



25 años de Cooperación Española
con América Latina y el Caribe
Conclusiones Encuentros

Salud Global

Santa Cruz de la Sierra, Bolivia
3 - 5 de diciembre de 2013



Foto: Medicos del Mundo - Bolivia

A. Presentación

Con el fin de poder comprender y valorar el papel de la AECID en el ámbito de la Salud Global durante los 25 años de su historia, es necesario contextualizarla en los escenarios internacionales a los que ha estado vinculada, desde la Declaración de Alma Ata hasta la actual agenda internacional de la Ayuda Oficial Desarrolla (AOD). También es necesario citar los principales compromisos adquiridos respecto a la eficacia de la ayuda, así como con la comunicación de la Comisión Europea y las conclusiones aprobadas por el Consejo Europeo sobre el “Papel de la UE en la Salud Global⁴” en los que se han enmarcado los planes de actuación. Esta política en Salud Global de la UE, define los principios por los que deberían regirse todos aquellos sectores relevantes que afectan a la salud y expone una serie de prioridades relacionadas con los principales desafíos que plantea la Salud Global y que deberían ser abordados de una manera más eficaz, en particular, la equidad, la coherencia, la gobernanza y el conocimiento. Un abordaje cuyos objetivos específicos se orientan a la mejora de la salud a nivel mundial, la reducción de las desigualdades y la protección contra amenazas globales.

En el marco del IV Plan Director de la Cooperación Española 2013-2016, se define el fortalecimiento de las capacidades institucionales y la transferencia de conocimientos, como uno de los objetivos de desarrollo en este nuevo período. Dichas capacidades deben tener como referente los criterios suscritos por España a nivel internacional, especialmente los de la UE en el actual contexto en que las persistentes brechas de equidad en salud a nivel mundial comprometen las metas trazadas para 2015 en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) y representan el mayor desafío de futuro para quienes participan en el diseño y ejecución de las políticas públicas orientadas a la Salud Global. Para lograr un mayor impacto de la ayuda es preciso, además, el uso eficiente de los recursos y una cooperación orientada al partenariado entre países socios, donantes y agencias internacionales.

A nivel global, es fundamental ajustar las intervenciones de todos los actores a las necesidades reales en el ámbito de la salud, mediante la definición de criterios conceptuales y operativos orientados a la equidad en Salud Global.

En este contexto y teniendo en cuenta la oportunidad abierta con motivo de la celebración de los 25 años de la AECID, el sector salud ha organizado un encuentro internacional cuya finalidad ha sido, por un lado, aunar el espíritu conmemorativo institucional recuperando hitos cruciales de la trayectoria de la AECID y, por otro, actualizar junto a un grupo de expertos/as los parámetros conceptuales y operativos para abordar la equidad en salud en las políticas públicas de forma más efectiva y que permita impulsar el enfoque de Salud Global de la Cooperación Española. El objetivo final ha sido el de identificar las bases de acción propicias para el futuro sobre el eje temático de la equidad, fortalecer el proceso institucional para la gestión integral del conocimiento a través de la Red de Expertos de Salud de la AECID y afianzar los vínculos institucionales entre la AECID y el resto de referentes claves en la Salud Global, con especial énfasis en América Latina y el Caribe.

4 3011th Foreign Affairs Council meeting Brussels, 10 May 2010. Council conclusions on the EU role in Global Health 9644/10

B. Desarrollo del Encuentro



Durante los días 3, 4 y 5 de diciembre en el Encuentro “25 Años AECID, Salud Global en América Latina y el Caribe” se reunieron más de cincuenta expertos en Salud Global, tanto de la AECID como internacionales, del ámbito institucional y académico, y ex-ministros de salud (Perú, Bolivia y Ecuador) provenientes de trece países de América Latina, África, El Caribe, Europa y Estados Unidos en el Centro de Formación de la Cooperación Española en Santa Cruz de la Sierra (Bolivia) para realizar conjuntamente un recorrido por los 25 años de la Cooperación Española en Salud y abordar la equidad de la misma en las políticas públicas.

Durante las jornadas se han tratado temas relevantes del sector para avanzar en los compromisos de la AECID con la Salud Global, siguiendo el hilo conductor de tres grandes bloques temáticos:

- Bloque I: para poner en valor la historia, experiencia y contribuciones de la AECID en el campo de la Salud Global.
- Bloque II: para generar el debate integral y multidimensional de la salud como derecho humano, centrado en la equidad y la cobertura universal.
- Bloque III: para promover una reflexión institucional que, además, sienta las bases para la elaboración y la revisión de marcos estratégicos y documentos operativos de la AECID en materia de Salud.

Cada línea temática propuesta en estos bloques fue tratada en una o dos mesas, con varias ponencias seguidas de debates entre ponentes y asistentes, grupos de trabajo entre ponentes y red de expertos de la AECID y plenarias para presentar conclusiones de los grupos de trabajo.

BLOQUE I. 25 AÑOS TRABAJANDO POR LA SALUD GLOBAL: DESDE ALMA ATA HASTA PRE-2015

Este bloque cubrió uno de los objetivos de las jornadas: garantizar que la aportación durante 25 años de la Cooperación Española sirva para contribuir, desde la experiencia adquirida, a una nueva agenda de la cooperación en la región. Para ello, ha sido imprescindible recuperar la historia y el presente, con una caracterización básica y una valoración del acompañamiento y contribución de la AECID en el ámbito específico de la salud que, debidamente documentadas, contribuyan a la transferencia y a la adecuada gestión del conocimiento.

Las presentaciones institucionales de la sesión de apertura se complementaron con algunas conferencias clave cuyo hilo conductor, a modo de introducción a las mesas subsiguientes, ha sido la historia de la Salud Global desde la Declaración de Alma Ata hasta la actualidad. A continuación, se repasó el proceso de trabajo del sector y de la Cooperación Española, sus prolegómenos, los comienzos y algunas experiencias paradigmáticas o hitos, haciendo especial énfasis en los logros y lecciones aprendidas. Se resaltó el papel de los expertos/as de la Cooperación Española que han contribuido a consolidar un Área de Salud en la AECID. El bloque se completó con una muestra de diversas experiencias innovadoras actuales.

Mesa 1. Evolución y desafíos en la AECID en la Salud Global

Los ponentes –actores de la AECID que han vivido de primera mano experiencias clave de la Cooperación Española para la salud– realizaron una caracterización básica y una valoración del acompañamiento y contribución de la AECID en el ámbito específico de la Salud Global.

Las primeras ponencias relataron los inicios de la Cooperación Española en el sector de la salud a partir de dos experiencias vividas en contextos muy diferentes: por un lado, la de Guinea Ecuatorial, donde a partir de 1980 la Cooperación Española contribuyó a la creación y organización de un sistema básico de Atención Primaria de Salud, apoyando la formación de recursos humanos, la implementación de la medicina preventiva y de la sanidad ambiental y el empoderamiento de la red comunitaria, pilares del sistema de salud local; por otro, en Centroamérica, en una época marcada por los conflictos armados y una gran crisis humanitaria en la que la Cooperación Española apoya, a partir de 1984, la paz, la democracia y el desarrollo en un esfuerzo político y diplomático, contribuyendo con el grupo Contadora y todas sus iniciativas.

En la misma época, en el sector salud, se centró en la ayuda humanitaria a través de algunas ONGD. Con la firma de los Acuerdos de Paz en enero de 1992, en términos de salud, el esfuerzo se concentró en la reconstrucción de la red de establecimientos. También fue decisiva la participación de la Cooperación Española en el desarrollo del Plan de Salud de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) para excombatientes, así como en el huracán Mitch, donde tuvo un papel determinante tanto en la atención inmediata de los damnificados como en la reconstrucción y la coordinación de los actores internacionales.

Años más tarde, la AECID inició su apoyo de forma sistemática en la región a través de las ONGD, actores locales y programas bilaterales y, a partir del I Plan Director, se apoyan las iniciativas globales y los programas regionales, entre ellos el Programa de Cooperación Regional con Centroamérica cuya línea de salud, significativamente apoyada por AECID, ha contribuido a fortalecer la Agenda de Salud de la Región y la puesta en marcha de procesos conjuntos, como el proceso de negociación conjunta de medicamentos.

Otra de las experiencias paradigmáticas de la AECID, presentadas en esta mesa, fue el Programa VITA⁵, puesto en marcha en 2004 y centrado en la salud materno-infantil, la lucha contra las enfermedades transmisibles y tropicales, los servicios de salud básica y el fortalecimiento de sistemas nacionales de salud. Su principal objetivo fue la coordinación de fondos de la Cooperación Española destinados a proyectos sanitarios en África.

Con la aprobación por las Cortes Generales de la Ley 23/1998 de Cooperación Internacional para el Desarrollo, se estableció un nuevo marco regulador de la política española de cooperación donde se definieron los principios, objetivos y prioridades de la misma. Entre las primeras acciones en salud apoyadas por la AECID desde su creación, se encuentra el Plan de prioridades en salud en Centroamérica y Panamá (1992), apoyado por la OPS, la AECID y el Ministerio de Sanidad y Consumo, que priorizaba la formación de recursos humanos, los medicamentos esenciales y el fortalecimiento de los Sistemas de Salud.

La Ley de Cooperación asignó a la Secretaría de Estado para la Cooperación Internacional y para Iberoamérica (SECIPI) las competencias relativas a la programación, dirección, coordinación, seguimiento y evaluación de la política de cooperación para el Desarrollo. Uno de sus primeros mandatos fue la elaboración del I Plan Director de la Cooperación Española (2001-2004), como instrumento básico de planificación de la política española de cooperación para el desarrollo. En este Plan, se plasmaron las directrices geográficas y las sectoriales entre las que se considera la Salud, como una de las necesidades sociales básicas. En 2003 se formuló la primera Estrategia de la Cooperación Española en Salud.

A partir de la Declaración de París sobre la eficacia de la ayuda (2005), el Código de conducta de la UE –relativo a la división del trabajo en el ámbito de la política de desarrollo– o la creación en 2007 del International Health Partnership (IHP+) y los *Principios en el ámbito de la división de trabajo*, publicado en 2009 por el grupo de trabajo sobre la eficacia de la ayuda del Comité de Ayuda al Desarrollo, se estableció un enfoque común en la comunidad internacional de donantes, orientado a la concentración sectorial con el objetivo de mejorar la eficacia de la ayuda.

En este contexto, la AECID elaboró el Primer Estatuto y Contrato de Gestión junto al III Plan Director 2009-2012, que incluyeron compromisos orientados a la concentración sectorial. Éste será el punto de inflexión para el trabajo de la Cooperación Española en el sector Salud: se crea un Departamento de Cooperación Sectorial con el fin de incorporar el enfoque sectorial en los procesos estratégicos (programación operativa y marcos de asociación) y en todas las actuaciones de la AECID con un monitoreo continuo que permite la elaboración del primer Plan de Actuación Sectorial en Salud 2009-2013.

Adoptar el enfoque integral permitió identificar y caracterizar el valor añadido de la AECID en este sector, dando pie a una mayor cohesión y consolidación de los esfuerzos de sus acciones. Además, se abrió el diálogo con otros actores de la Cooperación Española a través de la formación de las Mesas Sectoriales (MASCE) en 2009 y se fortalece el diálogo de políticas sectoriales a nivel internacional. Finalmente, la Red de Expertos en Salud Global (RES), creada también en 2009, es otro producto de la implementación del enfoque sectorial en salud y el fortalecimiento de la institución.

5 El Programa VITA fue creado por la AECID para dar coherencia y eficacia a la financiación que España dedicaba al área de salud en el continente africano. La AECID promovió esta iniciativa como modelo de coordinación y complementariedad de las actuaciones de todos los actores de la Cooperación Española en salud y en África, para que la ayuda fuera más eficaz y tuviera un mayor impacto. Contó con la participación de cuatro Ministerios (MAEC-AECID, Sanidad y Consumo, Economía y Ciencia y Tecnología) y Comunidades Autónomas (Generalitat de Catalunya, Xunta de Galicia, Junta de Andalucía, Comunidad Autónoma de la Rioja, Región de Murcia, Generalitat Valenciana, Diputación General de Aragón, Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha, Gobierno de Canarias, Gobierno de Navarra, Gobierno de Illes Balears, Comunidad de Madrid, Junta de Castilla y León y, posteriormente, Junta de Extremadura y Gobierno de Cantabria).

Este marco, permitió durante la Presidencia Europea de España en 2010 que la AECID y la DG POLDE canalizaran las voluntades de todos los actores de la Cooperación Española para lanzar el Marco Político de Salud Global de la UE: *El papel de la UE en la Salud Global*, apostando por una visión global de la salud, teniendo en cuenta la influencia de factores transnacionales, tanto socioeconómicos, culturales o medioambientales como aquellos relacionados con el comercio, la seguridad, los flujos migratorios y la seguridad alimentaria.

La celebración de distintos Foros de Alto Nivel (Roma, 2003; París, 2005; Accra, 2008 y Busan, 2011) marcó un hito en la agenda internacional y en la manera de hacer cooperación internacional, pero también en la propia Cooperación Española. Los principios de armonización, alineamiento, apropiación mutua, rendición de cuentas y la gestión orientada a resultados adoptados en la Declaración de París, incidieron para que el II Plan Director incluyera el uso de los llamados en ese momento “nuevos instrumentos de cooperación”, con el fin de mejorar la eficacia de la ayuda.

La ponencia abordó la ayuda programática, modalidad o enfoque que mejor aplica dichos principios a través de la canalización de los fondos directamente al gobierno socio para apoyar la ejecución de su plan nacional de salud. Bajo el enfoque de ayuda programática, existen otros instrumentos de cooperación como el apoyo presupuestario general, el apoyo presupuestario sectorial y el fondo común (también llamado cesta de donantes). La AECID empezó a utilizar la modalidad de ayuda programática en 2005 y la primera operación que se llevó a cabo fue en el sector de la Salud, con la contribución a un fondo común en Mozambique. Las operaciones para la salud a las que ha contribuido la AECID en cualquiera de las variantes de la ayuda programática en los años siguientes fueron en Nicaragua, Etiopía, Filipinas, Honduras, Mali, Níger y Marruecos (2009). Desde entonces, se ha seguido contribuyendo a la mayoría de ellas (sobre todo en África), aunque los montos han descendido considerablemente. De cara al futuro, se plantean algunas oportunidades para España en el ámbito de la salud, como valor añadido y rasgo definitorio de la AECID, por varias razones: España posee un sistema sanitario del que se pueden extraer buenas prácticas, aplicables a otros contextos; el conocimiento técnico y la experiencia acumulados en las distintas operaciones y las nuevas guías y manuales en elaboración.

Mesa 2. Contribuciones de la AECID con impacto en la Salud en América Latina. 25 años de cohesión social

La Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD) en Salud se canaliza a través de tres modalidades –bilateral, multilateral y multi-bilateral– y se reparte en tres subsectores: salud general, salud básica y programas de población/salud sexual y reproductiva.

Las presentaciones de esta mesa cubrieron un amplio espectro de enfoques en la cooperación española para el desarrollo y la salud: desde la incidencia política al apoyo técnico y presupuestario; al diseño de políticas públicas a la implementación en campo; y el contexto regional o nacional al comunitario, a través de alianzas institucionales públicas multi-bilaterales, alianzas público-privadas, bilaterales con gobiernos locales o de ONGD.

Partiendo del ámbito multi-bilateral, en el año 2007 comenzó a operar una alianza estratégica con la Organización Panamericana de Salud (OPS) a través del Fondo Español en la OPS, que cuenta con una historia que data de 1980 y, en el último periodo, se programa teniendo como referencia las prioridades de la Cooperación Española y de la OPS marcadas en la Agenda de Salud de las Américas. En función de ello, las acciones se concentraron en una selección de países de acuerdo a criterios de priorización convergentes entre la Cooperación Española en Salud y la OPS (El Salvador, Nicaragua, Guatemala, Honduras y Bolivia) y se seleccionaron intervenciones relacionadas con: el refuerzo y la accesibilidad a los sistemas y servicios de salud, la vigilancia epidemiológica y la seguridad sanitaria, la lucha contra las enfermedades infecciosas, la mejora de la salud de madres y niños/as y jóvenes y, finalmente, la información e innovación para la toma de decisiones en salud, con un enfoque programático a nivel regional y de país y un mecanismo de gestión basada en resultados.

También se destacó el papel decisivo de la AECID (2008), tanto a nivel técnico como político, en el marco del Sistema de Integración Centroamericana (SICA) para la formulación de la Agenda de Salud de Centroamérica y República Dominicana, como instrumento para ejercer la rectoría del sector de la salud regional, declarada en el reglamento constitutivo del Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica (COMISCA), a través del Memorando de Entendimiento que constituyó el Fondo España-OPS/OMS firmado en mayo de 2007.

La relevancia de esta Agenda es que caracterizó por primera vez, en el marco de la discusión regional y gubernamental en salud, cuestiones críticas de género, de salud sexual y reproductiva y de violencia que no se habían discutido antes. Asimismo, avanzó en la configuración de sistemas de salud más justos y basados en la Atención Primaria de Salud (APS), el reconocimiento de universalidad y el rol del Estado en el cumplimiento del derecho a la salud. También reconoció el rol de los movimientos sociales y definió instancias claras para el alineamiento de la cooperación internacional.

En el ámbito de la cooperación bilateral y como ejemplo de buenas prácticas, se mostró el papel que desempeñó la AECID a través de su Oficina Técnica de Cooperación en El Salvador y en coordinación con la sede de Madrid, para lograr la articulación de otras intervenciones multilaterales para el diseño de la nueva política de salud y el comienzo de la implementación de una reforma orientada a la construcción de un sistema público universal de salud de calidad y con alta participación social, no sólo porque fue uno de los mayores donantes del Ministerio de Salud de El Salvador (MINSAL), sino también como socio estratégico. De entre los proyectos financiados por la AECID en los últimos años, los más importantes son NEFROLEMPA, destinado a implementar un programa integral para la prevención y atención de la enfermedad renal crónica; un programa destinado a la reducción de tiempos de espera en cirugías electivas y consultas de especialidad en los principales hospitales públicos del país; el fortalecimiento de la política pública para la reducción de la mortalidad neonatal e infantil



y, muy significativamente, el desarrollo y fortalecimiento del Instituto Nacional de Salud (INS) en sus tres áreas –Escuela de Gobierno, Red de Laboratorios y Área de Investigación– para que esté en condiciones de liderar la proposición de soluciones técnicas y científicas requeridas para avanzar en la implementación de la política de salud impulsada en la reforma.

La experiencia de Medicus Mundi Navarra y el Instituto de Salud Incluyente (ISIS) de Guatemala respecto al Modelo Incluyente en Salud (MIS), ha tenido como introducción una aportación complementaria con el fin de comprender mejor la universalización del derecho a la salud a través de una cobertura integral e incluyente, contextualizando la realidad de varias sociedades latinoamericanas y los desafíos a afrontar para reducir las inequidades en salud. Al examinar los cuadros de comparación simple entre países, los modelos sanitarios predominantes se caracterizaban por un alto grado de fragmentación, ineficiencia, desigualdad, escasa cobertura, acceso limitado y financiamiento insuficiente. Todas estas características partían, al parecer, de un enfoque impreciso de la salud que, orientado hacia distintas formas y modalidades, fomenta que la protección que el Estado pueda financiar esté destinada a los pobres, mientras los ricos recibirían lo que cada uno se pudiese comprar.

Esto implica una segmentación de las funciones de rectoría (los ministerios de salud), de la prestación (públicos y privados), del financiamiento (público bajo gestión privada) y de la supervisión a cambio de superintendencias de salud autónomas. En cambio, los países cuyos índices de desigualdad fueron los más bajos, se caracterizaban por estructurar su gasto social en salud sobre la base del principio universalista.

La ponencia aportó una serie de pre-condiciones para la consecución del derecho a la salud, tales como el reconocimiento del Estado como sujeto de obligaciones, el empoderamiento de los individuos como sujetos de derecho y el impulso de acciones concretas para la mejora de las condiciones de vida, haciendo un recorrido por los compromisos más importantes a nivel global a los que actualmente deben responder los diferentes sistemas públicos de salud: la renovación de la Atención Primaria en Salud (2005), las recomendaciones de la Comisión de Determinantes Sociales de la OMS (2007), la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017 y el planteamiento de Redes Integradas de Servicios de Salud (2008).

En consonancia, el Modelo Incluyente en Salud (MIS) es una estrategia concebida en el año 2000 para impulsar una reforma del sistema de salud desde una visión alternativa, basada en derechos y mediante una atención integral e incluyente dirigida a reducir inequidades. El trabajo desarrollado ha tenido un énfasis en el fortalecimiento de las capacidades del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MPAS) para el cumplimiento del derecho a la salud enfocado sobre el primer nivel de atención. El MIS se fundamenta en las perspectivas de género, medioambiente, interculturalidad y el derecho a la salud mediante un concepto incluyente y multidimensional de la salud/enfermedad, basado en la reproducción social y en la redefinición del primer nivel de atención. A nivel operativo, el MIS se organiza en torno de tres programas basados en los niveles de análisis-acción (personal, familiar y comunitario), los cuales permiten actuar sobre los determinantes sociales, económicos, culturales, geográficos y políticos de la salud y la enfermedad y que, a través de tácticas operativas, garantizan la atención integral realizando acciones complementarias de promoción, prevención, curación y rehabilitación en todos los ciclos de vida.

En todas las etapas del MIS, la Oficina Técnica de Cooperación en Guatemala ha sido una aliada estratégica que contribuyó a su sostenibilidad como una propuesta sanitaria centrada en derechos que genera integralidad e inclusión dentro de diferentes espacios nacionales, a la vez que se reconoce como un producto guatemalteco replicable en otros países –como ha sucedido en Bolivia y Perú– y un ejemplo de cómo la Cooperación Española, entendida ampliamente, puede afectar de forma positiva a una política de salud nacional y en otros países de la región.

Médicos del Mundo, a su vez, lleva trabajando desde hace ocho años con la AECID en el fortalecimiento de la gestión de las redes públicas de salud locales a través de una mejora en la atención primaria y la descentralización de los servicios mediante la participación social o la pertinencia étnica y de género, adecuando los servicios a las distintas realidades y prestando especial atención al escenario intercultural andino, visibilizando y valorando los sistemas médicos tradicionales existentes en las zonas de actuación. En este contexto, resalta la experiencia positiva en la articulación del tejido social como coadyuvante de la acción sanitaria en el contexto de un convenio multipaís (Bolivia, Ecuador y Perú), para facilitar la movilización de recursos, la prevención más eficaz de ciertos padecimientos, la adopción de hábitos y estilos de vida más saludables o la mejora de la utilización de los servicios de salud, mediante la participación comunitaria efectiva en las decisiones que afectan a la vida cotidiana en general y a su relación con la salud en particular.

La Iniciativa Salud Mesoamérica 2015 (SM2015) es la primera iniciativa público-privada de carácter regional que se lleva a cabo en la América Latina y que asocia al Banco Interamericano de Desarrollo (BID) con el Instituto Carlos Slim de la Salud (ICSS), la Fundación Bill & Melinda Gates, el Gobierno de España y los de ocho países de la región mesoamericana (Belice, El Salvador, Guatemala, Nicaragua, Honduras, Panamá, Costa Rica y el Estado de Chiapas en México).

Las operaciones de SM2015 se concentran en intervenciones de salud materna, neonatal y reproductiva, y salud infantil, con énfasis en la nutrición y vacunación respaldando los esfuerzos de los gobiernos de la región en el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) en materia de Salud a través de intervenciones costo efectivas, basadas en la evidencia para el 20% más pobre de la población. Utiliza un modelo de financiamiento basado en resultados y una serie de innovaciones, tanto en la oferta, como para la demanda de servicios.

En esta alianza la AECID ha seguido los Acuerdos de París y Accra en cuanto a alineamiento, armonización y apropiación, empujando también el partenariado, el trabajo con instancias regionales de corte político y técnico –como el Consejo de Ministros de Salud de Centro América (COMISCA)– para facilitar la inclusión de temas críticos en la agenda de salud de la región, como la inequidad, los desafíos en la disponibilidad de insumos y medicamentos críticos, el monitoreo de los programas para aprendizaje y la fertilización cruzada.

Para la AECID, la SM2015 es una oportunidad de aprendizaje acerca de un programa innovador en el uso del financiamiento y el fortalecimiento de la gestión basados en resultados, la transparencia y el monitoreo; de intervenciones innovadoras con evaluaciones de impacto y de seguimiento de indicadores a nivel regional que facilitan la colaboración y aprendizaje colectivo y regional.

Esta mesa se cerró con la intervención de dos socios de la AECID durante estos 25 años, pertenecientes al ámbito académico de la salud pública, que han aportado excelencia a la cooperación en la asistencia técnica y el I+D, tanto en América Latina como en África: la Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP) y el ISGlobal-Instituto de Salud Global de Barcelona.

BLOQUE II. AVANZANDO EN EL COMPROMISO CON LA EQUIDAD EN LA SALUD GLOBAL POST 2015

En el contexto de una reflexión sobre el papel que desempeña hoy la Cooperación Española en el ámbito de la Salud Global, se desarrolló un debate integral y multidimensional sobre el Derecho Humano a la Salud (centrado en la equidad y cobertura universal), en base a la definición de un marco conceptual, por un lado, y a la presentación de experiencias de terreno financiadas por la AECID por otro, con el objetivo de definir líneas maestras conceptuales y operativas de referencia que permitan guiar la identificación, medición y evaluación de las acciones para la equidad en el sector de la salud.

Mesa 3. Situación, evolución y tendencias de la equidad en Salud en el marco de actuación de la AECID

En línea con el objetivo que constituyó la Organización Mundial de la Salud (OMS) hace sesenta y cinco años –“alcanzar el mejor estado posible de salud para todos”–, actualmente el principal reto de salud en el mundo sigue siendo el de contribuir a mejorar la equidad, incluyendo la reducción de las desigualdades, el acceso universal a servicios integrales de calidad y la protección social, lo que conforma uno de los principales objetivos que trazó el Área de Salud de la AECID en su Plan de Actuación.

La complejidad del tema llevó a promover una reflexión a través de tres expertos en la materia, del Instituto de Medicina Tropical de Amberes, de la Cooperación de la UE en México y de la Unión de Naciones Suramericanas (UNASUR), que permitiera llegar a definir acciones, estrategias y aspectos metodológicos en el abordaje de las inequidades en salud, identificar herramientas para medir y evaluar las acciones destinadas a mejorar las políticas públicas y definir un marco de referencia teórico y operativo que sirvan como guía para la definición de objetivos éticos de equidad, así como la identificación, medición y evaluación de las acciones para la equidad en salud, contemplando desde los determinantes de la salud hasta la cobertura sanitaria universal, la protección social en salud y la cohesión social.

Partiendo de una revisión de las principales definiciones de las inequidades según algunos expertos mundiales, la mesa permitió consensuar el concepto de equidad entendida como “la distribución justa de la desigualdad. Un concepto basado en la igualdad de derechos, equilibrio en el flujo de conocimiento, participación y poder, y equidad en el acceso y distribución de los recursos”.

El análisis de la situación, evolución y tendencias actuales de la equidad en salud a nivel global, según las estimaciones de la mejor salud posible, evidencia que una tercera parte de las muertes (20 millones al año) serían evitables con niveles de equidad éticos y factibles. Por ello, es esencial determinar el objetivo común de Salud Global (mejor salud posible: objetivo en evolución constante por el progreso del conocimiento) y determinar el déficit en su alcance (en su desigualdad justa: mínimos umbrales de salud) a toda la población o, en su defecto, el grado de inequidad, entre los países y dentro de ellos.

La estimación a nivel global, nacional o local, de cuáles son las causas últimas de la pérdida de salud potencial y la definición de una meta para establecer cuál es el nivel de “mejor salud posible”, son los retos principales. Estas causas obedecen a tres grandes órdenes: la igualdad de derechos, el equilibrio de conocimiento, participación y poder y la equidad en los recursos, económicos y ecológicos.

Como ejemplo de buenas prácticas se destaca la experiencia de Uruguay en la creación de un Observatorio de Equidad que posee un gran potencial para ser extrapolado a otros países, así como los modelos alternativos de desarrollo propuestos por Ecuador, que incluyen Consejos de Igualdad, Consejos de Participación Ciudadana y el análisis de la equidad en el gasto público.

En este sentido, resulta conveniente comenzar a definir estrategias de actuación a fin de abordar las desigualdades en salud, sin focalizar las intervenciones en determinantes de la salud aislados ni limitar su enfoque a los servicios de salud. La distribución de la salud y de la carga de inequidad, por enfermedades y factores de riesgo según grupos de población (por edades, sexo, etnias, zonas geográficas) determinará el enfoque de las políticas sociales y de salud en equidad, esto es, con mayor énfasis en los grupos de mayor carga de inequidad.

Con el fin de facilitar el cambio, es crucial poder contar con un componente de participación social y de inclusión. Necesitamos nuevos modelos, en la línea de los que se están implementando en países como Ecuador –caso del “Sumak Kawsay” o “Buen Vivir”– donde el desarrollo económico gira alrededor del ser humano y de su entorno; o el modelo de Bután, que propone sustituir el PIB (Producto Interior Bruto) por el FIB (Felicidad Interior Bruta). Son modelos nacientes que buscan un nuevo camino, todo está por explorarse.

Mesa 4. El Derecho Humano a la Salud: la salud global, equidad, cobertura universal y protección social

Los Derechos Humanos han estado continuamente presentes en la Cooperación Española. Durante la vigencia del I Plan Director, se aprobó la Estrategia de la Cooperación Española para la Promoción de la Democracia y del Estado de Derecho (2003), y los Derechos Humanos como tales fueron incluidos como prioridad horizontal a partir del II Plan Director, siguiendo la dirección definida en la ONU.

Bajo la perspectiva de los derechos en el campo de la salud, que se consolida en el enfoque sectorial del III Plan Director, existen diversos desafíos que en esta mesa se intentan acotar en tres exposiciones relacionados con el enfoque del género, el derecho a la alimentación adecuada y el derecho de los pueblos indígenas y afrodescendientes. En concordancia con este contexto, la mesa se cierra con una ponencia sobre el aporte de la antropología en el contexto de la salud pública, enfocado hacia las personas y sus realidades.

Tres expertas en género de la AECID, provenientes de las Oficinas Técnicas de Cooperación en Nicaragua, República Dominicana y Paraguay; un representante indígena experto en salud intercultural del Ministerio de Cultura de Perú; el representante de Prosalus, ONG socia de la AECID en varios países de América Latina y un académico especializado en antropología de la salud, aportaron a esta mesa una perspectiva amplia y diversificada sobre un enfoque de la salud basado en derechos. El eje central de este enfoque es la eliminación de toda forma de discriminación, situando el foco en las personas y haciéndolas protagonistas para participar activamente en el desarrollo sostenible y equitativo.

Después de la entrada de España en el Comité de Ayuda al Desarrollo en 1991 y durante toda esa década, se consolidó el enfoque de género en el marco legislativo español y en la Cooperación Española. Este proceso contó con la contribución de expertos/as de la sociedad civil, de la AECID y del Instituto de la Mujer y fue paralelo a grandes conferencias mundiales como las de Naciones Unidas (Viena, Cairo, Beijing y Cedaw, única vinculante para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica) y, después del año 2000, con los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). También se crea el programa Mujer y Desarrollo, donde se pasa de un enfoque de la mujer en el desarrollo a un enfoque de género.

La legislación española tiene políticas que mandatan que el género y el empoderamiento de las mujeres sea política pública también en la cooperación, tal como se recoge en el Plan Estratégico para Género de la Cooperación Española, el Plan de Actuación Sectorial, el III Plan Director y la orientación estratégica en el IV Plan Director. En consonancia, en 2007 se publicó la *Estrategia de Género en el Desarrollo de la Cooperación Española* como instrumento de referencia. También es importante señalar que España es signataria del Plan de la UE para la Igualdad de Género y la Autonomía de las Mujeres 2010-2015.

En terreno, muchas Oficinas Técnicas de Cooperación (OTC) de la AECID trabajan para adaptar el plan al perfil del país y, actualmente, las OTC de Bolivia, Ecuador, Colombia y Nicaragua tienen planes de actuación de género. A nivel internacional, se reconoce la igualdad de género como una de las señas de identidad de la Cooperación Española (Examen Inter Pares 2011); también, en función de la cooperación delegada en que participa la AECID, el Consenso Europeo sobre el Desarrollo pretende transversalizar el género “en todas sus políticas y prácticas en sus relaciones con países en vía de desarrollo”, aunque aún no se está aplicando.

Integrar la perspectiva de género implica un cambio en los métodos de trabajo de las instituciones, en todas las áreas, con todos los actores y en todos los niveles. La mesa se cerró con la presentación de una experiencia de buenas prácticas en el enfoque de género en salud en Paraguay, a través de dos convenios de la AECID que

aterribizan en el terreno la política de género mediante un análisis que la contempla como una barrera de acceso a la salud (basado en las tres demoras⁶), a lo que se sumaban las variables de ruralidad e indígenas.

La trayectoria de la Cooperación Española con los pueblos indígenas data de finales de los años 80, cuando se formalizó una línea de apoyo diferenciado dentro de la programación del V Centenario, a partir de lo cual España ha ido progresivamente asumiendo y perfilando este enfoque en su política de cooperación. A finales de los 90, en consonancia con otras agencias europeas de cooperación, se elaboró una primera versión de la Estrategia Española de Cooperación con los Pueblos Indígenas, al tiempo que se creaba en el ámbito de la entonces AECI el Programa Indígena. En el II Plan Director la cooperación con pueblos indígenas se torna una de las prioridades sectoriales. Durante su vigencia, se publica una versión actualizada de la Estrategia de la Cooperación Española para Pueblos Indígenas en consonancia con el marco internacional, caracterizado por una Resolución sobre los pueblos indígenas y la cooperación al desarrollo de la Comunidad y de los Estados miembros del Consejo de la Unión Europea, así como la ratificación por parte de España del Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas. En las orientaciones del IV Plan Director para Consolidar procesos democráticos y el Estado de Derecho se hace especial referencia al ejercicio de los derechos de los colectivos más vulnerables, con especial atención al respeto de la identidad cultural y a los derechos individuales y colectivos de los pueblos indígenas.

Se resaltó que la mayoría de pactos y acuerdos que se logran a niveles nacionales de América Latina relacionados con los derechos de los pueblos indígenas, generalmente no acontecen por la voluntad política de los gobiernos, sino por el trabajo y la presión de las organizaciones indígenas apoyándose en los convenios firmados, como el 169 de la OIT, la Declaración ONU y la Declaración Universal de los Derechos Humanos.

En un contexto intercultural como el que se da en una mayoría de países de América Latina y el Caribe, el enfoque de salud intercultural se refiere a un derecho individual y colectivo que comprende actitudes de respeto y confianza para interrelacionar de forma armónica pueblos culturalmente diferentes –aceptando la diversidad, la cosmovisión, las formas de pensar y actuar– y la capacidad del Estado de responder con la construcción participativa de las políticas públicas interculturales, enmarcadas en el derecho de los pueblos indígenas al consentimiento libre, previo e informado, y vinculante. La interculturalidad y la pertinencia intercultural en salud involucran de manera interdependiente al sistema de medicina académica, al/la usuario/a, familia, comunidad y al sistema de medicina indígena. La conferencia cierra con un listado de condiciones para responder desde las políticas de salud a los derechos de las poblaciones indígenas.

El III Plan Director, identificó el Desarrollo Rural (DR) y la Lucha Contra el Hambre (LCH) como prioridades sectoriales, incorporando plenamente los planteamientos desde el enfoque del Derecho a la Alimentación y vinculándolo al desarrollo rural. Esta estrategia sectorial de la Cooperación Española se encuentra estrechamente integrada en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), tanto a los que se refieren exclusivamente a la pobreza y el hambre (ODM1), como al destinado a reducir la mortalidad en los niños y niñas menores de 5 años (ODM4), a combatir la malaria y HIV y otras enfermedades (ODM6), pero también se asienta en diversos compromisos internacionales reconocidos por los sucesivos gobiernos de España desde 1996.

Bajo el mandato del III Plan Director, el sector de Desarrollo Rural y Lucha contra el Hambre apoyó de manera sostenida acciones de la Cooperación Española, y en concreto algunas muy importantes, como las que se llevaron a cabo para definir el Marco estratégico para la Agricultura en África (CAADP) y la Estrategia Centroamericana de Desarrollo Rural Territorial (ECADERT).

6 Las “tres demoras” son un enfoque de Taddeus & Maine para identificar dónde se producen las demoras que comprometen la vida de las madres embarazadas y sus bebés: la toma de decisiones, la búsqueda del recurso y la falta de capacidad del recurso sanitario.

Esta línea de acción queda también reflejada en las orientaciones del IV Plan Director para las intervenciones de la AECID en el sector, que deberán diseñarse con un enfoque integral y multisectorial que consolide la seguridad alimentaria y nutricional, apoye el desarrollo rural territorial inclusivo y tenga un enfoque de derechos humanos a través del Derecho a la Alimentación.

Se presentó “Derecho a la alimentación. URGENTE”, una campaña conjunta que se lanzó Prosalus en septiembre de 2003 y que actualmente está impulsada también por Acción contra el Hambre, Ayuda en Acción, Caritas y ONGAWA. Esta campaña ha trabajado para posicionar el enfoque del Derecho Humano a la Alimentación en los documentos estratégicos de la Cooperación Española (II, III y IV Plan Director, Estrategia sectorial, Plan de Actuación Sectorial de Desarrollo Rural), para lo cual hizo acciones de formación, información y difusión.

También se presentó la experiencia de algunos procesos en zonas rurales andinas de Perú y Bolivia orientados a la mejora de la salud de las comunidades, trabajando sobre algunos determinantes de salud y centrando el eje de la intervención en la seguridad alimentaria y nutricional, con enfoque de soberanía alimentaria, promoviendo la equidad de género, la sostenibilidad ambiental, la participación activa de la población en la construcción y control social de las políticas públicas relacionadas, reforzando la gobernabilidad local y la implicación de las autoridades en el desarrollo rural (clave para la sostenibilidad y replicabilidad de las iniciativas implementadas).

La relación de Prosalus con AECID data de los comienzos de la Cooperación Española, cuando fue de las primeras ONGD calificadas por la AECID en el área de promoción de la salud. De esta relación en la que se financiaron diversos proyectos consecutivos, destaca el encaje entre la línea de financiación a través de convenios plurianuales que coincide con la lógica de procesos a largo plazo de la línea de trabajo que ha mostrado. También reflexionó sobre la concepción cerrada de la categoría “salud” de la AECID, tanto en sede como en las OTC, que no reconoce como tal a las intervenciones que inciden en los “determinantes” de la salud concebida de una forma holística e integrada.



La última ponencia planteó las inequidades en salud y los determinantes sociales en la intersección del ámbito local donde interactúan las personas, factores determinantes estructurales o coyunturales y la oferta de servicios de salud, proponiendo un abordaje sistémico bajo el enfoque de la antropología de la salud para ampliar la lectura de los fenómenos y de los indicadores con una mejor comprensión de las dinámicas sociales y la racionalidad de los servicios de salud como espacio relacional que la población utiliza o no utiliza.

La ponencia dió cuenta de que actualmente la antropología aplicada al terreno de la Salud Global dispone de instrumentos metodológicos mejor adaptados a los tiempos y las necesidades de los proyectos que los que tenía la antropología clásica, entre ellos: la etnografía médica crítica focalizada; el marco conceptual de la vulnerabilidad social (estructural, coyuntural, conductual y acumulada) y los modelos de acceso y de “búsqueda de la salud” (Health-Seeking Behaviour - HSB).

Mientras que existe la necesidad de que las estrategias globales de equidad cuenten con estudios previos de las dinámicas locales que faciliten adaptaciones “locales” de la intervención, hay algunos desafíos clave como el de llevar las voces de las comunidades a los foros globales, articulando de esta forma lo global-local, o la implementación de abordajes interdisciplinarios con abordajes integrales y multisectoriales, tal como debería darse en realidades sistémicas (inequidad-determinantes de la salud).

Mesa 5. Hacia una agenda de equidad de Salud Global post 2015

La carga de inequidad en la Salud Global ha sido una constante en las últimas dos décadas: entre 18 y 19 millones de muertes en el mundo son evitables (una de cada tres), más de 1000 millones de personas no pueden utilizar los servicios sanitarios por falta de disponibilidad o accesibilidad económica, 100 millones caen en la pobreza cada año por tener que asumir los gastos de los servicios sanitarios en el momento de la enfermedad, y existen grandes e injustas diferencias entre países y dentro de un mismo país respecto al estado de la salud de la población.

Esta mesa presentó reflexiones, ejemplos y abordajes de trabajo para afrontar las desigualdades en salud desde diferentes perspectivas a cargo de ponentes con amplia experiencia institucional en el sector en Bolivia, Uruguay y el Área de Salud de la propia AECID y las ONGD.

En primer lugar, se compartió la experiencia acerca de la participación popular o social en el área de salud como una herramienta de alto valor para el ejercicio de todos los derechos sociales y de incidencia en las decisiones político-sanitarias. Como tal, cobra un valor determinante si se conduce y fortalece. Vale decir que el sector sanitario tiene bajo su influencia la posibilidad del ejercicio pleno a la salud siempre que vea en la población organizada no sólo un aliado, sino también un actor imprescindible en la gestión nacional, intermedia y local para lograr el avance sanitario. La cooperación internacional requiere una alianza más sólida con las organizaciones de base y el trabajo con la población, donde la participación popular no sólo es la clave para asegurar que la salud llegue a ellos, sino también para garantizar el ejercicio pleno del derecho a la salud.

Entre las iniciativas nacionales, se presentó la creación en Uruguay de un “Sistema de Vigilancia de la Equidad en Salud” por parte del Ministerio de Salud Pública que pretende incorporar la igualdad como principio y como criterio operativo en las distintas fases de definición de las políticas en salud. Este sistema permitirá dar visibilidad a las inequidades que el país presenta en esta área, así como a la incidencia y magnitud de los determinantes sociales para, a partir de ahí, orientar la política pública hacia la reducción de las brechas, en consonancia con la línea de acción de la Organización Mundial de la Salud, a través de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud y de “medir la magnitud de las inequidades en salud y sus factores determinantes, evaluar las intervenciones, ampliar la base de conocimientos, dotarse de personal capacitado en materia de determinantes sociales de la salud y sensibilizar a la opinión pública a ese respecto”. Esto, sin duda, implica un cambio de enfoque, ya que

generalmente los estudios epidemiológicos clásicos muestran desinterés por la acción de los determinantes sociales en las inequidades en salud, así como por el impacto que generan en el estado de salud de la población, por lo que se hace necesario incorporar la perspectiva de equidad en la producción de información.

La experiencia en el avance hacia la equidad y gobernanza en salud que Medicus Mundi y sus socios locales vienen desarrollando en Bolivia evidencia el papel de la participación social concebida como empoderamiento y gobernanza, como parte del desarrollo social y del poder político y como estrategia básica del sistema democrático para generar una mayor integración social y nuevos procesos de modernización del sector público.

La Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia contempla el Derecho a la Salud, la necesidad de un sistema de salud único, la participación de la población organizada, el respeto al uso, investigación y práctica de la medicina tradicional, el Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva y los derechos de las personas con discapacidad, entre otros. En ese marco, el Decreto Supremo 29601 define la Política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI) con sus cuatro principios: participación social, interculturalidad, integralidad e intersectorialidad.

Como resultado de este trabajo, no sólo se identificaron los determinantes sociales de la salud participativamente. En la Programación Operativa Anual municipal se han insertado las demandas de las comunidades haciendo efectiva una planificación de abajo hacia arriba que responda a las necesidades de la población y haga más eficiente y eficaz el uso de recursos públicos, sino que se ha logrado clasificar a los individuos y familias según riesgos socio-económicos y de salud, para que el personal de salud cambie su forma habitual de trabajo a demanda por una acción previamente planificada y de forma integral, no sólo asistencial-curativa, sino preventiva y promocional. Asimismo, se ha optado por un enfoque epidemiológico sociocultural y no exclusivamente biomédico, identificando a los agentes de medicina tradicional e incorporándolos paulatinamente hacia un trabajo articulado con la medicina académica.

Este trabajo en el nivel local se ha realizado en estrecha coordinación con los Servicios Departamentales de Salud y el Ministerio de Salud y Deportes, haciendo aportes desde el nivel local a la normativa departamental y nacional en lo que se refiere a la carpeta familiar, el documento del continuo de la atención (historia clínica) y el sistema de acreditación de la medicina tradicional.

Como parte de ese proceso de escalamiento de la intervención y de gobernanza en salud, se participó activamente en la organización de la Mesa de Salud de la Cooperación Española, conformada por la Oficina Técnica de Cooperación de la AECID, organismos multilaterales y organizaciones no gubernamentales (ONGD) que reciben financiamiento de la AECID. Considerando el marco legal y político, tanto de España como de Bolivia, la mesa trabajó en la Estrategia de Implementación del Marco de Asociación País, en coordinación con el Área de Salud de la AECID en Madrid, definiendo las siguientes líneas estratégicas:

- Enfoque sectorial ampliado.
- Apoyo a la implementación de la política SAFCI (Salud Familiar Comunitaria Intercultural).
- Fortalecimiento institucional y desarrollo de capacidades locales.
- Mejorar la eficacia, eficiencia y calidad de las intervenciones de la Cooperación Española en salud.
- Avanzar hacia el enfoque territorial.
- Fomentar la investigación y la gestión del conocimiento.

A lo largo del año 2013, la Mesa de Salud se ha incorporado a la Comisión de transversalización del enfoque de derechos, género e interculturalidad en las políticas públicas de salud, que ha conseguido elaborar una agenda común para trabajar este tema con el Ministerio de Salud y Deportes durante 2014. Otro avance importante en los lineamientos ha sido el proceso de sistematización de experiencias de implementación de la SAFCI y la realización de la primera mesa intersectorial con Agua y Soberanía Alimentaria.

En conclusión, podemos afirmar que la experiencia descrita demuestra que es posible superar las barreras que ocasionan inequidad en salud, a partir del desarrollo de la gobernanza en salud, en el marco de los principios de armonización y alineamiento de la cooperación internacional, planteados en la Declaración de París.

Por su parte, la AECID ha presentado su enfoque hacia la equidad en salud basado en el marco internacional de las Declaraciones de Alma Ata de 1978 sobre atención primaria de calidad; la Resolución 62.12 de la OMS de 2009; las conclusiones del Consejo de la UE sobre El Papel de la UE en la Salud Global de 2010, que incluía como uno de sus pilares fundamentales la equidad, y la Declaración de Río sobre Determinantes de la Salud de 2011. En esta línea, cabe hacer especial hincapié en la 63ª Asamblea Mundial de la Salud celebrada en mayo de 2010, fecha en la que España se adhirió a la Alianza Global de Salud (International Health Partnership - IHP) y firmó el acuerdo global comprometiéndose a poner en práctica los principios de eficacia de desarrollo en el sector.

El III Plan Director de la Cooperación Española (2009-2012) ya recogía la salud como derecho básico y bien público, además de ser un objetivo prioritario y fundamental de desarrollo (sin salud no hay desarrollo) y animaba al refuerzo de los sistemas de salud y a la utilización de instrumentos programáticos. En el IV Plan Director (2013-2016) se vuelve a hacer hincapié y se refuerza la Salud Global como derecho humano fundamental y como elemento clave para el desarrollo equitativo y sostenible, incluida la reducción de la pobreza. Para asegurar la equidad se priorizará, entre otras cosas, el enfoque programático sectorial en salud y se apoyarán los programas de formación y capacitación de recursos humanos destinados a la mejora de la gobernanza, de la gestión y de la eficiencia de los sistemas de salud, con participación democrática, transparencia y rendición de cuentas. Asimismo, se promoverán las políticas públicas necesarias para una mayor protección en servicios sociales de las personas mayores, discapacitados y en situación de dependencia.

Del mismo modo, el Plan de Actuación Sectorial de Salud 2010-2013, con el fin de poder alcanzar equidad y coherencia en todas las acciones de la AECID en salud, establece distintos objetivos de desarrollo. Cabe destacar la línea estratégica 1 “Fortalecimiento integral de los sistemas de salud de calidad y equitativos”. Aquí la AECID quiere centrar sus esfuerzos en el fortalecimiento de capacidades, la previsibilidad, equidad y sostenibilidad de la financiación de los sistemas de salud, el apoyo al enfoque de atención primaria integral y el apoyo a la gestión del conocimiento e investigación.

Otros de los ejemplos acerca de la aplicación de enfoque de equidad en el trabajo del sector salud de la AECID subyace en la apuesta por la concentración de la ayuda del Plan de Actuación Sectorial de Salud 2011-2013, con el fin de mejorar el impacto de la misma contemplando criterios de equidad en la pre-selección del sector en las programaciones con los países prioritarios. Asimismo, resalta la necesidad de dar prioridad y aumentar el apoyo a los países que se encuentran en situación precaria, que cuentan con pocos donantes (“países huérfanos”) o que se encuentran más lejos de poder cumplir los ODM relacionados con la salud.

Algunos aspectos de las ponencias y del debate de esta mesa, tales como la propuesta de un estudio con los países que suscribieron el programa EUROSOCIAL para definir un pool de indicadores que sirva de referencia, suscitaron un especial interés. Esto, podría constituirse en un nuevo impulso para MERCOSUR y UNASUR, que hace tiempo tomaron la decisión de trabajar en conjunto sobre “determinantes sociales de la salud”.

La cooperación internacional debería apoyar la abogacía de la equidad en salud, y específicamente de la acción de medición, como un aspecto práctico imprescindible, identificar estrategias para impulsar la integración de la equidad como una “función esencial de salud pública” y fortalecer la formación de expertos y funcionarios de los gobiernos en los países, realizando seminarios, diplomados y maestrías que amplíen la masa crítica necesaria para llevar adelante las acciones.

C. Conclusiones



Los expertos participantes en el Encuentro “25 Años AECID, Salud Global en América Latina y el Caribe” celebrado con motivo del 25 aniversario de la institución han sentado las bases para la elaboración y revisión de marcos estratégicos y documentos operativos en materia de salud, planes de monitoreo y aprendizaje.

La trayectoria de la CE en materia de Salud Global en América Latina y el Caribe

El Programa VITA ha contribuido a la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, concretamente a los relacionados directa e indirectamente con el sector salud. Las Comunidades Autónomas españolas participantes en este programa integraron en sus Planes Directores las líneas estratégicas del Programa VITA, incluyendo en las diferentes convocatorias de ayudas de cooperación al desarrollo las prioridades sectoriales y geográficas de dicho programa en materia de salud. El sector salud se integra en el bloque de necesidades sociales básicas y, por ello, desde el Programa VITA se fomentó el desarrollo de herramientas para la puesta en práctica del enfoque intersectorial, elaboradas tras la celebración de jornadas o seminarios avanzados.

Se ha potenciado la cooperación sur-sur con la celebración de seminarios avanzados en Nairobi, Camerún, Tánger y Dakar e implicando a escuelas de formación sanitaria y universidades africanas en programas internacionales, en colaboración directa con los Ministerios de Salud, las ONGD sanitarias y los funcionarios y trabajadores sanitarios de regiones más aisladas y vulnerables.

Específicamente en América Latina, la AECID ha sido un componente decisivo para:

- La recuperación de la necesidad de elaborar una Agenda y Plan de Salud para la región latinoamericana y en reinstalar el tema en el Sistema de Integración Centroamericana (SICA).
- El financiamiento de dicha Agenda y Plan de Salud a través del Fondo España-OPS/OMS.
- El acompañamiento del proceso a través del personal del SICA financiado con fondos AECID.
- La continuación para la elaboración del Plan de Salud que es el marco a partir del que se desarrollan las acciones regionales en salud.

El momento actual de la CE en materia de Salud Global en América Latina y el Caribe

Se priorizan los sistemas de salud públicos junto con su red asistencial (en anteriores estrategias se admitía la rectoría pública, pero no necesariamente el apoyo prioritario a la red pública de atención sanitaria) como principales interlocutores y socios de la cooperación en salud. Además, existe un claro enfoque hacia la reducción de la pobreza y la equidad de género, sobre todo este último, no priorizado ni transversalizado en profundidad en anteriores documentos rectores.

Las principales fortalezas del enfoque sectorial en salud son:

- Permite la planificación estratégica sectorial (PAS de Salud de la AECID y Estrategia de Salud de la CE) en base a criterios técnicos, líneas prioritarias y a un proceso participativo.
- Se ha identificado el valor añadido del sector lo que ha permitido aumentar la planificación de intervenciones más globales y alejarse de la suma de acciones separadas en cada país o en cada instrumento.
- Las acciones de la AECID son más específicas, coherentes y de calidad.
- Existe un diálogo sectorial internacional en base a unos resultados de desarrollo sectoriales, lo que implica un diálogo entre socios también sectoriales.
- Permite prestar y distribuir las líneas de aproximaciones presupuestarias a cada modalidad de la ayuda que permita a la AECID acercarse al cumplimiento de los compromisos fijados en su Plan Director.

Entre las lecciones aprendidas del trabajo con enfoque sectorial, destacan:

- Es necesario institucionalizar el diálogo entre el Departamento Geográfico y el Departamento Sectorial para que los criterios técnicos se inserten en la estrategia de la AECID y en cada una de sus fases de planificación.
- Definir el valor añadido en cada sector de intervención en el que trabaja AECID es lo que permite optimizar nuestras acciones, en términos de calidad y eficacia; independientemente de su presupuesto.
- La toma de decisión en base a los criterios sectoriales integrados consolida la gestión interna de la institución y da coherencia al discurso y a la acción en el exterior.

Las lecciones aprendidas en materia de Salud y Desarrollo durante estos 25 años de Cooperación Española son:

- La existencia en la comunidad de algún sistema –formal o informal, espontáneo o planificado– de organización o estructura organizativa previa de salud, como la existencia de agentes de salud comunitarios, facilita los procesos de participación comunitaria.
- Cuanto más marginadas y pobres son las personas a las que se quiere involucrar en los procesos de participación comunitaria en salud, más relevante es la incidencia del factor liderazgo en el éxito de los mismos.
- La pertinencia cultural y la apertura de los servicios de salud a estos aspectos favorece la permanencia de la interacción entre el tejido social y los servicios.
- El personal de salud debe tener la capacidad de relacionarse con la gente, habilidad de liderazgo, disponibilidad para el trabajo comunitario y formación específica para las tareas asignadas.

- Las relaciones entre los equipos de salud y la comunidad se efectúan, generalmente, mediante los canales clásicos: contacto individual, dentro de la consulta y dentro del centro de salud. Se demuestra mayor éxito cuando las relaciones entre los profesionales sanitarios involucrados y las personas no han sido jerarquizadas, si no de carácter más igualitario, en los espacios de planificación y coordinación.
- Entre las debilidades de salud y género, se identifican: planes y políticas sin presupuesto para la igualdad, especialmente con la retirada de muchos donantes internacionales.
- La perspectiva de género no atraviesa todos los componentes del sistema de salud.
- Los sistemas de información en salud no están desagregados por sexo u otros determinantes, por lo que no se conocen las brechas de género en las enfermedades.
- Los programas de salud pública visualizan las mujeres solo en programas destinados a la vida reproductiva y, por tanto, en edad fértil.

Además, no se visualiza suficientemente la violencia de género como factor de riesgo para diversos problemas de salud y coberturas, ni se tiene en cuenta que los embarazos en adolescentes generalmente son por abuso y violencia, motivo por el que la respuesta no puede ser la anticoncepción. También hay que considerar la falta de autonomía de las mujeres para decidir sobre su cuerpo, la exclusión de los hombres de los grupos meta, la triple jornada para las mujeres –rol reproductivo, comunitario y productivo– y la escasa presencia de hombres en las tareas de cuidado.

Proyección a futuro de la CE en materia de Salud Global en América Latina y el Caribe

Resulta necesario intensificar la aplicación de los principios de la Declaración de París de 2005 sobre eficacia de la ayuda al desarrollo, eliminando la duplicidad de esfuerzos, racionalizando las actividades de donantes para alcanzar el máximo rendimiento posible y coordinando la ayuda en todos los ámbitos, en diálogo con países socios y donantes, al objeto de fomentar la participación de la sociedad civil y del sector privado.

Algunas oportunidades de futuro para la AECID:

- Concentración geográfica e instrumental: la AECID atesora una experiencia en operaciones de ayuda programática de casi una década. Es un buen momento para recoger información exhaustiva en terreno, valorar adecuadamente en qué países y operaciones se quiere y puede permanecer y de cuáles ir retirándose, tomando decisiones técnicas responsables al respecto.
- Colaboración estrecha con otros actores: la AECID puede identificar otras opciones creativas de colaboración en el sector de salud, para facilitar procesos y la canalización de recursos humanos y materiales a los países en los que tiene presencia. Existen muchos actores españoles en salud que están interesados en colaborar con la AECID. Algunos ejemplos son el Ministerio de Sanidad, el Colegio de Médicos, las ONGD o las distintas misiones médicas españolas para dar asistencia. La AECID puede intermediar entre dichas entidades y las autoridades locales, diseminar información entre distintos actores, participar activamente en los grupos de trabajo técnico en los países y a nivel internacional, dedicar más esfuerzos en la preparación técnica de los actores de la Cooperación Española, supervisar estrechamente el trabajo de fundaciones y entidades públicas españolas trabajando en cooperación internacional en salud, etc.
- La salud como valor añadido y rasgo definitorio de la AECID: La Agencia podía priorizar el sector salud, como sector de trabajo en ayuda programática, por varias razones: España posee (o poseía) tanto un sistema sanitario del que se pueden extraer buenas prácticas aplicables a otros contextos, como profesionales preparados que pueden aportar asistencia técnica de calidad; el conocimiento técnico y la experiencia acumulados en sede y en terreno en las distintas operaciones, así como las nuevas guías y manuales en elaboración, que constituyen un fundamento sólido sobre el que construir el valor añadido de la AECID internacionalmente y, finalmente, porque las operaciones de ayuda programática en salud son más fáciles de

explicar y justificar ante la opinión pública dada la urgencia e importancia de su temática y la mayor facilidad para mostrar su impacto.

Los desafíos a los que se enfrenta la AECID son:

- Comunicar los resultados de desarrollo: Es crucial mejorar la rendición de cuentas a la ciudadanía española y elaborar estrategias de comunicación eficaces y didácticas que informen adecuadamente a la opinión pública.
- IHP+: Tanto la AECID como el resto de los donantes signatarios del International Health Partnership deben buscar la forma de aplicar de forma práctica y obligatoria los compromisos asumidos para así cumplir con lo pactado y desarrollar el potencial real del IHP.
- Modernización de la AECID: A nivel estratégico e internacional la AECID quiere trabajar bajo los principios de eficacia, pero a nivel operativo sigue sin adaptar a dicho deseo su gestión interna, su política de recursos humanos, su sistema de información y sus procedimientos administrativos. Si no se moderniza, no podrá llevar a cabo la cooperación profesional y visionaria con la que sueña.

Entre las oportunidades de la AECID en el contexto actual de Salud Global, destacan:

- Fortalecimiento de la AECID en cuando a la calidad de la ayuda. Mejorar la calidad de la ayuda gracias a la concentración sectorial y a la disminución de la fragmentación de la Ayuda, apoyo a los MAPs y PO con criterios de equidad y división de trabajo de la UE, y apoyo técnico (en sede y en terreno) en el Diálogo de Políticas de Salud (Guía de Diálogo de Políticas).
- Existen las bases para el marco estratégico para asociaciones público-privadas, pero es necesaria una estrategia coherente para aumentar fondos asignables a la ayuda programática en salud.
- El enfoque sectorial considera los sectores, no como compartimentos estanco, sino como interconectados; es ésta la manera de abordar la salud con un enfoque de equidad, cobertura universal, sostenibilidad y, por lo tanto, la Salud Global, tal y como lo recoge el IV Plan Director. Además, es en éste mismo enfoque dónde tienen cabida los determinantes de la salud y la justicia social o la reciente Declaración de Rio+20.
- Crear una de Red de Expertos de Salud (RES) y red Mesas de Socios de Salud Cooperación Española (MASCE) de la AECID para una gestión integral del conocimiento y mejorar la capacidad de diálogo técnico y aumentar la incidencia estratégica en foros nacionales e internacionales. Asimismo, se debería elaborar una base de datos de expertos externos a la AECID y un monitoreo y evaluación del PAS.

Los desafíos de la AECID en el contexto actual de Salud Global:

- Todavía no está protocolizada la coordinación interdepartamental para la transversalización de salud.
- No existe un mapeo ni un plan de distribución ni de intercambio de los RRHH en terreno y sede. Del mismo modo, falta definir e implementar un plan de formación de salud en terreno y sede (gestión integral del conocimiento).
- Anivel global, los compromisos más importantes a los que actualmente deben responder los diferentes sistemas públicos de salud incluyen: la renovación de la Atención Primaria en Salud (2005), las recomendaciones de la Comisión de Determinantes Sociales de la OMS (2007), la agenda de salud para las Américas 2008-2017 y el planteamiento de Redes Integradas de Servicios de Salud (2008). Todos ellos parten de la universalización del derecho a la salud y contienen los principios necesarios, no solo para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, sino también para enfrentar los nuevos desafíos de la salud pública en el mundo.
- Los sistemas de salud latinoamericanos enfrentan el desafío de retomar el valor de la equidad, para lo cual deben abordar medidas en las que intervengan distintas instancias gubernamentales. La base de este proceso es avanzar hacia la universalización del derecho a la salud, que se exprese a su vez en la cobertura universal unida a la protección social en salud.