

La cooperación internacional en salud, tendencias y dilemas en la era de la salud global*

International cooperation in the health care field, trends and dilemmas in the age of global health

Dr. Pedro E. Brito

Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada, España.

INTRODUCCIÓN

A partir del 1993 la Cooperación Internacional en Salud empezó a cambiar en varios sentidos. Se convirtió en una fuerza financiadora muy importante, con eje en organismos como los denominados Bancos de Desarrollo, en desmedro de la variante técnica relegada a los organismos de Naciones Unidas. A partir del 2000 esa capacidad financiera se disparó hacia niveles nunca antes vistos. Se configuró poco a poco una nueva arquitectura institucional y de estableció una gobernanza que reemplazó en las decisiones de política global a los gobiernos de los Estados Miembros del Sistema Multilateral, por una gama Institucional público privada. Esta nueva correlación de fuerzas, de manera paulatina, se estableció como estructura política y técnica dominante, basada en la fuerza del factor financiero, incluida dentro de lo que se denomina Salud Global.

Este trabajo se basa en el documento preparado por el ponente a solicitud de la Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP) en el mes de mayo de 2011, en el marco de un programa educacional orientado a fortalecer las capacidades institucionales de gobiernos y agencias de cooperación internacional en Gestión de la Cooperación Internacional en Salud.

El propósito de esta ponencia es analizar en perspectiva histórica los cambios en la Cooperación Internacional siguiendo la pista del financiamiento, de los actores y las estructuras de poder, para identificar tendencias y cuestiones problemáticas que, de manera directa o indirecta, afectan el desarrollo sanitario en los países pobres y de ingreso medio, entre los cuales se hallan nuestros países de América Latina, como otro determinante social de la salud.

SALUD GLOBAL O UNA NUEVA ESTRUCTURA POLÍTICA GLOBAL EN SALUD

Desde hace casi 20 años se ha configurado un nuevo complejo de instituciones y actores internacionales que han cambiado la manera y las condiciones en que se definen y aplican las políticas de salud a nivel global, que se denomina Salud Global.

Ese término ha llegado a dominar el discurso político sanitario a nivel internacional. Pero no es un concepto ni un término de comprensión única ni uniforme. Existen varias visiones, algunas derivan de una actitud reactiva a problemas sanitarios de impactos y consecuencias internacionales en la economía global que se han producido en los últimos años. La mayoría de las definiciones y referencias sobre Salud Global se inspiran en la definición del Instituto de Medicina de Estados Unidos (IOM).¹ Hacen hincapié en su naturaleza de "área de estudio, investigación y práctica y su virtud de integrar salud pública, salud internacional y medicina tropical". En esta visión la agenda de la Salud Global se concentra en el control de enfermedades infecciosas y en programas de salud a grupos prioritarios, así como en aspectos ambientales relacionados con la salud de la población de los países de medianos y bajos ingresos. Aquí el énfasis está claramente en la promoción de la investigación y de la educación superior, áreas para las que se reclama reorientar las oportunidades de financiamiento.

Existe otra variante que considera la Salud Global como una nueva posibilidad de arreglos institucionales para promover políticas globales y fortalecer la efectividad de la ayuda internacional promoviendo nuevos valores y objetivos.^{2,3}

Una mirada sistémica y estructural buscando identificar las características del contexto y sus determinaciones sanitarias derivadas de cambios por y en la globalización, permite ir más allá de la descripción de disciplinas, problemas de salud, interrelaciones formales entre países y consideraciones de gobernanza supranacionales. Permite mostrar un nuevo ordenamiento político, económico y sanitario de alcance global, ante un nuevo sistema político sanitario global y no solamente ante un nuevo campo teórico o disciplinar.

El contexto en que se ha dado ese paulatino cambio en la economía política global de los asuntos y decisiones sobre la salud, tiene que ver con: la globalización, la crisis del multilateralismo, la hegemonía del pensamiento neoliberal, epidemias y pandemias que han afectado numerosos países y regiones del mundo y que han afectado seriamente las economías y el desarrollo social (VIH/sida, SARS, influencias), logro de algunos acuerdos sociales y sanitarios trascendentes y de alcance global.

Estos procesos y acontecimientos generaron condiciones para que los temas de salud crecieran en importancia en los foros internacionales y se instalara en las agendas

políticas internacionales como asunto estratégico y se incrementara de manera sustantiva el flujo de recursos financieros para la cooperación al desarrollo sanitario, preferentemente en apoyo a los países africanos; el número de actores e instituciones proliferara a escala mundial, de manera especial actores de la esfera privada y del sector corporativo de los negocios, del sector filantrópico y organizaciones no gubernamentales; las instituciones financieras internacionales (en especial los bancos de desarrollo) crecieran en importancia en el financiamiento, la gestión de proyectos y en la propia gobernanza del sistema político sanitario global.

Bajo tal perspectiva es posible identificar las dimensiones sustantivas de la Salud Global. Las principales, desde una perspectiva política, son las que tienen que ver con las políticas de salud y su gobernanza, y el financiamiento de la cooperación internacional para la salud. Son importantes también otras tres dimensiones: la relación entre salud y las relaciones internacionales, salud en el comercio exterior, y salud y la seguridad nacional e internacional ([Fig. 1](#)).

LAS POLÍTICAS SANITARIAS GLOBALES Y LA CUESTIÓN DE SU GOBERNANZA

Se dio un cambio político fundamental en el origen de este nuevo sistema político sanitario a escala mundial, que se ha manifestado en el cambio de los actores hegemónicos en la definición de políticas y de los recursos financieros para su aplicación.

En 1990 las políticas sanitarias globales se definían en un marco de gobernanza en las que predominaban las agencias de Naciones Unidas (OMS, UNICEF y UNFPA) junto a algunas agencias bilaterales. En ese momento la ayuda internacional para el desarrollo de la salud ascendió a 5 600 millones USD. En la actualidad, en tanto que algunos de los países donantes y sus agencias mantienen su protagonismo, las agencias de Naciones Unidas han disminuido su poder e influencia, y han sido subsumidas en una agenda que es definida por un conjunto de nuevos actores institucionales entre los que destacan los Fondos Globales, como GFATM, la Alianza por las Vacunas y la Inmunización (GAVI), las Iniciativas Globales de Salud (IGS), el Banco Mundial, la Fundación Gates (entre varias variantes filantrópicas) y una constelación de organismos no gubernamentales (ONGs). Debe indicarse que en el 2007 el monto de la ayuda internacional para salud llegó a 21 800 millones USD,⁴ y para el 2011 se estima que pasó de los 27 000 millones USD.

El tradicional sistema de gobernanza internacional en Salud, que comprendía principalmente a los estados y organizaciones intergubernamentales, ha sido incapaz de ejercer liderazgo y gobernar de manera efectiva en el nuevo contexto sanitario global. El eje tradicional había sido la OMS, la que actualmente ha sido progresivamente marginada de muchas de las decisiones de política o del financiamiento, o como han señalado algunos estudios, subordinada a otros actores.⁵

La historia reciente de la OMS es rica en paradojas. Ha liderado algunas de las iniciativas políticas más importantes de las últimas décadas, como Salud para Todos basada en la estrategia de atención primaria de salud, el nuevo Reglamento Sanitario Internacional y el Convenio Marco de Control del Tabaco. Sin embargo, la historia de la lucha contra el VIH/sida ilustra su incapacidad para gobernar la Salud Global: del

Programa Global de la OMS sobre sida, se debió dar paso a ONUSIDA, al involucramiento del Consejo de Seguridad y de la Asamblea General, a la fallida iniciativa 3 x 5, y por último, ceder ante el Fondo Global. Aunque tal vez nunca existió tanto dinero disponible para enfrentar problemas de salud en el mundo, es de lamentar que la OMS confronte serios problemas para financiar sus programas de cooperación técnica y mantener a su personal.

Aunque es un hecho auspicioso el incremento del "financiamiento para la Salud Global", es preocupante que la orientación de los fondos no necesariamente responda a las necesidades de los países receptores de la ayuda, sino más bien a los intereses de los donantes (*donor-driven funding*). La agenda programática está concentrada en algunas enfermedades y programas: VIH/sida en primer lugar, malaria, tuberculosis, salud de la madre y del niño, planificación familiar, enfermedades tropicales y nutrición. Se han denunciado efectos adversos, entre los cuales el más importante es el impacto negativo sobre los sistemas de salud. Por sobre todo, se observó falta de alineamiento entre los objetivos de las IGS y las necesidades de los sistemas de salud de los países.^{6,7}

SALUD Y POLÍTICA EXTERIOR

Desde hace unos veinte años la salud se ha hecho más relevante en la política exterior de los estados. Se considera que actualmente los responsables de la política exterior, de manera regular, confrontan asuntos de salud poblacional que tienen que ver con seguridad nacional, poder económico, protección de la dignidad humana, la reforma de las Naciones Unidas, y el desarrollo de regiones y países de importancia estratégica.

Se considera que la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, realizada en 1978 en la ciudad de Alma-Atá (URSS), en uno de los momentos más álgidos de la Guerra Fría, y la exitosa experiencia en Centroamérica de Salud Puente para la Paz, impulsada por la OPS y algunos países europeos en los años ochenta, momento de guerras civiles en varios países, fueron, entre otros, antecedentes de importancia en esta historia de encuentros y desencuentros entre Salud y Política Exterior.

Este cambio en la relación obedece a algunos eventos específicos y a algunas tendencias generales en la política y la economía mundiales. De un lado están la pandemia de VIH/sida, amenazas de enfermedades infecciosas emergentes y reemergentes (SARS, influenza aviar), amenazas terroristas, y controversias sobre comercio internacional (por ejemplo el TRIPS y el acceso a medicinas). Del lado más general se mencionan los efectos de la globalización.

La importancia de la salud en los Objetivos de la Declaración del Milenio (2000) y el Informe de la Comisión de Macroeconomía y Salud de la OMS, muestran también que la salud se ha ubicado centralmente en los debates internacionales sobre política social y desarrollo económico. La reforma de las Naciones Unidas también asigna a la salud un rol muy importante en el marco de los derechos humanos, para el logro de sus mayores objetivos.⁸

Más reciente, como consecuencia de las negociaciones para la formulación y sanción del Convenio Marco para el Control del Tabaco, del nuevo Reglamento Sanitario Internacional (2005), y las relacionadas con la Estrategia Mundial y Plan de Acción

sobre Salud Pública, Innovación y Propiedad Intelectual (2008), la Organización Mundial de la Salud ha venido promoviendo nuevas relaciones entre la salud y la política exterior.

Un hito a resaltar fue el lanzamiento de la Iniciativa sobre Política Exterior y Salud Global suscrita por los ministros de relaciones exteriores de Brasil, Francia, Indonesia, Noruega, Senegal, Sudáfrica y Tailandia, en la ciudad de Oslo en marzo del 2007, con el fin de avanzar hacia una política exterior que tome en cuenta las consideraciones de la salud global más allá de las situaciones de crisis y emergencias sanitarias.⁹

Debido a que los límites entre políticas internacionales y nacionales, y sus impactos en los países se han borrado, se ha forzado a los países a dialogar y negociar sobre un número creciente de asuntos y problemas de salud. Ello ha resultado en un creciente número de diplomáticos que entran a la arena de la salud, y que mas especialistas en salud pública entren en la arena diplomática. Se viene configurando un campo técnico que algunos autores llaman "diplomacia sanitaria global", con creciente número de centros, grupos y programas educativos sobre este tema.

COMERCIO Y SALUD

En esta dimensión aparece con claridad la influencia de la globalización sobre las condiciones de salud de las poblaciones. Desde fines de la II Guerra Mundial el comercio internacional se ha expandido rápidamente. Está regulado desde hace muchos años por el Acuerdo General sobre Tarifas y Comercio (GATT, 1947) y desde los años noventa por la Organización Mundial de Comercio (OMC), y juntos cubren un amplio abanico de asuntos relacionados con el comercio de bienes, agricultura, comercio de servicios y aspectos de propiedad intelectual que tienen que ver con la salud.¹⁰

Debe señalarse también el número creciente de acuerdos comerciales bilaterales y regionales. En este marco se generan frecuentes diferendos entre intereses comerciales y objetivos sanitarios. En esencia, se trata de un conflicto básico entre la consideración de los bienes y servicios sanitarios como parte del derecho a la salud y la consideración de los mismos como mercancías que se pueden comprar y vender como cualquier otra.

Los principales temas que se ventilan en este campo son:

- Comercio de bienes y servicios relacionados con la salud: el comercio internacional de servicios de salud está creciendo, a pesar de que, tradicionalmente, algunos de dichos servicios hayan sido considerados no comerciables. Bajo la regulación de la OMC (según el acuerdo general de comercio en servicios) son cuatro las modalidades de comercio de servicios de salud: prestación de servicios a través de las fronteras, consumo de servicios de salud en otro país, establecimiento de hospitales o clínicas en otro país por una empresa o agente de otro país y movimiento de personal de salud a través de fronteras.

- Salud pública, derechos de propiedad intelectual y el TRIPS: otro de los nudos problemáticos es el impacto sobre los sistemas de salud de la estandarización de los derechos de patente bajo el Acuerdo sobre Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (TRIPS). El problema central radica en los altos precios

de los medicamentos patentados, que en muchos casos son demasiado caros para los países pobres. Por ello se suscribió la Declaración sobre el Acuerdo TRIPS y la Salud Pública, conocida como Declaración de Doha (2001) que establece el derecho de los estados miembros de la OMC a interpretar TRIPS en una manera que permita apoyar acciones de salud pública y el acceso indispensable a medicinas.¹¹

SALUD Y SEGURIDAD NACIONAL E INTERNACIONAL

La seguridad nacional es una prioridad de toda política exterior. Situaciones y problemas sanitarios, en especial pandemias y epidemias, han sido consideradas, cada vez con más frecuencia, amenazas a la seguridad nacional, y más recientemente a la seguridad internacional. Brotes epidémicos de enfermedades infecciosas y la amenaza del bioterrorismo han dominado recientes debates sobre salud global y seguridad. Ello demuestra que los temas sanitarios ganan prioridad política cuando se percibe que hay amenazas a la seguridad de los estados.

Pero ha sido la pandemia de VIH/sida la que más ha contribuido a hacer visible esta dimensión de la Salud Global como importante. Entre el 2000 y el 2005 se consideró esta pandemia como un problema de seguridad global llevando a que, tanto el Consejo de Seguridad como la Asamblea General de Naciones Unidas, la incluyeran de manera regular en su agenda. Esto contribuyó a incrementar el financiamiento de los programas de control y tratamiento, más que de prevención, y a la creación del Fondo Global y PEPFAR.¹²

El brote de SARS, la epidemia de H5N1 y de H1N1 y, en menor grado, la extensión de la resistencia a las medicinas antituberculosas, han sido consideradas y manejadas como amenazas para la seguridad nacional e internacional. La manera de enfrentar estos problemas no ha estado exenta de críticas. Se ha cuestionado el alto costo de las medidas de control y la masiva inversión financiera.

LA COOPERACIÓN INTERNACIONAL EN SALUD (CIS) Y SU FINANCIAMIENTO

El financiamiento de la CIS es, tal vez, el mejor evento trazador de la orientación de las políticas y de la estructura de la gobernanza de la Salud Global. La cooperación internacional para el desarrollo en salud ha venido cambiando desde hace unos 20 años, y desde hace casi 10 años a un ritmo vertiginoso. Sin embargo, a pesar de ese crecimiento la inversión que hacen los gobiernos sigue siendo la más importante: en el año 2009 los países invirtieron 410 000 millones de USD, que significa 16 veces más que el monto de la CIS ese año.¹³

Entre los principales procesos que han ocurrido en y afectado la CIS se pueden mencionar:

- creciente importancia de la Salud en las agendas políticas internacionales,
- incremento de los fondos orientados a acciones, programas y proyectos de salud,

- incremento de los actores transnacionales a escala global y de manera especial de los actores privados,
- disminución de la importancia de los organismos multilaterales como financiadores y gestores de la CIS,
- creciente involucramiento de los actores privados en el desarrollo de políticas públicas de salud, de manera particular de actores privados de países desarrollados influenciando políticas de países en desarrollo,
- desarrollo de nuevos modos de asociación e instrumentos de gestión, mediante las que los actores globales se relacionan entre sí y con los actores nacionales a efectos de financiamiento y entrega de la cooperación,
- creciente fragmentación de la CIS y descoordinación entre actores y socios (proliferación y fragmentación), que resulta en duplicidad de iniciativas, dispendio, incremento de costos de transacción, mayor burocracia y debilitamiento de las capacidades nacionales.¹⁴

La CIS entendida como *todos aquellos flujos de fondos provenientes de instituciones públicas y privadas cuyo propósito primario es apoyar el desarrollo de la salud en los países de ingresos medianos y bajos*, creció de manera importante desde la década de los noventa. Entre 1990 y 2007 la CIS creció de 5 600 millones USD hasta 21 800 millones USD, la mitad de ese incremento se produjo desde el 2000.¹⁵

La proporción de la CIS canalizada a través de los organismos de Naciones Unidas y los Bancos de Desarrollo disminuyó en ese período (a partir de 1990), mientras nuevas formas organizativas tales como el Fondo Global de Lucha contra el sida, la malaria y la tuberculosis (Fondo Global) y la Alianza por las Vacunas y la inmunización (GAVI), varios *partnerships* y alianzas (IGS), así como numerosas ONGs, se convirtieron en los conductos preferidos para canalizar los fondos, y se han expandido de manera vertiginosa.

Este cambio hacia un menor rol relativo de las agencias de Naciones Unidas ha cambiado el estatus y la gestión financiera de estas instituciones. De manera paulatina ha crecido y se ha hecho mayoritaria la proporción de sus presupuestos que proviene de contribuciones voluntarias, mientras que la parte de sus fondos regulares ha permanecido estable o ha disminuido.

Los programas de control de VIH/sida, tuberculosis y malaria, dan cuenta de la mayor parte de estos recursos expandidos. La mayor cantidad de recursos se orientan al control de enfermedades y riesgos específicos. Así, de los 14 500 millones USD de CIS en el 2007, 5 100 millones fueron para HIV/sida, 700 millones para tuberculosis, 800 millones para malaria y 900 millones para cooperación en el sector de la salud. En agosto del 2006, a seis años de iniciar sus operaciones, la Fundación "Bill y Melinda Gates" habían contribuido con 6 600 millones USD para el programa de Salud Global. De ese total, 2 000 millones fueron para programas de HIV/sida, tuberculosis B y otras enfermedades de transmisión sexual. En *Garrett L. "The Challenge of Global Health. Foreign Affairs Jan-Feb"*, 2007, se ha criticado recientemente la falta de recursos para fortalecer los sistemas de salud, y el negativo impacto de una mayor fragmentación al

fortalecer programas verticales así como la necesidad de apoyar otras áreas como enfermedades crónicas, salud mental y ambiente.

El monto de la CIS ha crecido más rápido desde el año 2002, debido al incremento de fondos de origen público (especialmente de los Estados Unidos y de otros países) y de origen privado, proveniente de instituciones filantrópicas y de contribuciones en especie de donantes corporativos. A pesar de la creciente influencia de los actores privados, los flujos de recursos de la CIS siguen siendo mayormente de origen público. Es decir, continúan proviniendo en su mayoría (75 %) de la Ayuda Oficial al Desarrollo (ODA). Sin embargo, el peso en las decisiones del sector privado es muy grande.

La [figura 2](#) que resume con datos del 2007, la composición de la CIS según fuentes y canales de ayuda, contribuye a entender esta aparente paradoja de gobernanza.

El papel de decidir sobre las políticas y destinos de los fondos corresponde a un grupo relativamente pequeño conformado por algunos gobiernos de países donantes importantes, la fundación Gates y el Fondo Global, que es un *partnership* públicoprivado. Las instancias de decisión intergubernamental multilateral han quedado, por ahora, y cada vez más, fuera de juego. En instancias como el Fondo Global, los países pobres y de ingresos medios ven cómo sus intereses son representados por personajes del sector privado u ONGs, carentes de toda legitimidad y representatividad.

El problema de la concentración de poder, que se aprecia con claridad en la CIS, es otro de los problemas graves de la gobernanza de las políticas sanitarias globales.

EL IMPACTO DE LA CRISIS SOBRE EL FINANCIAMIENTO DE LA CIS

Un informe del 2010 sobre financiamiento de la CIS ofrecía importante información sobre la CIS, considerando la actual crisis financiera global. Los principales hallazgos son:

- la crisis fiscal y económica ha tenido como efecto una desaceleración de la tasa de crecimiento de la CIS: la CIS llegó en 2011 a 27,730 millones USD, pero la tasa de crecimiento cayó a la mitad. Del 13 % anual entre 2004 y 2008 (con 17 % entre 2007 y 2008) cayó a 6 % entre 2008 y 2011;
- los fondos para CIS de las agencias de Naciones Unidas se ha mantenido constante desde el 2008;
- el gasto en CIS destinado a VIH/sida continúa creciendo y es el que más recursos recibe entre todas las áreas;
- la salud de las madres, recién nacidos y niños recibieron la mitad que VIH/sida en el 2008;
- la tuberculosis ha venido creciendo sostenidamente desde 1990 hasta el 2008 y la malaria ha aumentado más que cualquier área en los últimos años;
- a pesar de los reclamos por un mayor apoyo a los sistemas de salud, el crecimiento de su financiamiento es el más lento de todos;

- las enfermedades no comunicables reciben la menor parte entre todas las áreas.¹⁶

El balance de contribuciones entre las diversas fuentes se ha mantenido sin mayor cambio en relación con los datos de 2007. Lo mismo ha ocurrido en relación con los canales de distribución con las agencias de Naciones Unidas que han jugado un rol menor en relación con el Fondo Global, GAVI, el gobierno de los Estados Unidos y la ayuda bilateral del Reino Unido.

Pero ha sido recién, entre 2010 y 2011, que se ha hecho evidente el impacto negativo de la Crisis sobre el financiamiento de la CIS. La Comisión Europea, agencias de Naciones Unidas, fundaciones norteamericanas, bancos regionales de desarrollo y, sobre todo, el Fondo Global, han visto disminuir su disponibilidad de fondos. Ni el Banco Mundial, ni algunas bilaterales, ni las ONGs y GAVI se han afectado significativamente.¹⁷

En el caso del Fondo Global el problema no solamente radica en el retraimiento de fondos de sus donantes debido a la Crisis, sino también a una serie de problemas administrativos y políticos derivados de problemas de gestión en una serie de países donde viene operando.

Es muy probable que el crecimiento en el financiamiento de la CIS se desacelere más o se detenga o disminuya en el año 2013. En todo caso se abre un período de intensa competencia por recursos entre las prioridades de la Salud Global, entre países y entre agencias de cooperación en salud.

LA ESTRUCTURA DE LA CIS: PROLIFERACIÓN Y FRAGMENTACIÓN

Este creciente volumen de dinero proviene y se canaliza a través de un creciente y complejo conjunto de actores. En un estudio exploratorio promovido por la OPS en el 2007 se identificaron 112 *partnerships* o IGS globales actuando en el campo de la Salud.⁴ También en un estudio de 2008, se estimó que habían mas de 40 donantes bilaterales, 26 agencias de Naciones Unidas, 20 fondos globales y regionales y 90 diferentes iniciativas involucradas en la CIS.¹⁸ Es materialmente imposible conocer con cierta certeza el número de ONGs en el campo de la Salud Global. A la fecha esos números del 2008 deben de haber crecido significativamente. Ese proceso ocurre no solo en Salud sino en todo el campo de la Cooperación Internacional.

La combinación de proliferación (aumento del número de agentes participantes) y de fragmentación (dispersión de la actividad de cooperación) puede traer consigo más impulso y recursos para iniciativas sanitarias globales y apoyo a países, pero también ocasiona importantes costos de ineficiencia y problemas en la capacidad de gobierno y de gestión de los países receptores. Una consecuencia de esta estructura son las ineficiencias y el deterioro de las capacidades nacionales. Muchas de estas intervenciones recargan el trabajo de las autoridades sanitarias nacionales, debilitando la capacidad para el desarrollo nacional de la salud. Es un gran reto para los países en vías de desarrollo, que son quienes deben gerenciar y gastar efectivamente estos recursos, lidiando con múltiples instrumentos de ayuda y mecanismos de seguimiento y evaluación de los diferentes socios y aliados.¹⁹

LA DECLARACIÓN DE PARÍS Y EL PROGRAMA DE ACCIÓN DE ACCRA

La Declaración de París (2005) es la primera iniciativa a gran escala para encaminar esa condición de proliferación-fragmentación hacia un ecosistema de la ayuda para el desarrollo, representando un hito en la búsqueda de coherencia y efectividad. En el III Foro de Alto Nivel sobre la Efectividad del Desarrollo realizado en Accra (2008), las discusiones sobre coordinación de la ayuda fueron realizadas tanto por representantes de los países "donantes" como de los países "recipientes", lo que marcó los inicios de un enfoque norte-sur para la gobernanza de la cooperación.

La puesta en práctica de los principios de la Declaración de París ha logrado avances, pero también ha dado lugar a situaciones problemáticas que han llevado a que algunos críticos opinen que dicha iniciativa adolece de algunas debilidades. La Declaración contiene, según estos, un buen análisis de las dificultades que afectan el lado de la oferta de la cooperación, pero falla en reconocer los problemas del lado de la demanda por cooperación.

Como una síntesis crítica de la implementación de la Declaración de París y el programa de Accra, se han descrito dos "trampas" en las que se puede caer. La primera trampa es la de la participación, cuando las reglas otorgan voz y voto a todos los actores. Habiendo proliferado los grupos de coordinación sobre diversos temas, problemas o enfoques, el proceso ha devenido, en muchos países, en una pesadilla de discusiones en donde pequeños donantes son capaces de congelar indefinidamente el proceso de definición de políticas. Esto es paradójico por que, en la realidad, unos pocos donantes representan y deciden centralmente sobre la mayor parte de la ayuda para el desarrollo.

La segunda trampa consiste en colocar el peso del mejoramiento de la cooperación en actores que no tienen capacidad de decisión en el nivel local. La mayoría de los actores tienen dificultades o poca capacidad para adaptar políticas de desembolsos y reglas de gestión. La mayoría debe consultar con sus niveles centrales que con frecuencia tampoco tienen capacidad autónoma para decidir.¹⁹ En suma, hay una discordancia entre la letra y el espíritu de la Declaración de París y el mantenimiento de prácticas dañinas para la efectividad de la ayuda.

LA COOPERACIÓN SUR-SUR Y TRIANGULAR

Dos de las modalidades con enorme potencial para los países de bajos ingresos es la Cooperación Sur-Sur (CSS) y la Cooperación Triangular. La CSS no es una dinámica nueva en el campo de la Cooperación Internacional para el Desarrollo. Lo que ahora se llama Cooperación Sur-Sur fue creada por el Movimiento de los No Alineados en la década de los sesenta como Cooperación Técnica entre Países en Desarrollo (CTPD). Un año después de la creación de la Unidad Especial de Naciones Unidas para la CTPD, se realizó, en 1975 en Buenos Aires, la Conferencia de Naciones Unidas sobre Cooperación Técnica entre Países en Desarrollo y se formuló el Programa de Acción para fomentar la CTPD (PABA). CTPD se refiere al "proceso por el cual dos o más países en desarrollo adquieren capacidades individuales o colectivas a través de intercambios cooperativos en conocimiento, recursos y *know how* tecnológico". La Cooperación Triangular es aquella en la que participan donantes, organizaciones internacionales y países en

desarrollo. Se podría hablar mejor de un resurgimiento de la CSS en los últimos años. Sus bases conceptuales y programáticas originales, su devenir posterior y el impulso y configuración actual han estado muy ligadas al ámbito multilateral, de manera especial a los espacios de diálogo y concertación de las Naciones Unidas.

Los países del Norte y la OCDE inicialmente no mostraron mucho interés en la CSS ni en sus principios de horizontalidad, consenso y equidad. En los actuales momentos se puede afirmar que la CSS ocupa un lugar importante en las prioridades de los organismos multilaterales y en los debates y propuestas sobre eficacia de la ayuda y sobre la gobernanza global de la CSS.²⁰

Las Naciones Unidas consideran que la CSS es particularmente crucial para hacer frente al impacto que la crisis económica actual tiene en los progresos realizados para alcanzar los ODM. La Comunidad Internacional está recurriendo cada vez más a la CSS como un marco práctico y una modalidad flexible para crear asociaciones y cooperar con miras a lograr objetivos de desarrollo convenidos internacionalmente.²¹

Un reciente estudio del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) orientado a identificar los elementos claves de la experiencia actual en CSS con la finalidad de mejorar su proceso y resultados, mostró la creciente importancia y el aumento del volumen de la CSS dada su utilidad como instrumento efectivo para el desarrollo. El estudio muestra también que la Cooperación Triangular ha contribuido a promover la CSS y a mejorar la efectividad general de la ayuda para el desarrollo. Llama la atención acerca de la necesidad de mejorar aún más la efectividad de las prácticas de estos dos tipos de cooperación.²²

En la Región de las Américas países como Brasil, Argentina, Cuba, Chile y México han destacado en los últimos años como promotores y activos agentes de la CSS en campos como la protección social, lucha contra la pobreza y salud pública.

LA COOPERACIÓN INTERNACIONAL DE CUBA

La experiencia de más de cincuenta años de la cooperación médica cubana es con seguridad la más importante en el ámbito de la ayuda bilateral de la variante Sur-Sur. Los principios de política sanitaria cubanos siempre tuvieron una dimensión internacional. Es la manera de retribuir el apoyo internacional al tiempo que la expresión de la solidaridad del pueblo cubano con los países del mundo en situación de necesidad.

Desde 1960 Cuba ha proporcionado ayuda médico-sanitaria a más de 100 países en todo el mundo, tanto en emergencias e intervenciones de corto plazo como en iniciativas de largo plazo para contribuir a mejorar los sistemas de salud. No ha aportado solamente personal de salud calificado, sino también equipos, materiales y nuevas estrategias para mejorar los modelos de atención. A pesar de las circunstancias difíciles que ha debido atravesar el país debido a los cambios estructurales mundiales que lo afectaron severamente, y a lo largo de las diversas emergencias que debió superar, la ayuda cubana se ha mantenido y se ha renovado y ampliado a otras modalidades como la formación masiva de médicos y de otros profesionales, tanto en Cuba como en los países con los que colabora.

La ayuda cubana le ha significado al país un creciente y valioso capital simbólico (amistad, buena voluntad, influencia y prestigio). Últimamente también le ha aportado al país capital material (ayuda, crédito, comercio) que le está permitiendo superar tiempos difíciles.²³

LA AYUDA HUMANITARIA INTERNACIONAL

Se considera que la ayuda humanitaria es una parte importante de la acción humanitaria. La ayuda y la acción humanitarias se caracterizan por una serie de principios éticos y operativos, entre los que destacan la humanidad, la imparcialidad, la neutralidad y la independencia. En la información disponible no es fácil identificar la parte que corresponde a intervenciones sanitarias. Estas están incluidas en el conjunto de la ayuda que se define como integral y global.

Los recursos financieros para la ayuda humanitaria global casi se triplicaron entre el 1990 y el 2000: pasó de 2 100 millones USD a 6 900 millones USD. Ese incremento tuvo que ver con varias emergencias complejas relacionados con conflictos y guerras. Entre el 2000 y el 2008 se ha mantenido el crecimiento de la ayuda total (61 %) con un crecimiento levemente superior (67 %) en la parte de la ODA humanitaria, aunque con algunas variaciones. Se estima, sin embargo, que el financiamiento de la ayuda humanitaria cayó en 11 % entre el 2008 y el 2009 (de 16 900 millones USD a 15 100 millones USD).

La ayuda gubernamental, que había subido a 12 800 millones en el 2008, cayó a 11 100 millones en el 2009, la mayor caída anual en 10 años. Las contribuciones privadas a las agencias de ayuda humanitaria han aumentado en casi 50 % desde el 2006. En el año 2009, por lo menos 112 países contribuyeron con ayuda humanitaria.

Una de las situaciones que en general se produce durante una crisis, sea por conflicto armado o por desastre natural, es la proliferación, fragmentación y descoordinación de las agencias internacionales que arriban al país afectado. Se da de manera mas aguda y problemática en los primeros días y semanas del evento. La falta de liderazgo claro y de capacidad de conducir, en especial del gobierno nacional afectado (muchas veces de manera grave), y la falta de coordinación entre las agencias internacionales que arriban con las agencias nacionales y locales, puede llegar a configurar una situación de desgobierno y anarquía que perjudica tremendamente la efectividad de una ayuda que es muy necesaria en estas fases tempranas. Con el paso de las semanas la situación tiende a estructurarse siguiendo las pautas de la intervención internacional humanitaria, por lo general bajo la coordinación de Naciones Unidas.

Durante las crisis que socavan las funciones estatales fundamentales, la mayor parte de la ayuda se proporciona mediante la financiación de proyectos. Esta modalidad comprende una amplia gama de situaciones que se caracterizan por los acuerdos especiales de gestión, los plazos definitivos, los objetivos específicos y las asignaciones explícitas. Las responsabilidades de gestión pueden corresponder a órganos gubernamentales, unidades de ejecución especiales, organismos de ayuda, ONG, o varios de ellos a la vez.

SITUACIONES Y PROBLEMAS DE LA GESTIÓN COTIDIANA DE LA CIS, DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS PAÍSES RECEPTORES

Este apartado es producto de la experiencia de trabajo en CIS en muchos países de las Américas a lo largo de 25 años de carrera en la OPS/OMS, así como de estudios de casos realizados en El Salvador, Paraguay, Perú, Ecuador y Nicaragua.

Una condición importante de la mayoría de situaciones problemáticas que se han reseñado es la debilidad de la capacidad institucional de las propias agencias donantes. Pareciera que por tener los recursos financieros, se les exime de la capacidad técnica y gerencial. A los países arriban muchos inexpertos economistas y administradores, pero pocos especialistas en políticas públicas y salud. Es un problema común a muchas agencias multilaterales, bilaterales y ONGs.

Esta baja capacidad institucional también se da, con características diferentes, en las entidades nacionales responsables de la gestión de la CIS. Se hacen necesarias estrategias para fortalecer las competencias técnicas del personal de las UCE y de otras dependencias, no solo del sector sanitario, sino también del gobierno en general, para poder responder a las complejas situaciones de la CIS. Este problema es grave, con serias consecuencias para la CIS y para los propios países. Las instituciones de formación en salud pública podrían contribuir con soluciones efectivas y hacer una decisiva diferencia a favor de una efectiva gestión de la CIS en muchos lugares del mundo.

En un contexto complejo de fragmentación y proliferación de actores y con una gobernanza débil o inexistente, en la que los países receptores tienen escasa participación, la gestión de la CIS se manifiesta también como una gestión muy compleja y plagada de situaciones que atentan contra el logro de sus objetivos.

Una relación entre dos institucionalidades complejas con fines de cooperación y de beneficio a la salud de la población del país receptor, se convierte, con frecuencia, en un conflicto de dichas institucionalidades. Los resultados de este choque se traducen en incapacidad de gobernar la CIS y conflicto entre tiempos políticos y tiempos de la gestión.

En condiciones de escasez de recursos financieros para la ejecución de las políticas públicas y asegurar el buen funcionamiento de los servicios de salud, la cooperación internacional, en los países de América Latina, no es una fuente significativa de financiamiento. Pero sí es una fuente de apoyo complementario, que si se realiza con la debida oportunidad y pertinencia, permite poner en marcha programas e intervenciones de importancia para el país y su gobierno.

La condición y la calidad de la capacidad de gobierno en muchos países es débil. En esas condiciones la CIS plantea un serio desafío para la efectividad de la ayuda, dadas las asimetrías de poder, debido al control de los recursos financieros, entre la agencia de cooperación internacional y la dependencia pública que actúa como contraparte, por lo común el ministerio de salud. Son reconocibles fenómenos como la sustitución de la Autoridad Sanitaria, el debilitamiento institucional nacional, la privatización de la gestión operacional y el caos que se genera en la cooperación a nivel local.

Los sistemas de salud y los ministerios respectivos, en la gran mayoría de países de Iberoamérica, son entidades fragmentadas en razón de las estructuras que históricamente se han establecido y que, en mucho, dependen del financiamiento que pueden obtener. Muchas son entidades casi patrimonialistas, en las que la puja distributiva por recursos escasos establece una dinámica conflictiva de difícil

governabilidad. Una serie de problemas derivan de un choque entre culturas organizacionales, estilos de gestión y sistemas de procedimientos. Todo ello configura un condicionamiento negativo a la efectividad de la ayuda.

La débil gobernanza global se refleja también en la falta de regulación de la oferta de CIS en los países. Sin tener en cuenta las políticas y prioridades nacionales, misiones diplomáticas, representaciones de organismos internacionales, oficinas técnicas de la cooperación bilateral, ONGs globales, consultoras, universidades extranjeras, empresas, etc., con frecuencia ofrecen o se ofrecen para realizar intervenciones y proyectos de CIS. En ese contexto se inserta la iniciativa de la Declaración de París. Se pueden agrupar en dos grupos los principales problemas de la gestión de la CIS que contravienen o distorsionan el espíritu de la Declaración de París:

A) Fundamentalismo contable y adaptación mecánica a los criterios y normas de los procesos administrativo-contables nacionales, bajo el criterio de que así se respetan las normas nacionales, como si en ello residiera la posibilidad de una *ownership* o apropiación por el país.

B) La utilización acrítica de instrumentos que los coloca en las antípodas de los objetivos de la Declaración de París. Los instrumentos de programación y de monitoreo son tantos y tan diversos, y sus usos tan arbitrarios por las agencias donantes, que contradicen lo que sería un planeamiento estratégico en la perspectiva de alineamiento, coordinación y armonización con las políticas nacionales

CONSIDERACIONES FINALES

El actual orden de la CIS ha arribado a un momento crítico debido a la confluencia de varios factores, entre ellos se desea resaltar:

- Un flujo de recursos extraordinario que, sin embargo, debe ser administrado de una manera distinta y mejor, con una efectividad cuestionable y cada vez más cuestionada, y, además, considerando el impacto negativo que pueda tener la Crisis Global.
- Una gobernanza que excluye a los principales interesados en ayuda, que subsumen a las instituciones con mandato y representatividad (como la OMS) y que concentra las decisiones en unos pocos países y en actores no siempre representativos.
- Prioridades establecidas en base a los intereses de los socios donantes y menos en respuesta a las reales necesidades de los países receptores.
- Proliferación de actores y agentes y fragmentación de la CIS, que lleva inevitablemente a situaciones de mala gerencia y de baja efectividad.

El momento es definitorio: se necesitan cambios urgentes y cambios importantes, algunos de ellos deben apuntar a cambiar los factores arriba indicados.

Como resultado de la reflexión previa que se resume en esta ponencia, se pone a consideración las siguientes ideas para una agenda de trabajo, desde la óptica de los países y de las agencias de Naciones Unidas.

En el ámbito de la gobernanza global:

1) Insistir en la pertinencia y necesidad del multilateralismo como ámbito y eje de la gobernanza de la Salud Global. Ese multilateralismo debe ser renovado aprovechando las enseñanzas de más de casi setenta años de CIS. Naciones Unidas debe seguir siendo el ámbito de decisiones y de políticas. Los países, los Estados Miembros, deben tener la voz decisiva en la gestión de la CIS y sus recursos.

Naciones Unidas debe volver a albergar las instancias de toma de decisiones estratégicas y asegurar prácticas democráticas, donde se definan prioridades orientadas a satisfacer las necesidades de los países, y dónde se definan criterios para la redistribución de los flujos. Debe ser la instancia que permita articular los recursos y terminar con la práctica de que cada fracción donante decida qué se financia, en dónde y cómo.

2) Fortalecer las capacidades de gobierno a nivel global y a nivel nacional. Las políticas públicas de salud y las instituciones de gobierno deben considerar la dimensión de la cooperación internacional y su gestión, como una de las funciones esenciales en el campo de la salud.

3) Retomar la senda del desarrollo de políticas internacionales de salud de alcance sistémico, acordes a las prioridades definidas en ámbitos globales representativos como el fortalecimiento de la estrategia de atención primaria de salud para impulsar que los sistemas de salud sean pilares de sistemas de protección social universales, o cómo la prioridad de luchar contra las desigualdades sanitarias impulsada por la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud.

4) Superar la contradicción entre discurso y práctica con respecto a la efectividad de la CIS: la Declaración de París vs. la realidad de una extrema fragmentación.

En el ámbito del financiamiento:

1) Promover mas inversión en CIS. Es importante llamar la atención al cumplimiento de aquellos compromisos adquiridos y no cumplidos y a promover nuevos compromisos. Es cierto que la Crisis pone un límite a esta posibilidad

2) Promover compromisos de más largo plazo, más estratégicos, como la inversión en el desarrollo de los sistemas de salud para ser universales e incluyentes. Es necesario superar la visión por enfermedad y por programas verticales.

3) Desarrollar estrategias creativas para que los fondos lleguen a los beneficiarios, que no se pongan al servicio de la deuda, y que no se queden en las trampas de los intermediarios, de los costos de transacción, burocracia o corrupción.

En el ámbito de la gestión:

En este ámbito es necesario resolver los problemas identificados en el apartado dedicado a analizar la gestión cotidiana. Si se tratara de sintetizar esta cuestión habría que desarrollar capacidades institucionales sólidas en los ámbitos de gobiernos y en las

contrapartes donantes, de manera que se gestione la CIS acorde a los principios de gestión honesta y responsables de los bienes de la sociedad, en nombre de y para beneficio de todos los ciudadanos.

En el desarrollo de conocimientos:

Es vital desarrollar la producción de conocimiento (investigaciones básicas, operacionales y evaluaciones) y desarrollar procesos de educación (incluye educación permanente, educación de grado y posgrado y capacitación) orientados a que se aumenten las capacidades y el conocimiento circulante en todos los niveles, tanto para las agencias cooperantes como para las instancias nacionales de gestión de la CIS.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. IOM. America's Vital Interest in Global Health. Washington DC: Institute of Medicine, 1997.
2. Kickbush I. Global Health. A definition. Working definition of Global Health for the Fulbright New Century Scholars Program 2001-2002. Yale: Yale University; 2002.
3. Frenk J. An in-depth interview with Dean Julio Frenk of Harvard's School of Public Health on Global Health, International Crises, and Women and Girls, and much more. [cited 2010 Oct 21]. Disponible en: <http://rahimkanani.com/2010/12/10/>
4. Who runs global health? [editorial]. The Lancet. 2009 June 20:373.
5. Fidler D. Architecture amidst Anarchy: Global Health's Quest for Governance. Global Health Governance. 2007 [cited 2010 Oct 21]; 1(1). Disponible en: <http://diplomacy.shu.edu/academics/global-health>
6. Piot P, Garnett G. Health is Global. The Lancet. 2009;374(9696):122-3.
7. World Health Organization. Report on the expert consultation on positive sinergias between Elath Systems and Global Health Initiatives. WHO: Geneva; 2008.
8. United Nations. In Larger Freedom: towards security, development and human rights for all. UU. NN.: Secretary-General; 2005.
9. Foreign Policy Taking up the Challenges of Global Health: Agenda for Action. Adopted by the Ministers of Foreign Affairs of Brazil, France, Indonesia, Norway, Senegal, South Africa and Tayland. 20 March 2007. Oslo: Ministers; 2007.
10. Feldbaum H, Kelley L, Michaud J. Global Health and Foreign Policy. Epidemiol Rev. 2010;32:82-92.
11. World Trade Organization. Ministerial Declaration on the TRIPS Agreement and Public Health. Ministerial Conference. 4th Session, 9-14 November. Doha: WTO; 2001.

12. Merson MH, The HIV-AIDS pandemic at 25. The global response. N Engl J Med. 2006; 354(23): 2414-7.
13. Frenk J, de Ferranti D. Universal health coverage: good health, good economics. The Lancet. 2012; 380: 863.
14. Nervi L. Mapping a Sample of Global Health Partnerships: A Recount of Significant Findings. Paper prepared at request of HSS Area/PAHO, december. Wshington: PAHO; 2007.
15. Ravishankar N. Financing of global health: tracking development assistance for health from 1990 to 2007. The Lancet. 2009; 373: 2113-4.
16. Institute for Health Metrics and Evaluation. Financing Global Health 2010: Development Assistance and Country Spending in Economic Uncertainty. Washington: University of Washington; 2010.
17. Institute of Health Metrics and Evaluation. Financing Global Health 2011. Continued growth as MDG deadline approaches. Washington: University of Washington; 2012.
18. Mc Coll K. Europe told to deliver more aid for health. The Lancet. 2008; 371(9630): 2072-3.
19. Severino JM, O.Ray. The End of ODA (II): The Birth of Hypercollective Action. Washington, D.C.: Center for Global Development; 2010.
20. Ayllón Pino B. Cooperación Sur-Sur y gobernanza multilateral del sistema de ayuda: implicaciones para la cooperación española. Comentario. Boletín de FRIDE. Junio 2009.
21. Naciones Unidas. Asamblea General. Estado de la cooperación Sur-Sur. Informe del Secretario General. LXIV Período de Sesiones. Agosto 2009.
22. PNUD. Mejorar la Cooperación Sur-Sur y Triangular. Estudio de la situación actual y buenas prácticas. 2009.
23. Feinsilver J. Fifty Years of Cuba's Medical Diplomacy: From Idealism to Pragmatism. Cuban Studies 41. Pittsburgh: University of Pittsburgh Press; 2010.

* Intervención del autor en la Convención Internacional SALUD 2012.

Recibido: 15 de diciembre de 2012.
Aprobado: 8 de agosto de 2013.

Pedro E Brito Q. Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada, España.
Dirección electrónica: britoped@paho.org