capacidades de los países en los que operan, tanto de los gobiernos como de la sociedad civil. En sus recomendaciones a la Asamblea de la OMS, los responsables del proyecto Maximizing Synergies incluyen un relatorio completo de argumentos en esta línea. Ninguna persona familiarizada con el esfuerzo por incrementar la eficacia de la ayuda se sorprenderá al leerlos.

Como señalábamos al principio del informe, España ocupa una buena posición para participar en este debate. La sucesión de contribuciones a los fondos globales, desarrollada durante unos años de expansión económica, le permitiría ahora influir en las estrategias de estas iniciativas. Más aún, nuestro país podría ofrecer valores añadidos específicos en algunas áreas

⁶⁷ Clark et al (2010)

⁶⁸ WHO Maximizing Positive Synergies Group (2009).

y regiones en las que cuenta con una experiencia considerable, como el campo de las enfermedades olvidadas (chagas y malaria, por ejemplo), la descentralización y la investigación en los sistemas de salud, o la relación con regiones emergentes como América Latina o el norte de África.

La sección final del informe ofrece a continuación algunas sugerencias en este sentido, dentro de una estrategia más amplia de la cooperación española en materia de salud global.

04. Conclusiones y recomendaciones. Una hoja de ruta para la AOD española en Salud Global

A lo largo de este informe hemos descrito los principales retos de la salud global en las próximas décadas y el modo que éstos están profundamente imbricados en la responsabilidad y los intereses de los países que aspiren a liderar la comunidad internacional en el siglo XXI. El contrato que establecen las políticas de ayuda entre donantes y receptores es tan firme como el que vincula a los gobiernos con las sociedades que les han elegido. Cuando hablamos de impedir los recortes en el gasto social debemos tener muy presente la importancia de las ayudas externas en el sostenimiento de servicios básicos de salud, educación o nutrición en algunas de las regiones más castigadas del planeta.

Las convulsiones económicas a las que está sujeta España justificarían en todo caso una congelación temporal de los presupuestos, pero no reducir el esfuerzo en este ámbito. Precisamente porque los recursos son escasos, es imprescindible establecer con claridad cuáles son las líneas rojas que marcan nuestros intereses estratégicos de futuro. Sostener la influencia en el progreso global y en las instituciones que lo determinan es sin duda una de ellas. Europa está llamada a recuperarse de su crisis económica y de identidad y jugar el papel que le corresponde en el gobierno global. De las decisiones que adopte nuestro país en los próximos años depende si aspiramos a situarnos entre los líderes europeos o a jugar en una segunda división. ISGlobal propone para la próxima legislatura la siguiente hoja de ruta de la ayuda española en materia de salud global:

En el corto plazo (primeros seis meses de la legislatura)

— La prioridad inmediata para la cooperación española en este ámbito es reducir la dispersión temática, geográfica y sectorial de la ayuda al desarrollo, concentrando los recursos en aquellas áreas que garanticen un mayor impacto y alineamiento con las prioridades de la cooperación oficial. Hasta que haya una nueva orientación estratégica, estas prioridades están definidas por el Plan Director vigente, y puede apoyarse también en las conclusiones del Informe de la Subcomisión de Estudio del Congreso de los Diputados⁶⁹ y los informes de evaluación de impacto realizados por agencias como el Banco Mundial o el DFID británico.⁷⁰

De acuerdo con estos criterios, ISGlobal propone considerar las siguientes prioridades:

⁶⁹ Este informe está disponible en http://www.congreso.es/public_oficiales/L9/CONG/DS/CO/CO_837.PDF

⁷⁰ DFID (2011).

- *Zonas geográficas prioritarias:* América Latina, Cuenca Mediterránea (especialmente Marruecos), África Occidental y Mozambique.
 - *Áreas prioritarias:* Salud materno-neonatal, incluyendo los programas de inmunización; transferencia de conocimiento y apoyo a la I+D en salud; migraciones y salud, y especialmente enfermedad de Chagas; enfermedades prevalentes (SIDA, TB y malaria); enfermedades olvidadas (especialmente, leishmaniasis); y refuerzo de sistemas nacionales de salud.
 - *Instrumentos multilaterales prioritarios:* GAVI; Fondo Global contra el SIDA; la Malaria y la Tuberculosis, Fondo de Naciones Unidas para las Poblaciones; Organización Mundial de la Salud; e iniciativas de I+D en los que participe España o tenga potencial de participación, con especial atención a los partenariados público-privados de desarrollo de productos.
- Dotar al sistema nacional de cooperación de un Consejo Asesor en Salud Global formado por expertos. Este consejo debe contribuir al establecimiento de criterios técnicos y políticos (véase siguiente sección) y a definir la orientación estratégica de la Cooperación en Salud.
 - Considerar las capacidades de organizaciones y expertos de la sociedad civil en el diseño, monitorización y evaluación de programas en salud global.
 - Realizar un esfuerzo de pedagogía pública con respecto a la ayuda, comunicando los resultados positivos de la ayuda a la salud global.

En el medio plazo (6 a 18 meses)

- Establecer criterios conocidos, fundamentados, coherentes y evaluables para determinar la orientación de los recursos en salud global en ayuda bilateral y multilateral.
- Revisar en profundidad la ayuda al sector salud (especialmente la que no se haya abordado en las medidas a corto plazo), a partir de una evaluación de resultados basada en los criterios fijados previamente con ayuda del Consejo Asesor en Salud Global.

- Potenciar las alianzas público-privadas y los organismos multilaterales que demuestren un alto grado de cumplimiento de los criterios establecidos.
- Emplear las capacidades de la sociedad civil (fundaciones, universidades, centro de investigación, empresas, ONG) para mejorar y aumentar la capacidad de influencia de España en los foros internacionales sobre salud global.
- Establecer e implementar una estrategia del conocimiento y la innovación como motor del desarrollo.
- Determinar los cambios que se requieren llevar a cabo dentro de las agencias para implementar las estrategias adoptadas.
- Explorar, junto con otros donantes, la posibilidad de acordar estrategias conjuntas que garanticen la división y complementariedad de sus diferentes programas de salud global.
- Poner en marcha una política de *diplomacia en salud*.

En el largo plazo (18 meses al fin de la legislatura)

- Alcanzar un acuerdo marco o pacto nacional por la salud global con el resto de departamentos gubernamentales y los actores de la cooperación descentralizada.
- Potenciar la cooperación triangular con países emergentes.
- Poner en marcha las reformas institucionales necesarias para implementar la estrategia de cooperación en salud.
- Reforzar el papel de España en los programas bilaterales y multilaterales que haya sido establecidos como prioritarios.
- Continuar comunicando a la población general y ante los socios internacionales el valor de la ayuda y la posición de España como líder europeo en salud global.

Aunque hubiese sido deseable que España garantizase un suelo para la ayuda cercano a la cifra de los últimos años (alrededor del 0,46% de la RNB), la prioridad ahora es no añadir más recortes a los que ya se han producido, que amenazan gravemente la credi-

bilidad de España en este ámbito. Deben establecerse planes para incrementar este porcentaje de acuerdo a la evolución económica hasta alcanzar el objetivo del 0,7 por ciento.

— España debe garantizar que los presupuestos de ayuda no sufrirán más recortes durante la próxima legislatura. Los planes para incrementar el porcentaje sobre la RNB deben estar claramente establecidos de acuerdo a la evolución económica de los próximos años.

— El presupuesto destinado a las partidas de salud global debe ser de al menos un 15% del total de los recursos de la ayuda, tal como recomienda la OMS.

— El presupuesto de las partidas de salud global destinado a la I+D debe ser de al menos un 5% del total. La formación debe jugar un papel clave en esta estrategia, reforzando la transferencia de *know-how* a los países en desarrollo y fortaleciendo las alianzas entre los centros de investigación y los sistemas nacionales de salud.

— Si la evaluación que se propone en el punto anterior determina la pertinencia de las ayudas españolas a las IGS, el Gobierno debe sostener la participación que ha tenido a lo largo de los últimos años.

Referencias

—
Bristol, Nellie (2011). *Slow Going for the Global Health Initiative*. Health Affairs, junio de 2011.

—
Chow (2010). *Why the world's premier public health organization must change or die*. Foreign Policy. Disponible en http://www.foreignpolicy.com/articles/2010/12/08/is_the_who_becoming_irrelevant

—
Clark et al (2010). The Global Health System: Institutions in a Time of Transition. CID Working Paper No. 193. Disponible en <http://www.hks.harvard.edu/centers/cid/publications/faculty-working-papers/cid-working-paper-no.-193>

—
Comisión Europea (2010). Contributing to universal coverage of health services through development policy. COMMISSION STAFF WORKING DOCUMENT. Disponible en http://ec.europa.eu/development/icenter/repository/SEC2010_382_EN.pdf

—
DFID (2011). *DFID Multilateral Aid Review y DFID Delivering Results*. Disponible en <http://www.dfid.gov.uk/What-we-do/How-UK-aid-is-spent/>

—
DFID (2011a) *UK Aid: Changing Lives, Delivering Results*. Disponible en <http://www.dfid.gov.uk/Documents/publications1/mar/BAR-MAR-summary-document-web.pdf>

—
Frenk, Julio, and Octavio Gómez-Dantés (2002). *Globalization And The Challenges To Health Systems*. Disponible en <http://content.healthaffairs.org/content/21/3/160.full>

—
G-Finder (2011). *Neglected Disease Research And Development? Is Innovation Under Threat*. Disponible en http://www.policycures.org/downloads/g-finder_2011.pdf

—
Gobierno de España (2011). *Estrategia española de seguridad. Una responsabilidad de todos*. Disponible en <http://www.lamoncloa.gob.es/NR/rdonlyres/D0D9A8EB-17D0-45A5-ADFF-46A8AF4C2931/0/EstrategiaEspanola-DeSeguridad.pdf>

—
Horton (2009). *The global financial crisis: An acute threat to health*. Disponible en [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(09\)60116-1/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(09)60116-1/fulltext)

—
IHME (Institute for Health Metrics and Evaluation) (2010). *Financing Global Health 2010: Development assistance and country spending in economic uncertainty*. Seattle, WA: IHME, 2010.

—
Intermón Oxfam (2011). *La Realidad de la Ayuda 2010*. Disponible en http://www.intermonoxfam.org/UnidadesInformacion/anexos/12115/110209_realidadayuda.pdf

—
Kerry, John (2011). *Amid budget crisis, a defense of foreign aid*. The Washington Post. Disponible en http://www.washingtonpost.com/national/on-leadership/amid-budget-crisis-a-defense-of-foreign-aid/2011/08/03/gIQABVFdrI_story.html?hpid=z3

—
Lancet, The (2009) *Who runs Global Health*. Editorial. Disponible en [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(09\)61128-4/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(09)61128-4/fulltext)

—
Lancet, The (2011). *The next decade of vaccines: societal and scientific challenges*. Disponible en [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(11\)60407-8/abstract#](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(11)60407-8/abstract#)

—
Lee and McInnes (2003). *Health, foreign policy and security*. UK Global Health Programme. Working Paper Number 1. Disponible en <http://journals.cambridge.org/action/displayAbstract?fromPage=online&aid=409481>

-
- Loup et al (2010). *International institutions, Global Health Initiatives and the Challenge of Sustainability: lessons from the Brazilian AIDS Programme*. Disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19891757>
-
- MAEC (2011). PACI Seguimiento 2009. Disponible en <http://www.maec.es/es/MenuPpal/CooperacionInternacional/Publicacionesydocumentacion/Documents/Seguimiento%20PACI%2009.pdf>
-
- Moxon and Siegrist (2011). *The next decade of vaccines: societal and scientific challenges*. The Lancet, New Decades of Vaccines 1. Disponible en [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(11\)60407-8/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(11)60407-8/abstract)
-
- Nhacolo, A. Q., Nhalungo, D. A., Saco, C. N., Aponte, J. J., Thompson, R., & Alonso, P. (2006). *Levels and trends of demographic indices in southern rural Mozambique: evidence from demographic surveillance in Manhica district*. BMC Public Health, 6, 291
-
- OCDE (2011). DAC Development Statistics: http://stats.oecd.org/Index.aspx?DatasetCode=ODA_SECTOR
-
- OCDE (2011a). *Progress and challenges in aid effectiveness: What can we learn from the health sector?* Working Party on Aid Effectiveness. Disponible en <http://www.oecd.org/dataoecd/61/22/48298309.pdf>
-
- Oxfam (2009). *Suffering the Science*. Briefing paper 130. Disponible en www.oxfam.org/policy/bp130-suffering-the-science
-
- Prosalus, Medicus Mundi y Médicos del Mundo (2011). *La salud en la cooperación al desarrollo y la acción humanitaria 2011*. Disponible en http://www.prosalus.es/gestor/imgsvr/publicaciones/doc/Informe_Salud_2011_web2.pdf
-
- Save the Children (2011). *Healthcare deserts: Severe healthcare deprivation among children in developing countries*. Disponible en <http://www.savethechildren.org.uk/resources/online-library/healthcare-deserts-severe-healthcare-deprivation-among-children-in-developing-countries>
-
- Severino (2009). *The end of ODA. Death and Rebirth of a Global Public Policy - Working Paper 167*. Disponible en <http://www.cgdev.org/content/publications/detail/1421419/>
-
- Solé, Ricard (2011). *Análisis de procesos de planificación de la cooperación española en salud: hacia la gestión por resultados*. Disponible en http://www.actionfor-globalhealth.eu/index.php?id=202&tx_ttnews%5Btt_news%5D=586&cHash=e4cb6896e541b05350db31aea6aa234d
-
- Tallada, Joan (2001). *Los incentivos a la I+D en vacunas para enfermedades de la pobreza: el caso de los Compromisos de Mercado por Adelantado*. (Trabajo sin publicar).
-
- UNAIDS (2011). *How to get to zero: Faster. Smarter. Better*. World AIDS Report 2011. Disponible en: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/JC2216_WorldAIDSday_report_2011_en.pdf
-
- United Nations (2010). *MDGs Report 2010*. Disponible en <http://www.un.org/millenniumgoals/pdf/MDG%20Report%202010%20En%20r15%20-low%20res%2020100615%20-.pdf>
-
- WHO (2008). *Closing the Gap in a Generation: The social determinants of health*. Disponible en http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/index.html
-
- WHO Maximizing Positive Synergies Group (2009). *An assessment of interactions between global health initiatives and country health systems*. The Lancet. Disponible en [http://www.lancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(09\)60919-3/abstract](http://www.lancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(09)60919-3/abstract)

ISGlobal Institut de Salut Global Barcelona

ISGlobal es una iniciativa de:

