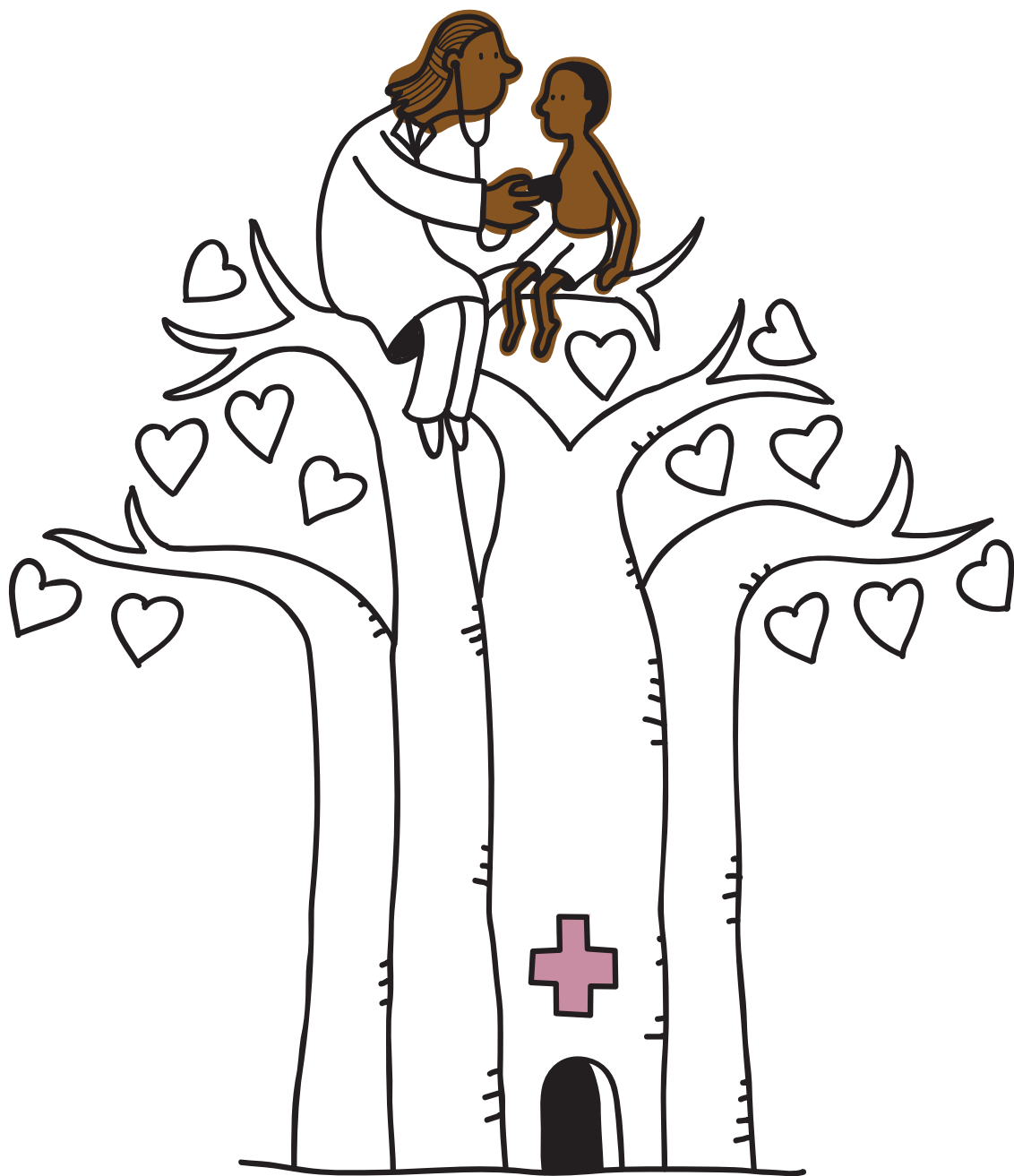


# plan de actuación sectorial de salud

vinculado al III Plan Director



## Índice de contenidos

<b>1. Introducción</b>	<b>6</b>
1.1 Los Planes de Actuación Sectoriales - PAS Salud	6
1.2 El proceso de elaboración del PAS Salud	7
<b>2. Análisis y diagnóstico del sector</b>	<b>8</b>
2.1 Conclusiones. Resultados más relevantes	8
La AOD en el sector salud	8
Distribución geográfica y por subsectores	9
Instrumentos	10
2.2 Recomendaciones del diagnóstico de salud	10
Sobre el Marco Estratégico	10
Sobre el Sector Salud de la AECID	11
Sobre los Recursos Humanos	12
Sobre la pluralidad de actores/concentración geográfica	12
Sobre la organización, gestión y capacidades	12
Sobre el seguimiento y la evaluación	13
Sobre los Instrumentos	13
2.3 Comparación con otros donantes	14
<b>3. Metodología del Plan de Actuación</b>	<b>15</b>
3.1 Análisis del III Plan Director	15
3.2 Definición de criterios	16
3.3 Preparación de borradores y proceso de validación	17
<b>4. Plan de Actuación</b>	<b>18</b>
4.1 Señas de identidad de AECID en el sector	18
4.2 Líneas Estratégicas de Actuación en Cooperación	18
4.3 Medidas para la transversalización del sector	28
<b>5. Anexos</b>	<b>30</b>
a. Acrónimos	30
b. Matriz explicativa metas a alcanzar en las 3 líneas de actuación	32
c. Conclusiones del Consejo Europeo sobre el papel de la UE en Salud Global...	38
d. Resolución 62.12 de la AMS 2009	43
e. Salud en Todas las Políticas	47
f. International Health Partnership (IHP+)	54
g. Enfoque 4x4 de un sistema de salud	57
h. Criterios de selección de países prioritarios para cooperación española	58

## Resumen ejecutivo

La **salud** es fundamental para reducir la **pobreza** y asegurar un **desarrollo sostenible** de la humanidad. En las regiones más pobres del mundo el número de seres humanos que sufren de mala salud sigue siendo aun intolerablemente alto y constituye una clara barrera para el progreso social y económico de la humanidad. El desarrollo de una sociedad, rica o pobre, puede juzgarse por la calidad de la salud de su población y por como de justa es la distribución de la salud en todo su espectro social.

Por esto el **III Plan Director** (III PD) de la cooperación española, establece que la salud es un derecho humano fundamental, así como un elemento clave para el desarrollo equitativo y sostenible, incluida la reducción de la pobreza, cuya responsabilidad es pública tanto a nivel local como internacional.

Es, en el ejercicio de esta responsabilidad internacional que la AECID presenta este **Plan de Actuación Sectorial de Salud (PAS-Salud)** que tendrá una **vigencia desde el 2011 al 2013**. El **PAS-Salud** será *monitorizado internamente cada año y evaluado externamente al final de su periodo de vigencia* pues pretende ser un documento vivo- operativo a la vez que estratégico- para servir a los propósitos de transformar nuestros compromisos de mejora, de las condiciones de salud de las poblaciones más desfavorecidas del planeta, en resultados tangibles de la lucha contra la pobreza y la desigualdad en el mundo.

Este PAS - Salud tiene su génesis también en la necesidad urgente de tomar medidas para mejorar el acceso a la salud, reducir las desigualdades y aumentar la protección contra amenazas para la salud global. Una necesidad que fue últimamente puesta de relieve por nuestro gobierno durante la **presidencia española de la UE** en el 2010 y que se ha convertido en prioridad actual en la agenda internacional para el desarrollo.

**Las conclusiones del Consejo Europeo sobre “el papel de la UE en la Salud Global”** (anexo C) suponen el nuevo marco de cooperación en salud de la Unión Europea y este Plan de Actuación de Salud (PAS-Salud) pretende guiar el importante papel que ha de jugar España como actor privilegiado, que ya es, en la Salud Mundial.

Teniendo en cuenta el importante, y creciente, volumen y esfuerzo de recursos que nuestro país aporta a la AOD de salud mundial, España, y la AECID en particular, tiene una responsabilidad en la escena internacional de la Cooperación para el Desarrollo en Salud. Por ello este Plan de Actuación tiene vocación también de asegurar un natural liderazgo de la AECID como **donante de calidad en salud** para lo cual se pone el énfasis en la necesidad de asegurar un importante peso relativo de la AECID en la AOD de salud total española así como una mejora sustancial en la calidad de la ayuda que presta la Agencia en salud: **“más AECID en salud y mejor salud en la AECID”**.

En la elaboración de este PAS - Salud se han tenido en cuenta los principales compromisos internacionales sobre **eficacia de la ayuda** adquiridos en la Declaración de **París** (2005), así como la Agenda de Acción de **Accra** (2008). Estos acuerdos sentaron los principios básicos de apropiación y *liderazgo del país receptor* y *trabajo conjunto con otros donantes* y actores (armonización) en aras de una *cooperación más eficaz*, orientada a la *consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en salud*.

## Resumen ejecutivo

Este Plan asume también, desde su génesis, los compromisos definidos por la Organización Mundial de la Salud en la **Declaración de Alma-Ata**<sup>1</sup>, en 1978, que sentó los principios de la Atención Primaria de Salud (APS), recogidos una vez más en la última **resolución 62.12 de la Asamblea Mundial de la Salud** (anexo d)<sup>2</sup>.

**Este PAS - Salud** se basa en los principios de equidad y acceso universal a los servicios básicos de salud mediante un enfoque multisectorial y participativo para resolver los problemas sanitarios, por lo que el enfoque que se pretende dar a la salud excede el campo de la sanidad- entendida como puramente prestadora de servicios- y ahonda en componentes que inciden en determinantes de la salud ( sociales, económicos y medioambientales) y que aseguran el mayor impacto en la vida de la comunidad.

Con un claro objetivo de coherencia interna de nuestra cooperación, el enfoque plasmado en este Plan de Actuación Sectorial (PAS - Salud) procura también sumar el valor añadido en salud de nuestro país para nuestra cooperación. De esta forma, se basa en **valores de solidaridad, equidad y justicia social propios de nuestro sistema de salud** y que coherentemente deben plasmar también nuestras intervenciones de cooperación internacional de salud.

Estos valores se traducen en **una cooperación en salud enfocada hacia (1) la cobertura universal y equitativa de servicios y de protección social (2) la apropiación democrática de la salud, (3) la coherencia de políticas para el desarrollo, en particular, el enfoque de Salud en Todas las Políticas (SETP-anexo e)<sup>3</sup> y (4) el acceso universal al conocimiento e innovación en salud como un bien global.**

Las líneas de acción que se describen más adelante se articularán en terreno bajo el marco teórico de la **“Asociación Internacional para la Salud” (IHP-anexo f)<sup>4</sup>** al que se adhirió España de forma global durante la 63ª Asamblea Mundial de la Salud (AMS, mayo 2010) y que propugna el enfoque de apoyo alineado, armonizado, con gestión por resultados y mutua rendición de cuentas única. A nivel de país socio, este marco teórico se traduce en **“los tres únicos”**: el apoyo a **un único plan de salud - el plan nacional del país socio-**, la financiación a través de **un único presupuesto de salud - el del país socio -** y la **evaluación de nuestras intervenciones a través de un único proceso conjunto de monitorio y liderado por el país socio.**

Estratégicamente, el PAS - Salud apuesta por un **enfoque integrado e integrador. Un enfoque** que permita el fortalecimiento institucional de los sistemas nacionales de salud como eje fundamental para garantizar que las instituciones públicas sanitarias, con una participación activa de la población, tengan la capacidad de ejercer su rectoría y control para asegurar la cobertura, la equidad, la sostenibilidad y el impacto positivo de las acciones en salud.

<sup>1</sup> Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978 [http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration\\_almaata.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf)

<sup>2</sup> 62ª Asamblea Mundial de la Salud Agenda item 12.4 22 Mayo 2009. WHA 62.12 Atención primaria de salud, incluido el fortalecimiento de los sistemas de salud <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/CE144-inf-05-A-s.pdf>

<sup>3</sup> [whqlibdoc.who.int/Publications/2010/9789243599724\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/Publications/2010/9789243599724_spa.pdf)

<sup>4</sup> [www.internationalhealthpartnership.net...](http://www.internationalhealthpartnership.net...)

## Resumen ejecutivo

En relación a las modalidades de ayuda e instrumentos para aplicarla, este Plan de actuación sectorial de salud (PAS - Salud) apuesta por **la cooperación bilateral y el enfoque programático asociado al diálogo de políticas** con el fin de lograr tanto la reducción de la morbi-mortalidad y/o mejora del estado de salud en general, como el fortalecimiento institucional de los sistemas nacionales de salud que permitan el desarrollo de responsabilidades públicas de los países socios y, por ende, la **sostenibilidad** de nuestras acciones conjuntas. Dentro del enfoque programático se dará un especial énfasis al **apoyo presupuestario** en línea con el III Plan Director<sup>5</sup>.

Las tres líneas estratégicas que se han priorizado para los próximos años son:

- 1. Fortalecimiento de forma integral de los sistemas de salud** y las capacidades institucionales, garantizando sistemas de calidad y equitativos como eje fundamental de nuestras acciones de cooperación en salud.
- 2. Impulso a los programas prioritarios con especial atención a su integración en los sistemas de salud.** Al igual que se contempla un enfoque más integral de apoyo a los planes nacionales de salud, también se refuerza el apoyo a la necesaria integración de los programas prioritarios de la salud infantil, la salud sexual y reproductiva y las enfermedades transmisibles en dichos planes. Una integración que es clave para disminuir los costes de transacción de las intervenciones en salud evitando la fragmentación pero que, además, aseguran la sostenibilidad y el enfoque de equidad de nuestra cooperación en salud.
- 3. Fortalecimiento de la AECID.** Paralelamente a las intervenciones externas específicas en el ámbito de la salud se ha considerado necesario incluir también el fortalecimiento de la propia gestión interna de la AECID y su coordinación con otras áreas de cooperación, fomentando el diálogo ante organismos internacionales. La AECID tiene la oportunidad de mejorar la **capacidad técnica** y el grado de especialización de los recursos humanos, tanto en sede como en terreno, en sinergia con la **gestión integral del conocimiento** y la **mejora de los sistemas de información**.

Cabe resaltar que, a pesar de que la salud no es “per se” un sector transversal para nuestra cooperación, una de las metas de la cooperación española en salud en general, y de la AECID en particular, es avanzar en la mejora de la **transversalidad de las acciones de salud** explorando las posibles sinergias con otros sectores y departamentos de la propia AECID/MAEC (Agua/ Medioambiente/ Género/ Ayuda Humanitaria/ Educación etc....) y con otros Ministerios de nuestro país (Ministerio del Interior, Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad, Ministerio de Ciencia e Innovación, etc....) cuyas acciones tienen influencia en la salud de los países socios teniendo en cuenta la lógica influencia de factores globales transnacionales, tanto de índole socio-económica, cultural, medioambiental como aspectos ligados al comercio, la seguridad, los flujos migratorios o la seguridad alimentaria.

<sup>5</sup> Según el III PD el 60% de la AOD de salud ha de ser canalizada en forma de Apoyo Presupuestario de Salud

# 1. Introducción

## 1.1 Los Planes de Actuación Sectoriales. PAS Salud

Los Planes de Actuación Sectoriales representan un ejercicio de priorización de aquellas líneas estratégicas de mayor impacto, la definición estratégica de socios e instrumentos, y la identificación de espacios para la sinergia con otros donantes clave. Con esta perspectiva, el PAS Salud contribuye a aumentar la calidad y eficacia de la AECID en la reducción de la pobreza y el avance en el derecho a la salud, mejorando la coherencia entre el plano estratégico de la Cooperación Española (III Plan Director, Estrategias Sectoriales) y el plano operativo de la AECID.

Los Planes de Actuación Sectoriales facilitan la toma de decisiones en la Planificación Estratégica (Programación Operativa y Marcos de Asociación) y concretan los compromisos para el próximo Contrato de Gestión.

El **Plan de Actuación de Salud (PAS - Salud)** pretende operativizar los compromisos sectoriales recogidos en el III Plan Director. En éste se reconoce la salud como un derecho humano fundamental y se apuesta por reforzar la arquitectura y calidad de la ayuda. El enfoque que subyace al Plan de Actuación contempla el derecho universal y equitativo al acceso a servicios de salud de calidad y el fortalecimiento de los pilares básicos de un sistema de salud con la suficiente disponibilidad de recursos financieros que los garanticen.

AECID apuesta además por una visión global de la salud, teniendo en cuenta la influencia de factores globales transnacionales, tanto de índole socio-económica, cultural, medioambiental como aspectos ligados al comercio, la seguridad, los flujos migratorios o la seguridad alimentaria. Por esta razón el presente Plan de Actuación 2010-2013 se rige por los principios recientemente aprobados por el Consejo Europeo sobre el “**Papel de la UE en la Salud Global**”<sup>6</sup> y considerados como un bien público global:

- ▶ **la equidad,**
- ▶ **la coherencia entre políticas internas y de exterior,**
- ▶ **la gobernanza y**
- ▶ **el conocimiento e innovación.**

A través de los Planes de Actuación, la AECID pretende asimismo fortalecer su propia gestión interna y coordinación con otras áreas de cooperación, fomentando el diálogo ante organismos internacionales y entidades nacionales expertas en salud y cooperación así como la transparencia y la rendición de cuentas a la ciudadanía. Todo ello con un enfoque de gestión integral del conocimiento y la mejora de los sistemas de información.

<sup>6</sup> 3011th Foreign Affairs Council meeting Brussels, 10 May 2010. Council conclusions on the EU role in Global Health 9644/10

## 1. Introducción

### 1.2 El proceso de elaboración del PAS Salud

Impulsado desde la Dirección de la AECID, el proceso de elaboración del plan de actuación partió de los resultados de un diagnóstico del sector, de un análisis y consolidación de datos estadísticos e información relevante del sector salud, y de las propuestas derivadas de un taller técnico conjunto donde se priorizaron las líneas de trabajo de forma participativa con representación de toda la Agencia. Con el fin de garantizar la apropiación de los contenidos del Plan, la matriz de implementación elaborada conjuntamente entre expertos de salud de OTCs, representativas de todas las regiones geográficas, y de Sede, fue posteriormente validada por todos los departamentos de la AECID.

## 2. Análisis y diagnóstico del sector Salud (2005-2008)<sup>7</sup>

### 2.1 Conclusiones. Resultados más relevantes

La AOD de salud, a lo largo del II Plan Director analizado, ha estado **muy influida por lo multilateral** y más **orientada al tratamiento y control de enfermedades/problemas de salud específicas**, que al fortalecimiento de Sistemas de Salud y la Atención Primaria de Salud, y **ajena al Apoyo Programático y Presupuestario**, en **contraposición con las recomendaciones más relevantes** de la eficacia de la ayuda (Paris y Accra) y de nuestro III Plan Director.

#### La AOD del sector salud

- ▶ La Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD) en salud tuvo un crecimiento exponencial en el periodo 2005-2008, pasando de un presupuesto de 384 millones € en 2005 a 921 millones € en 2008. Porcentualmente, los fondos atribuibles al sector salud alcanzaron el 8.67% en 2008.

Tabla 1. AECID - AOD Total Bruta

	2005	2006	2007	2008
Salud	26.773.687	37.272.043	62.455.844	79.860.217
Resto	357.244.308	507.253.601	596.206.631	841.642.714
Total	384.017.995	544.525.644	658.662.475	921.502.930
AECID Salud % de total	<b>6,97%</b>	<b>6,84%</b>	<b>9,48%</b>	<b>8,67%</b>

Fuente: Diagnóstico sectorial de la ayuda de la AGE al sector salud 2005-2008

- ▶ Cabe destacar que durante el periodo analizado el incremento de la ayuda humanitaria en el conjunto de la ayuda de la AECID, es el que más ha aumentado de la AOD total de SALUD, por lo que aún falta recorrido para un aumento neto (no vinculado a la ayuda humanitaria) de la AOD de salud.
- ▶ A pesar del incremento de la AOD de salud total, la AECID canalizó tan solo 79 millones € de un total de 496 millones € en el último año analizado (2008), siendo la mayor parte de la ayuda canalizada a través de la Secretaria de Estado para Cooperación Internacional (SECI) y la Dirección General de Planificación y Evaluación de Políticas de Desarrollo (DGPOLDE).

<sup>7</sup> AECID. Diagnóstico sectorial de la ayuda de la Administración General del Estado (AGE) al sector salud, diciembre 2009.



## 2. Análisis y diagnóstico del sector Salud (2005-2008)

- ▶ Durante este período existe un gran número de actores en el desempeño de las actividades del sector salud: (1) AECID, (2) otros organismos de la Administración General del Estado - AGE - Ministerios de Sanidad, Política Social e Igualdad y de Ciencia e Innovación, (3) cooperación descentralizada - que últimamente adquirió un importante protagonismo llegando a manejar un volumen de recursos similar a los de la AECID, (4) sociedad civil, (5) entidades privadas y “think tanks”. Esta multiplicidad de actores, generaba duplicidad, disfunción y poca eficiencia de los recursos por falta de una coordinación eficaz, coherencia y articulación.
- ▶ En cooperación en salud, la AECID trabajaba con más de 40 socios ejecutores. El 40% del total del presupuesto se destinaba a financiar un elevado número de ONGs, muchas de las cuales no estaban especializadas en salud. Y, aunque las ONGs del ámbito sanitario son comparativamente con las de otros sectores las que más se han profesionalizado, se han detectado debilidades en torno a sus conocimientos en salud pública y sistemas de salud para facilitar el diálogo de políticas y el fortalecimiento real de los sistemas de salud.

Tabla 2. AOD salud AECID y descentralizada (BIL+MBI)

	Bilateral		MBI	
	2007	2008	2007	2008
AECID	48.465.352	62.083.182	7.584.609	17.777.034
Descentralizada	55.839.246	61.657.827	2.830.055	3.250.372

Fuente: Diagnóstico sectorial de la ayuda de la AGE al sector salud 2005-2008

- ▶ El aumento de recursos económicos globalmente no ha sido acompañado de un aumento de recursos humanos especializados, lo cual limitó la capacidad técnica en salud y cooperación tanto en sede como en terreno por todos los actores.
- ▶ De forma general, con el escenario de fragmentación de la ayuda, la falta de protocolos claros en la toma de decisiones con múltiples actores provocó interferencias claras en el enfoque sectorial, e incoherencias en el ámbito de la cooperación de salud incluso a nivel interno en la propia AECID.

### Distribución Geográfica y por subsectores

- ▶ Aún con una mayor concentración de la Ayuda del sector salud de la AECID en África Subsahariana, se sigue existiendo una excesiva dispersión de países. En el año 2008, a pesar de la apuesta por la concentración, se incrementó el número de países receptores de ayuda de salud a 58: 55% en África, 19% en Centroamérica y 8% en América del Sur.

## 2. Análisis y diagnóstico del sector Salud (2005-2008)

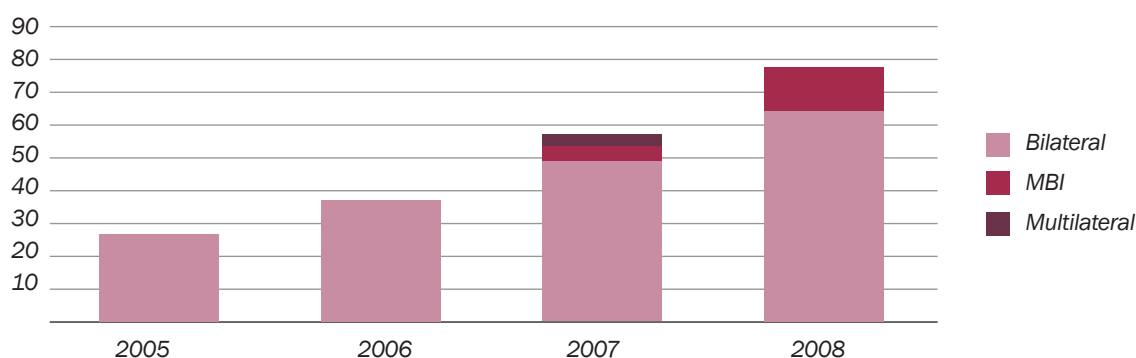
- ▶ La AOD en salud analizada se mostró excesivamente dispersa entre subsectores y subcategorías, y fuertemente sesgada hacia lo asistencial y curativo. Apenas se apoyó la promoción de la salud y en general las funciones de salud pública. Tampoco las actividades de sensibilización y educación para el desarrollo sostenible recibieron atención significativa.

En el año 2008 y en la AOD total se dedicaron 67 millones € al subsector salud general, 250 millones € a salud básica y 180 millones € a salud sexual y reproductiva. Y aunque el importante volumen de recursos dedicado a la salud básica pueda parecer coherente con un enfoque de refuerzo integral de los sistemas públicos, hay que matizar que se trató básicamente de ayuda multilateral canalizada por la SECI y en gran medida dedicada a los fondos globales de sida, malaria tuberculosis, y fondos de vacunas ya que el código CAD de Salud Básica incluye también enfermedades infecciosas (vacunas, malaria, tuberculosis).

### Instrumentos

- ▶ El gran crecimiento de la AOD en salud se realizó fundamentalmente a expensas de la vía multilateral (46%). En concreto los Fondos Multilaterales destinados al sector salud se duplicaron en estos últimos 5 años, ascendiendo a 247 millones de euros, lo cual representó el 19% de toda la AOD multilateral por todos los sectores. Este crecimiento se produjo mayoritariamente a expensas del GFTAM (Fondo Global para el Sida Malaria y Tuberculosis) que junto al GAVI (Global Alliance for Vaccination and Immunisation), sumaron el 65% de todo lo multilateral de salud y más del 33% de toda la AOD para el sector salud.

Gráfico 1. AOD AECID Salud (BIL, MBI, MUL), 2005 - 2008



Fuente: Diagnóstico sectorial de la ayuda de la AGE al sector salud 2005-2008

## 2.2 Síntesis de recomendaciones del diagnóstico de salud

### Recomendaciones sobre el Marco estratégico

- ▶ Se requiere una reorientación estratégica y un apoyo a la consolidación de una nueva arquitectura de la Cooperación Internacional de Salud.

## 2. Análisis y diagnóstico del sector Salud (2005-2008)

- ▶ Diseño y elaboración de un Plan operacional de actuación sectorial de la AECID; con objetivos explícitos y claros en salud, resultados esperados y mecanismos e indicadores para la monitorización y evaluación.
- ▶ Una vez firmado el compromiso con la Asociación Internacional para la Salud (IHP+) a nivel global, tal y como dicta el III Plan Director, se recomienda tomar una posición de liderazgo en el mismo e impulsar los procesos de IHP+ a nivel local y global, acercándolo a otros países socios especialmente de América Latina.
- ▶ En el caso concreto de la OMS y del resto de la familia de Naciones Unidas, se recomienda apoyar técnica y políticamente su imprescindible reforma en línea con el fortalecimiento de sus capacidades, de ejercer el mandato de gobernanza de la salud en el mundo. Para ello será necesario reforzar las capacidades sectoriales de salud de la AECID y la DGPOLDE así como la participación activa en los foros estratégicos y operativos internacionales.

### Recomendaciones sobre el Sector Salud de la AECID

- ▶ A pesar del incremento sustancial de la AOD total y la AOD en salud durante los últimos años, el peso relativo del sector salud en la AOD total, y muy especialmente en el caso de la AECID, debería ser mucho mayor. Ello conllevaría un aumento del volumen de recursos en salud canalizados a través de la Agencia dentro del presupuesto global del MAEC. La Agencia debería asimismo tomar una posición de referencia técnica y mayor liderazgo ante la cooperación descentralizada.
- ▶ La cooperación española y la AECID tienen que desarrollar estrategias y capacidades para poder influir en las políticas internacionales de salud y cooperación, en la necesaria reforma de la arquitectura actual fragmentada de cooperación y en la reorientación de la Ayuda en Salud hacia un enfoque holístico de Salud Global.
- ▶ Dada la importancia de la ayuda humanitaria en el sector salud, se recomienda una mayor interrelación y conexión entre los objetivos estratégicos y operacionales del sector salud y de la ayuda humanitaria, así como una vinculación más explícita entre la ayuda de emergencia, la rehabilitación y el desarrollo.
- ▶ La Cooperación Española deberá dar relevancia a la I+D+i en el sector. La consolidación de alianzas, la extensión a nuevos socios estratégicos y la inclusión de las contribuciones a través de fondos globales de I+D, como las Asociaciones Público Privadas para el desarrollo (PPP) o Asociaciones para el Desarrollo de Productos (PDP), potenciarían la I+D+i en los programas de ayuda al sector salud y constituirían un paso adelante para consolidar esta modalidad de cooperación.

## 2. Análisis y diagnóstico del sector Salud (2005-2008)

### Recomendaciones sobre los recursos humanos

- ▶ Es de vital importancia asegurar la dotación de recursos humanos expertos en el ámbito de la cooperación y salud internacional para asumir compromisos internacionales tales como el IHP+ (Asociación Internacional para la Salud) que permitan el seguimiento y la participación activa a nivel internacional.
- ▶ Sería conveniente definir un plan de formación continuada y promover la formación reglada sobre Salud Global y Cooperación al Desarrollo, para contribuir a construir capacidades internas y a soportar marcos de desarrollo conjunto con las entidades internacionales.

### Recomendaciones sobre la Pluralidad de actores/concentración geográfica

- ▶ Es necesario proceder a una concentración sectorial y geográfica con criterios de priorización que aseguren el impacto de las intervenciones, la equidad en la distribución de recursos y la efectividad de la ayuda en Salud de la AECID.
- ▶ Resulta recomendable la concentración y especialización de socios y actores, basadas en criterios de efectividad, valor añadido y ventaja comparativa.
- ▶ Resulta razonable por otra parte, promover asociaciones estratégicas y un partenariado “inteligente” y mutuamente exigente con los actores más importantes de nuestra cooperación en salud.
- ▶ En el caso de las ONGs es recomendable promover y facilitar un cambio de cultura en la cooperación para la salud, que sustituya la asistencia directa sustitutiva, por el apoyo y refuerzo de los sistemas de salud con perspectiva de salud pública. Se deberá explorar con las ONGs el papel activo que deben tener en los apoyos presupuestarios sectoriales tanto a nivel central como en el marco de la descentralización a nivel periférico o de provincias.
- ▶ En cuanto a la cooperación descentralizada, se recomienda tratar de construir estrategias y políticas de cooperación para la salud basadas en el consenso, que mejoren la coordinación y coherencia, y sienten las bases para desarrollar los principios de división del trabajo y complementariedad, así como las de una delegación efectiva y viable.

### Recomendaciones sobre la Organización, gestión y capacidades

- ▶ Se recomienda potenciar los recursos y capacidades técnicas de la AECID/DGPOLDE/SECI en salud global, salud pública, sistemas de salud y la capacidad de participación en el diálogo de políticas en salud, tanto a nivel de sede como de las OTCs, y de igual forma los socios y actores de la cooperación española.
- ▶ Con el fin de mejorar la comunicación y coordinación se deberían protocolizar todos los procesos tanto internos como externos. Es necesario formalizar también

## 2. Análisis y diagnóstico del sector Salud (2005-2008)

las relaciones entre departamentos sectoriales/ técnicos y unidades geográficas, así como integrar un sistema de información y de gestión.

- ▶ Se deberían establecer mecanismos para una mejor optimización de los escasos recursos humanos disponibles y la coordinación intra (AECID y DG PLODE) e interministerial, especialmente con el ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad (MSPSI) y el de Ciencia e Innovación (MICIN).
- ▶ A nivel administrativo, se debería mejorar la agilidad de procedimientos y procesos existentes, las subvenciones de Estado y justificaciones de ONGDs.

### Recomendaciones sobre el Seguimiento y la evaluación

- ▶ Resulta difícil analizar las acciones del sector salud por falta de un sistema de información adecuado y estandarizado. Por ello, se recomienda la elaboración de un único sistema de seguimiento que permita compartir los datos y hacer seguimiento de la AOD mas allá de los códigos CAD y CRS, que resultan la mayor parte de las veces demasiado aglomerados para obtener la información necesaria para el seguimiento de compromisos.
- ▶ Tanto el seguimiento como la evaluación de las intervenciones son insuficientes y, por tanto, habría que potenciarlos.

### Recomendaciones sobre los Instrumentos

- ▶ Con el fin de asegurar el compromiso de avanzar hacia la eficacia de la ayuda y evitar los riesgos de volatilidad de la AOD de salud, excesivamente concentrada en pocos instrumentos, se requiere un análisis riguroso del peso de la cooperación multilateral en la cartera de la AOD de salud y un replanteamiento urgente que diversifique hacia otras formas de ayuda como por ejemplo, la bilateral.
- ▶ Los instrumentos de cooperación no son un fin en si mismo. Por tanto deberían aplicarse según las necesidades sectoriales y alinearse según la estrategia de la Agencia y del País socio en cuestión.
- ▶ Es preciso mejorar la transparencia, alineamiento, predictabilidad, armonización y rendición de cuentas. Para ello se recomienda aumentar la ayuda programática de forma particular y el apoyo presupuestario de forma general, previo análisis conjunto de cada realidad local en coordinación con otros donantes y fortaleciendo la capacidad diálogo de políticas en el país receptor.
- ▶ Se deberá apoyar a la sociedad civil, como forma de control social a los poderes públicos, con el fin de asegurar un sistema de rendición de cuentas transparente.
- ▶ Se deberá apostar por la Asociación Internacional para la Salud (IHP+), marco de alineación entre donantes-socios reconocido por la Unión Europea en su política de acción exterior.

## 2. Análisis y diagnóstico del sector Salud (2005-2008)

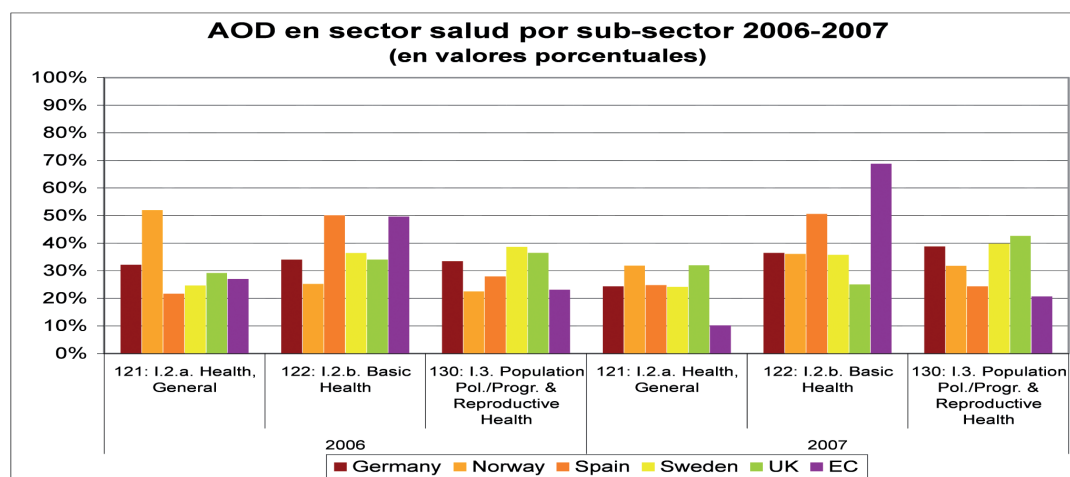
- ▶ Se deberá reforzar asimismo la cooperación delegada aplicando el Código de Conducta de División del Trabajo de la Unión Europea<sup>8</sup>, tanto a nivel financiero como técnico, progresando hacia la mayor eficacia de la ayuda conjunta de la UE con control y reducción de costes de transacción.
- ▶ La financiación a OMS/OPS debe virar progresivamente hacia el “core funding” para asegurar la independencia de este organismo en el ejercicio de su mandato de gobernanza mundial de la salud, e integrarse en una estrategia que valore y optimice las ventajas de su rol normativo y técnico, y limite las expectativas operativas.

### 2.3 Comparación con otros donantes

De la comparación con datos analizados respecto a otros donantes, se deduce que la ayuda sectorial española en salud se alinea con la de los países de su entorno en cuanto al objetivo de potenciar la ayuda programática y también la multilateralidad, a pesar de que en este sentido España tenga aún un largo trecho a recorrer para igualar a sus socios del CAD.

Nuestro país sigue ostentando - entre todos los países europeos - (1) la mayor dispersión geográfica en relación a su volumen de ayuda, (2) la mayor presencia en América Latina, aún cuando actualmente los mayores flujos de ayuda de nuestra AOD estén destinados más a África que a cualquier otra región del mundo.

Gráfico 2. AOD salud por sub-sector, 2006 – 2007 (valor porcentual)



Fuente: OECD Stats <http://stats.oecd.org/index.aspx>

España está situada como el 7º donante del CAD, mientras que en salud ocupa el puesto 14º, a pesar de que entre el 2003 y el 2008 nuestro país haya incrementado casi un 30.4% la AOD en salud.

<sup>8</sup> COMISIÓN DE LAS COMUNIDADES EUROPEAS COM(2007) 72 final. Comunicación de la Comisión al Consejo y al Parlamento Europeo. Código de Conducta de la UE relativo a la división del trabajo en el ámbito de la política de desarrollo. Bruselas, 28.2.2007.  
[http://europa.eu/legislation\\_summaries/development/general\\_development\\_framework/r13003\\_es.htm](http://europa.eu/legislation_summaries/development/general_development_framework/r13003_es.htm)

## 3. Metodología del Plan de Actuación

La distribución de fondos se ha concentrado más en el subsector de salud básica según codificación CRS del CAD, donde encontramos desde la atención sanitaria básica e infraestructuras al control de enfermedades infecciosas.

Por otro lado, comparado con otros países, la AECID realiza pocas evaluaciones sectoriales.

### 3.1 Análisis del III Plan Director

El III Plan Director señala para el sector **seis objetivos estratégicos (OE)** y **diecisiete líneas estratégicas (LE)**

Una vez analizada la información estratégica que recoge el III Plan Director, se hizo el esfuerzo de sintetizar aquellas líneas de mayor relevancia para la AECID para el periodo 2011-2013. Tomando como referencia el modelo de sistemas de salud del 4x4 (anexo g), en el que se basa la aproximación teórica de la UE a la Salud Global, se agruparon las líneas que delimitan la actuación estratégica de la cooperación española en el sector de la salud en:

- ▶ Los **cuatro principios básicos** de salud (basados en la R-62.2 de la AMS):
  - *Salud en todas las políticas*
  - *Liderazgo participativo*
  - *Atención centrada en el paciente*
  - *Cobertura universal*
- ▶ Los **cuatro pilares básicos** (basados en los “building blocks” de la OMS):
  - *Recursos Humanos*
  - *Acceso a medicamentos e insumos médicos (incluye acceso a I+D+i en salud)*
  - *Infraestructura y logística*
  - *Recursos y modelos financieros del sistema de salud*
- ▶ Las **cuatro etapas** que componen el proceso de aproximación a un sistema de salud (siguiendo los principios del IHP+):
  - *Análisis del conjunto de la situación*
  - *Definición de estrategias de salud (incluyendo la prestación de servicios de salud)*
  - *Elaboración de un presupuesto único de salud*
  - *Definición de un sistema único de monitorización e información sanitaria*
- ▶ Las **cuatro prioridades** de salud:
  - *Salud infantil*
  - *Salud sexual y reproductiva*
  - *Enfermedades transmisibles*
  - *Enfermedades no transmisibles*

### 3. Metodología del Plan de Actuación

#### 3.2 Definición de criterios

Además de los criterios y parámetros específicos para el sector salud explicados en el apartado anterior, se utilizaron criterios comunes a todos los sectores con el fin de priorizar unas líneas sobre otras, realizar una selección objetiva (a través de **análisis cuantitativos/estadísticas y cualitativo**) e integrar **compromisos internacionales de eficacia de la ayuda** y del marco político europeo en salud global. La siguiente tabla muestra los criterios definidos para todos los sectores.

Tabla 3. Definición de criterios comunes a todos los sectores

CRITERIO	VARIABLE ANALIZADA
<b>Coherencia con los objetivos de la cooperación española</b>	
Impacto en reducción de la pobreza y la inequidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Definiciones de pobreza</li> <li>▶ Definición de equidad en salud</li> </ul>
Contribución a los ODM	▶ Objetivos y metas ODM
<b>Eficacia de la ayuda</b>	
Concentración	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ % AOD respecto al total de la AOD española</li> <li>▶ % de AOD en los 10 primeros países receptores</li> </ul>
Liderazgo	▶ Capacidad de diálogo de políticas de España en los países prioritarios y con sector salud prioritario
<b>Capacidades</b>	
Capacidad técnica-temática de la cooperación española	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Peso de la cooperación bilateral (sin la multilateral) respecto al total</li> <li>▶ Experiencia de trabajo de socios españoles</li> <li>▶ Capacidad real de los socios españoles</li> <li>▶ Capacidad de la propia AECID (en sede y OTC)</li> </ul>
<b>Oportunidades</b>	
Compromisos asumidos	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Compromisos incluidos en programas sectoriales/regionales</li> <li>▶ Compromisos multilaterales</li> </ul>
Potencialidad nacional	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Coherencia con recomendaciones del diagnóstico</li> <li>▶ Línea de acción con ventaja comparativa para la Cooperación Española</li> </ul>

*Como resultado de este ejercicio resultaron priorizadas las siguientes tres líneas estratégicas, de las que se derivan diez líneas de acción:*

1. Fortalecimiento integral de los sistemas de salud de calidad y equitativos
2. Integración de los programas prioritarios en los sistemas de salud
3. Fortalecimiento institucional de la AECID



### 3. Metodología del Plan de Actuación

#### 3.3 Proceso de elaboración de borradores y validación

La elaboración/validación de los Planes de Actuación constó de dos fases.

1. En **primer lugar** se procedió al análisis de documentación especializada, la definición de los criterios de priorización de objetivos específicos y de líneas de acción, a través de la ejecución de talleres participativos.
2. En la **segunda Fase**, tras la elaboración del primer borrador se efectuó **un taller de validación** con las distintas unidades de la AECID y otros actores relevantes<sup>9</sup>, quedando sus comentarios y sugerencias reflejados en el documento final.

La definición de las líneas de acción de este Plan de Actuación en salud (PAS - Salud) se realizó a partir de un análisis DAFO de debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades. La matriz de planificación del Plan del Acción se elaboró conjuntamente con las expertas en salud de las OTCs en base a los resultados de cruzar las variables definidas. Se definieron las acciones, las áreas geográficas prioritarias, los actores o socios recomendados, la posibilidad de coordinación con otros donantes y los instrumentos que se consideran idóneos para alcanzar los objetivos deseados. (Ver anexo b).

Una vez con el resultado del primer borrador del documento PAS Salud se procedió a la validación final por parte de todos los departamentos en sede mediante la inclusión definitiva de las aportaciones sugeridas por estos departamentos hasta completar al Plan de Actuación de salud de la AECID.

---

<sup>9</sup> Direcciones Geográficas, Dirección de Ayuda Humanitaria y Dirección de Cooperación Sectorial y Multilateral, representantes de las OTCs de El Salvador, Filipinas, Mali y Mozambique, el responsable de salud de la DGPOLDE y uno de los consultores encargados de la elaboración del Diagnóstico Institucional de Salud 2005-2008

## 4. Plan de Actuación

### 4.1 Señas de identidad de la AECID en el sector

El Plan de Actuación ha permitido definir unas señas de identidad de AECID en Salud que dan cuenta del rumbo al que la Agencia quiere tender en el sector entre 2011 y 2013:

1. La AECID asegurará su mayor peso neto y relativo en la AOD de salud total así como una mejora sustancial en la calidad de ayuda que presta en salud: **“más AECID en salud y mejor salud en la AECID”**
2. Una ayuda de calidad con un *“enfoque integrado e integrador”* por lo que otra marca distintiva de identidad será la apuesta por el **fortalecimiento integral de los sistemas de salud equitativos y de calidad.**
3. A nivel instrumental la AECID trabajará principalmente con **un enfoque programático (con especial tendencia al aumento del apoyo presupuestario) que asegure el fortalecimiento integral de los sistemas de salud en línea con los compromisos del Plan Director.**
4. Para mejorar el impacto y la eficacia de la ayuda, la AECID deberá hacer un esfuerzo de **concentración sectorial con criterios tanto geográficos como de socios.**
5. **Así mismo reforzará su capacidad técnica** a través de un mejor nivel de formación y la especialización de los recursos humanos en sede y terreno.
6. Finalmente, y con miras a reforzar su importante papel como actor en salud global, la **AECID invertirá en mejorar sus aptitudes en el diálogo de políticas en el sector salud** tanto en el ámbito estratégico- global ( foros, organismos multilaterales, fondos, Iniciativas y asociaciones globales) como a nivel de terreno con los países socios.

### 4.2 Líneas Estratégicas de Actuación

Las dos primeras líneas estratégicas se centran en el **fortalecimiento de los sistemas de salud y las capacidades locales**, como eje fundamental de las acciones de cooperación en el sector salud, ya sea a través de un enfoque integrado de apoyo a los planes nacionales de salud como un todo o mediante un abordaje integrador de los programas específicos de salud - tales como la salud infantil, la salud sexual y reproductiva y las enfermedades transmisibles - de una forma holística al sistema de salud y su red de servicios .

La tercera línea estratégica aborda el aspecto mas interno de la acción de la AECID y se enfoca en la necesidad de fortalecimiento y aumento de capacidades de la propia institución.

## 4. Plan de Actuación

Tabla 4. Definición de líneas estratégicas y líneas de acción

LÍNEAS ESTRATÉGICAS	LÍNEAS DE ACCIÓN
LE1: FORTALECIMIENTO INTEGRAL DE LOS SISTEMAS DE SALUD DE CALIDAD Y EQUITATIVOS	1.1 Fortalecimiento de las capacidades para la definición e implementación de las políticas y estrategias de salud
	1.2 Financiación predecible, equitativa y sostenible de los sistemas de salud
	1.3 Apoyo en la promoción y provisión de los servicios básicos de salud de forma integrada
	1.4 Apoyo en la gestión del conocimiento e investigación
LE2: IMPULSO A LOS PROGRAMAS PRIORITARIOS CON ESPECIAL ATENCIÓN A SU INTEGRACIÓN EN LOS SISTEMAS DE SALUD	2.1 Acceso a los servicios integrales de SSR y promoción de los DDSSRR
	2.2 Promoción de la salud infantil a través de la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes en la Infancia
	2.3 Fortalecimiento de los programas de VIH, TBC, malaria y enfermedades olvidadas
LE3: FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL DE LA AECID	3.1 Calidad: <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Apoyo a los MAPs y PO, revisión criterios selección países prioritarios, aplicación CoC de DoL</li> <li>▶ Elaboración de la Guía de Diálogo de Políticas</li> <li>▶ Equidad</li> <li>▶ Monitoreo y Evaluación del PAS salud AECID</li> </ul>
	3.2 Coherencia: marco estratégico, estrategia para aumentar fondos de Ayuda Programática, elaboración de protocolos, mecanismos de coordinación
	3.3 Gestión integral del conocimiento

Pasamos ahora a describir las líneas estratégicas con sus respectivas líneas de acción con mayor detalle.

## 4. Plan de Actuación

### I. Línea estratégica 1: FORTALECIMIENTO INTEGRAL DE LOS SISTEMAS DE SALUD EQUITATIVOS Y DE CALIDAD

#### LÍNEA ESTRATÉGICA

#### FORTALECIMIENTO INTEGRAL DE LOS SISTEMAS DE SALUD DE CALIDAD Y EQUITATIVOS

- Modalidad principal: Bilateral
- Más del 80% de la AOD Salud AECID contribuirá al fortalecimiento institucional de los SS
- Instrumento prioritario: Apoyo Presupuestario
- Reducir paulatinamente el apoyo a programas con componentes aislados
- Reforzar la presencia técnica de la Cooperación Española en Foros y organismos internacionales de salud (mejorada rendición de cuentas)
- Socios y actores principales: Gobiernos socios, sociedad civil y “think tanks”

#### LÍNEAS DE ACCIÓN

- 1. 1. Fortalecimiento de las capacidades para la definición e implementación de las políticas y estrategias de salud**
  - ▶ *En los países donde salud es priorizado se reforzarán de forma integrada las capacidades de rectoría, planificación, gestión, seguimiento y evaluación de SS*
- 1.2. Financiación predecible, equitativa y sostenible de los SS**
  - ▶ *Final de 2012 al menos 60% fondos de salud AECID se canalizarán por Apoyo Presupuestario*
  - ▶ *Apuesta por el marco del Int. Health Partnership (IHP+)*
  - ▶ *Apoyo a Sistemas de Protección Social*
- 1.3. Apoyo en la promoción y provisión de los servicios básicos de salud de forma integrada. Pilares del SS: RRHH, medicamentos, equipamiento, infraestructura**
  - ▶ *Se reducirán Intervenciones aisladas en infraestructura, RRHH y gestión de medicamentos y equipamiento y sólo se financiaran de forma integrada en los SS*
- 1.4. Apoyo en la gestión del conocimiento e investigación**
  - ▶ *La gran mayoría de investigaciones financiadas serán para el estudio de prioridades locales de países socios – brecha 90/10*
  - ▶ *Aprox la mitad de investigaciones serán operativas – brecha 97/3*

Esta línea estratégica se corresponde con los objetivos del nº 1 al nº 4 del III Plan Director que incluyen la consolidación de los sistemas de salud, desarrollo de recursos humanos, participación ciudadana y el acceso a tecnología y suministros.

## 4. Plan de Actuación

El fortalecimiento y apoyo a los Sistemas Nacionales de Salud se considera indispensable para garantizar la calidad y equidad de las prestaciones sin discriminación por razón alguna, tal y como se define en el artículo 21 de la Carta de los Derechos Fundamentales.

La modalidad principal para asegurar la mejor aplicación de esta línea es bilateral y el instrumento prioritario el enfoque programático. El marco teórico de aproximación es el de la Asociación Internacional para la Salud (IHP+) con una tendencia clara a la reducción de proyectos aislados o paralelos a los sistemas locales hacia intervenciones más integradas.

Las áreas geográficas se corresponden con todos los países donde se ha definido el sector salud como prioritario en los Marcos de Asociación de País (MAPs). En cuanto a los socios y actores, hay que resaltar el papel de las ONGs y otros actores de la sociedad civil así como instituciones del ámbito académico y/o de investigación. En el ámbito internacional se incentivará la cooperación Sur-Sur.

### Línea de acción 1: Fortalecimiento de las capacidades para la definición e implementación de las políticas y estrategias de salud

La comunidad internacional está prestando más atención al fortalecimiento de los sistemas sanitarios, consciente del papel esencial tanto en la mejora de la prestación de servicios de salud como para avanzar de forma efectiva y sostenible hacia el logro de los ODM de salud. Uno de los ámbitos en los que la AECID focalizará sus acciones será el **apoyo técnico y capacitación institucional a nivel local**, con un planteamiento basado en la apropiación de las estrategias y políticas de salud, desde un liderazgo integrador y la participación democrática.

### Línea de acción 2: Financiación predecible, equitativa y sostenible de los sistemas de salud

Otro factor esencial que se incluye en el plan con el fin de robustecer los sistemas de salud es la disponibilidad de una **financiación nacional suficiente**, complementada con un **apoyo externo alineado y predecible**. Se aumentará para ello la canalización de los fondos a nivel presupuestario y aplicará el enfoque de la herramienta JANS (asesoría conjunta e integrada a los Sistemas Nacionales de Salud de los Países Socios) del IHP+.

En base a las conclusiones aprobadas por el Consejo Europeo sobre salud global, la ayuda en materia de salud debería ofrecer una **previsibilidad de al menos tres años**. Ello es esencial para que aquellos países con menor capacidad de financiación pública puedan diseñar y aplicar estrategias nacionales de salud.

## 4. Plan de Actuación

Con el fin de potenciar la equidad y sostenibilidad de la financiación, se ofrecerá asimismo asistencia técnica a países socios para el desarrollo de posibles modelos de **protección social** adaptados a cada realidad local y atendiendo al valor añadido de nuestro Sistema Sanitario. Deberían ser implementados dentro de las iniciativas asociadas al IHP como el P4H (Provisión para la Salud) impulsado por Francia, Alemania, el Banco Mundial y la OMS.

En cuanto a la **cobertura equitativa y universal a una atención sanitaria de calidad**, la UE ha acordado unos valores comunes de solidaridad. En línea con la Resolución 2009/62.12 de la AMS y las Conclusiones en Salud Global de la UE, se considera que la eliminación del pago por servicios de salud básicos es un paso necesario para alcanzar el acceso universal.

### Línea de acción 3: Apoyo en la promoción y provisión de los servicios básicos de salud de forma integrada - pilares del sistema de salud

El apoyo a los pilares básicos de los sistemas de salud ha de verse como algo integrado y no como intervenciones aisladas en infraestructuras, RRHH o gestión de medicamentos y equipamiento. Por tanto sólo se financiarán intervenciones específicas de estos pilares de salud si se definen de forma integrada, teniendo en cuenta todas las partes de un Sistema de Salud.

### Línea de acción 4: Apoyo en la gestión del conocimiento e investigación

En el ámbito de la gestión del conocimiento e investigación, se potenciará la **investigación operativa en todas las partes del sistema**, basada en la evidencia científica y las **prioridades en salud global a nivel local**. De esta forma se pretende cerrar la brecha 90/10, donde el 90% de los recursos de investigación para la salud van enfocados a las enfermedades que afectan a tan solo el 10% de la población mundial y la brecha 97/3, donde el 97% de la investigación en salud se hace en el tramo del 3% de todo el proceso de la salud (el tramo de la investigación biomédica de productos).

## 4. Plan de Actuación

### II. Línea estratégica 2: IMPULSO A LOS PROGRAMAS PRIORITARIOS CON ESPECIAL ATENCIÓN A SU INTEGRACIÓN EN LOS SISTEMAS DE SALUD

#### LÍNEA ESTRATÉGICA

##### INTEGRACIÓN DE LOS PROGRAMAS PRIORITARIOS EN LOS SISTEMAS DE SALUD

- Modalidad principal: Multilateral
- Menor % de la AOD de salud total y de AECID para esta línea
- Instrumento prioritario: Contribuciones voluntarias a organismos internacionales
- Aumentar paulatinamente articulación con otras intervenciones y el enfoque integrado en los sistemas de salud
- Asegurar coordinación y articulación entre programas regionales y actividades de país. Maximizar el valor añadido de lo regional

#### LÍNEAS DE ACCIÓN

- 2.1. Acceso a los servicios integrales de SSyR y promoción de los derechos sexuales y reproductivos**
  - ▶ *Enfoque de Integración en la Atención Primaria*
  - ▶ *Prioridad a países, comunidades y poblaciones con índice de riesgo reproductivo muy alto y alto*
  - ▶ *Complementariedad con Plan de Actuación de Género (violencia e incidencia en Derechos Sexuales y Reproductivos) – UNFPA, UNIFEM*
- 2.2. Promoción de la salud infantil a través de la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes en la Infancia: mejora estado nutricional, acceso a los cuidados de atención al neonato, acceso a vacunas y prevención enfermedades diarreicas**
  - ▶ **Desnutrición:** *Crisis alimentarias. Componente humanitario UNICEF - PMA-OMS*
  - ▶ **Neonatal:** *Globalmente – quintil más pobre – UNICEF-BID-OMS/OPS*
  - ▶ **Vacunas:** *Global - producción y aprovisionamiento asequible-GAVI - UNICEF, OMS/OPS, Inic. Mesoamericana*
  - ▶ **Enf. diarreicas:** *integración agua y saneamiento – Fondo del Agua, UNICEF, Iniciativa Mesoamericana*
- 2.3. Fortalecimiento de los programas de VIH, TBC, malaria y enfermedades olvidadas**
  - ▶ *Enfermedades olvidadas: investigación y tratamiento accesibles – DNDi, OMS, CRESIB*
  - ▶ *VIH/SIDA, TB, Malaria: Reducción % de AOD de salud de AECID – Enfoque integrado - FMSTM, IAVI, MMV*

## 4. Plan de Actuación

Esta línea corresponde al objetivo específico nº 5 del III Plan Director el cual versa sobre la reducción de la carga de enfermedad con un enfoque de salud pública. Desde el ámbito del apoyo a la integración de los programas específicos se ha priorizado la salud-sexual y reproductiva, la salud infantil y las enfermedades transmisibles (con especial énfasis en las más prevalentes y olvidadas). Este enfoque integrador se considera clave para disminuir los costes de transacción de las intervenciones evitando la fragmentación y asegurando también la sostenibilidad y el enfoque de equidad de nuestra cooperación en salud.

Bajo esta línea estratégica estarían contemplados de forma específica- aunque no exclusiva ya que también se contemplan en la LE1- los tres Objetivos de Desarrollo del Milenio vinculados a la salud. No obstante, como se comenta anteriormente, el enfoque no pretende ser focalizado en la atención a estas enfermedades aisladamente, sino que se abordará aumentando paulatinamente la articulación con todas las intervenciones específicas y el enfoque integrado en los sistemas de salud.

La canalización de fondos se hará mayormente a través de contribuciones voluntarias a organismos multilaterales con mandatos especializados en estos ODMs.

### **Línea de acción 1: Acceso a los servicios integrales de Salud Sexual y Reproductiva y promoción de los derechos sexuales y reproductivos**

En lo referente al acceso a la salud sexual y reproductiva se han priorizado las acciones coherentemente con las prioridades reseñadas en el plan de actuación sectorial de Género PAS - género. De esta forma las intervenciones de este PAS - Salud complementan también el enfoque de derechos pero desde la perspectiva sanitaria: atención a la violencia sexual, el acceso a la planificación familiar y aquellas intervenciones con un demostrado impacto en la reducción de la mortalidad materna tales como la atención obstétrica básica de emergencia.

Se priorizan comunidades o grupos de población con índice de riesgo reproductivo (IRR)<sup>10</sup> muy alto y alto. Dicho índice se construye de acuerdo a indicadores de elementos básicos de la reproducción sexual corregido con indicadores que enfocan las causas más directas de aumento de vulnerabilidad de las mujeres.

---

<sup>10</sup> El IRR acumula 10 indicadores ( Prevalencia de HIV en adultos entre 15-49 años, fertilidad en la adolescencia, % de escolarización secundaria entre más mujeres, % de analfabetismo entre las mujeres, cobertura de al menos cuatro visitas al servicio prenatal, prevalencia de utilización de contraceptivos, partos atendidos por personal cualificado, casos en los que el aborto seguro es permitido, tasa de mortalidad materna y tasa de mortalidad infantil).



## 4. Plan de Actuación

### **Línea de acción 2: Promoción de la salud infantil a través de la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes en la Infancia: mejora del estado nutricional, acceso a los cuidados de atención al neonato, acceso a vacunas y prevención de las enfermedades diarreicas**

Para la reducción de la morbi-mortalidad infantil se apoyará el programa de la OMS/OPS de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes en la Infancia (AIEPI), poniendo énfasis en la prevención y tratamiento de la desnutrición severa aguda a nivel comunitario, el acceso a los cuidados de atención del neonato, la producción y aprovisionamiento de vacunas prioritarias y el acceso al agua potable y saneamiento.

### **Línea de acción 3: Fortalecimiento de los programas de VIH, TBC, malaria y enfermedades olvidadas**

Se continuará apoyando a instituciones público-privadas tanto en el ámbito local como internacional (Ej. la plataforma Chagas en Bolivia e iniciativas globales publico privadas de desarrollo de medicamentos o referentes a problemas de salud específicos: Fondo Global para el Sida, la Malaria y Tuberculosis) para el fortalecimiento de programas ligados a dichas patologías pero de forma integrada en los sistemas. Se considera importante su contribución ya sea al fortalecimiento de servicios de salud o bien al acceso de técnicas diagnósticas, la prevención y el tratamiento. En esta área de intervención se da un énfasis especial al ámbito de la investigación.

## 4. Plan de Actuación

### III. Línea estratégica 3: FORTALECIMIENTO DE LA AECID

#### LÍNEA ESTRATÉGICA

##### FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL DE LA AECID

- Enfoque armonizado con los Estados Miembros de la Unión Europea y todos los socios de la Cooperación Española en el marco de la Eficacia de la Ayuda (División de Trabajo)
- Instrumento prioritario: Elaboración de guías, protocolos y redes técnicas para la mejora de la ayuda
- Fortalecer la capacidad técnica de AECID en salud (sede y terreno)
- Generar sinergias con otros departamentos, sectores, instrumentos y modalidades

#### LÍNEAS DE ACCIÓN

##### 3.1. Calidad de la Ayuda

- ▶ *Concentración sectorial y disminución de la fragmentación de la Ayuda:*
- ▶ *Apoyo a los MAPs y PO con criterios de equidad y división de trabajo de la UE*
- ▶ *Apoyo técnico a Sede y Terreno en el Diálogo de Políticas de Salud (Guía de Diálogo de Políticas)*
- ▶ *Monitoreo y evaluación del PAS de salud de la AECID*

##### 3.2. Coherencia

- ▶ *Creación de marco estratégico para asociaciones público-privadas*
- ▶ *Definición de estrategia para aumentar fondos asignables a ayuda programática en salud*
- ▶ *Protocolizar las intervenciones*
- ▶ *Coordinación interdepartamental para la transversalización salud (especial énfasis en convenios, ayuda humanitaria y programas regionales)*

##### 3.3. Gestión Integral del Conocimiento

- ▶ *Creación de red de Expertos de Salud de AECID*
- ▶ *Creación de red Mesas de Socios de Salud Cooperación Española (MASCE y MIMAS)*
- ▶ *Creación de Base de Datos de Expertos externos a AECID*
- ▶ *Definir e implementar plan de formación de salud (Sede y Terreno)*
- ▶ *Reforzar capacidad de diálogo técnico para aumentar incidencia estratégica en foros nacionales e internacionales*
- ▶ *Monitorización y evaluación del PAS*

## 4. Plan de Actuación

La falta de liderazgo y compromiso global de la cooperación internacional en salud ha llevado a la proliferación de una variedad de nuevos actores, más de 140 iniciativas globales, con mecanismos y agendas difíciles de coordinar. En el actual escenario de fragmentación de la ayuda es importante un claro posicionamiento institucional de la AECID en el sector salud, que lidere procesos y marque pautas operativas y estratégicas, y vincular sus fondos a los resultados de desarrollo definidos con los socios de la cooperación.

Con el fin de integrar al máximo las acciones y defender los compromisos adquiridos sobre la eficacia de la ayuda, se requieren esfuerzos coordinados por parte de los donantes tanto a nivel nacional como globales. Por esta razón con esta línea estratégica se pretende conseguir el refuerzo institucional de la Agencia que asegure el liderazgo necesario para cumplir con los compromisos de eficacia de la ayuda en salud. Para que este refuerzo no ahonde en más fragmentación se pretende que sea armonizado con los 27 Estados Miembros de la Unión Europea así como con la Comisión Europea y con todos los socios de la Cooperación Española. Todo ello en el marco de los principios de la Eficacia de la Ayuda y la División del Trabajo.

Los pilares básicos teóricos sobre los que se sustenta esta línea están descritos en la nueva política de la UE en Salud Global (anexo c) y se enfocan en la reducción de la fragmentación de la ayuda, equidad, coherencia y gestión integral del conocimiento de forma conjunta con el resto de los EEMM de la Unión Europea y socios líderes en cooperación y salud.

Los instrumentos prioritarios incluirán entre otros **guías, protocolos y redes técnicas** para gestión del conocimiento que ahonde en la mejora de la calidad de la ayuda y el **fortalecimiento de la capacidad técnica de AECID en salud (sede y terreno)**, generando **sinergias con otros departamentos, sectores, instrumentos y modalidades**, así como con otros actores socios líderes en cooperación.

### Línea de acción 1: Calidad de la Ayuda

En una primera fase se dará apoyo propositivo a los **Marcos de Asociación de País (MAPs) y Programación Operativa** para una mayor y mejor concentración sectorial, revisando los criterios de selección de países prioritarios para el sector salud basado en el mapeo de países de la UE, así como los criterios establecidos en el III Plan Director y la aplicación del Código de Conducta para la División del Trabajo (CoC DoL). En la asignación de fondos y aprobación de intervenciones en salud, la AECID aplicará progresivamente los **criterios de equidad contemplados en la Comunicación sobre “El Papel de la UE en la Salud Global” (tercera fase)**. El objetivo es aumentar su apoyo a los países que se encuentran en contextos más frágiles, países huérfanos de ayuda y/o a los que se encuentran más lejos de poder cumplir los ODM relacionados con la salud con el fin de apoyarles en el diseño y aplicación de políticas, estrategias y programas nacionales para avanzar más rápidamente hacia el logro de los ODM (anexo h).

## 4. Plan de Actuación

Durante la segunda fase, se procederá a la elaboración de una **Guía de Diálogo de Políticas** coherente con el enfoque de la Comisión Europea y que facilite la calidad y coherencia del diálogo sectorial a todos los niveles pero especialmente dirigido a las oficinas técnicas de cooperación.

### Línea de acción 2: Coherencia

Para asegurar la coherencia la AECID avanzara en la elaboración de Marcos Estratégicos con actores socios claves en salud (IS Global Barcelona; ISCIII; FCSAI, EASP). Establecerá protocolos de articulación de los RRHH que trabajan en salud en AECID/MAEC/SECI, así como protocolos de transversalización de la salud en coordinación con el fondo del agua, departamento de ONGD, OAH y alineación con convocatorias de becas, PCI, PIFTE con las necesidades de formación en salud institucionales de cada país socio.

### Línea de acción 3: Gestión Integral del Conocimiento

En la gestión integral del conocimiento se incluye el establecimiento de **redes de expertos de Salud de AECID (REDEX-SALUD)**; la creación de mesas y foros informales de socios de salud y Cooperación Española: Mesa de Actores de la Cooperación Española en salud (**MASCE**) y Mesa Interministerial de salud (**MIMAS**); la creación de bases de datos de expertos externos a AECID, el refuerzo de capacidad de diálogo técnico para aumentar la incidencia estratégica en foros nacionales e internacionales.

Asimismo se considera importante la externalización de apoyo técnico especializado en instituciones socias estratégicas asegurando siempre que el conocimiento no queda fragmentado y fuera de la AECID, la definición de un marco estratégico de financiación para I+D+i de salud integrado en un marco amplio de I+D+i de la AECID o la creación de un sistema de información único y la definición de un plan de formación continua interna de AECID asesorada por expertos externos cuando sea necesario pero integrada dentro del conocimiento del dialogo de políticas en salud.

## 4.3 Medidas para la transversalización

A pesar de que salud no se considere como un sector transversal “per se” en el III Plan Director, el enfoque sobre los determinantes sociales de la salud que ha desarrollado el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad se resalta la importancia de un abordaje inter-sectorial de la salud.

## 4. Plan de Actuación

De igual modo no hay que olvidar que también existen otros determinantes especialmente importantes para la salud como los determinantes medioambientales que han de tenerse en cuenta.

La Cooperación Española en Salud en general y la AECID en particular deberá aunar esfuerzos para poner en marcha directrices derivadas de **las Conclusiones en salud Global de la Unión Europea**. Es preciso considerar en todo momento los vínculos de la salud con la educación, el acceso al agua potable, medio-ambiente o la seguridad alimentaria, el género entre otros, así como **la Estrategia de Salud en Todas las Políticas (SETP)**. Así pues Herramientas concretas como la **Evaluación del Impacto en Salud (EIS)** de Políticas, planes y programas deben contribuir también a la cooperación al desarrollo en el ámbito de la salud permitiendo evaluar el impacto tanto positivo como negativo que tiene en la salud cualquier intervención en cualquier sector.

Con el fin de mejorar la transversalidad de las acciones, se analizarán las relaciones y coordinación con otros departamentos/sectores y Ministerios para búsqueda de sinergias positivas para la salud.

## Anexo a. ACRÓNIMOS

AECID	Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo
AEPI	Atención Integrada a la Enfermedades Prevalentes e n la Infancia
AMS	Asamblea Mundial de la Salud
AGE	Administración General del Estado
AOD	Ajuda Oficial al Desarrollo
AOBE	Atención Obstétrica Bàsica d` Emergencia
AOIE	Atención Obstétrica Integral d` Emergencia
APS	Atención Primaria de Salud
APP	Alianzas público-privadas
BM	Banco Mundial
CAD	Comité de Ayuda al Desarrollo
CCAA	Comunidades Autónomas
CE	Comisión Europea
CoC DoL	Código de Conducta para la División del Trabajo
DEP	Documento de Estrategia País
DG	Dirección General
DGPOLDE	Dirección General Planificación y Evaluación de Políticas de Desarrollo
DNDi	Drugs for Neglected Diseases initiative
EIS	Evaluación del Impacto en Salud
FADO	Análisis de Fortalezas, Amenazas, Debilidades y Oportunidades
FMSTM	Fondo Mundial SIDA, TB y Malaria
GAVI	Alianza Global para las Vacunas y la Inmunización
GFATM	Global Fund AIDS, Tuberculosis & Malaria
IHP	International Health Partnership (Asociación Internacional para la Salud)
IRR	Índice de Riesgo Reproductivo
JANS	Joint Assessment of National Strategies
LE	Línea estratégica
MAP	Marco de Asociación de País
MAEC	Ministerio de Asuntos Exteriores y Cooperación)
MSPSi	Ministerio De Sanidad, Política Social e Igualdad
NNUU	Naciones Unidas
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
OE	Objetivo específico
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización No Gubernamental)
ONGD	Organización No Gubernamental para el Desarrollo
ONU	Organización de Naciones Unidas
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OTC	Oficina Técnica de Cooperación
ONUSIDA	Programa de Naciones Unidas del VIH/SIDA
PAE	Plan de Actuación Especial
P4H	Providing for Health (Provisión para la Saud)
PD	Plan Director de la Cooperación Española

---

PNUD	Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo
R+D	Research & Development
RRHH	Recursos Humanos
SIDA	Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida
SBS	Sector Budget Support
SE	Subvenciones de Estado
SECI	Secretaría de Estado de Cooperación Internacional
SEPT	Estrategía de salud en Todas las Políticas
SIS	Sistema de Información Sanitaria
SS	Sistemas de Salud
TB	Tuberculosis
UE	Unión Europea
UNFPA	United Nations Population Fund
UNICEF	Fondo de Naciones Unidas para la Infancia
VIH	Virus de la Inmunodeficiencia Humana

# Anexo b. Matrices explicativas con metas a alcanzar en las 3 líneas de actuación

## Objetivo Estratégico del Plan Director

### Línea Estratégica 1

#### Fortalecimiento integral de los sistemas de salud de calidad y equitativos

Componentes	Acciones prioritarias ¿QUÉ?	Áreas geográficas prioritarias ¿DÓNDE?	Socios y Actores Recomendados ¿CON QUIÉN?	Posibilidad de coordinación con otros donantes ¿CON QUIÉN?	Instrumentos recomendados ¿CÓMO?
<b>A) Áreas de Intervención</b>					
Fortalecimiento de las capacidades para la definición e implementación de las políticas y estrategias de salud	<p>Apoyo técnico y capacitación para reforzar la rectoría, la planificación, gestión, seguimiento y evaluación de los sistemas de salud</p> <p>Introducir en las intervenciones de AEGID la participación democrática en la planificación, gestión, seguimiento y evaluación de los sistemas de salud</p> <p>Canalizar los fondos a través del apoyo presupuestario</p>	<p>Países prioritarios para salud</p> <p>Países Prioritarios</p> <p>Países prioritarios para salud</p>	<p>FCSAI, escuelas de salud pública, universidades, mecanismos regionales, ONGs, Interart</p> <p>ONGs</p> <p>AEGID-OTC</p>	<p>Alemania, Reino Unido, Holanda, Canadá, Suecia, Francia y CE</p> <p>Holanda, Canadá, Dinamarca Noruega, Suecia y CE</p> <p>Alemania, Reino Unido, Holanda, Canadá, Suecia, Francia y CE</p>	<p>Cooperación Sur-Sur, AT, Proyectos bilaterales (incluidas subvenciones a ONGs), Apoyo presupuestario</p> <p>Cooperación Sur Sur, AT, Proyectos bilaterales, Apoyo presupuestario( Inclusión de la Sociedad Civil)</p> <p>Apoyo presupuestario, Cooperación delegada</p>
Financiación predecible, equitativa y sostenible de los sistemas de salud	<p>Aplicación de la herramienta JANS de la IHP para que los fondos globales se alineen con los enfoques sectoriales de los países</p> <p>Analizar y apoyar la implementación de modelos para la creación de sistemas de financiamiento de protección social</p>	<p>Países con IHP implantada y con SWAP</p> <p>América Latina, Asia y África Occidental</p>	<p>AEGID-OTC</p>	<p>Países firmantes del IHP, CE y OMS</p>	<p>Acuerdos estratégicos con OMS, fondos multilaterales (aportación al IHP)</p> <p>Cooperación Sur Sur, AT, Proyectos bilaterales y multilaterales, Apoyo presupuestario</p>
Apoyo en la promoción y provisión de los servicios básicos de salud de forma integrada. Pilares del sistema de salud: RRHH, Medicamentos/ equipamiento, infraestructura	<p>Apoyo técnico y financiero al aumento de la cobertura sanitaria (infraestructura y equipamiento)</p> <p>Apoyo técnico y financiero a intervenciones que aseguren RRHH en cantidad y calidad, basadas en el código de conducta de PRHH de la OMS</p> <p>Apoyo a iniciativas que fomenten políticas de aprovisionamiento y gestión integral de medicamentos esenciales y genéricos así como la gestión integral de residuos sanitarios</p>	<p>Países con sector salud prioritario</p> <p>Países con sector salud prioritario</p> <p>Países con sector salud prioritario</p>	<p>ONGDs y otros actores de la sociedad civil, escuelas de salud pública</p> <p>Escuelas de salud pública, universidades, ONGDs y consultores</p> <p>ONGDs, escuelas de salud pública, COMISCA, laboratorios de medicamentos genéricos y esenciales, Agencia española y catalana del medicamento</p>	<p>Alemania, Reino Unido, Holanda, Canadá, Suecia, Francia y CE</p> <p>NNUU, países emergentes</p> <p>OMS, CE, Brasil, OPS, India, Cuba, Tailandia</p>	<p>Cooperación Sur-Sur, AT, Proyectos bilaterales y Apoyo presupuestario</p> <p>Cooperación Sur-Sur, AT, Proyectos bilaterales (incluyendo subvenciones a ONGDs) y Apoyo presupuestario</p> <p>Cooperación Sur-Sur, AT, Proyectos bilaterales (incluyendo subvenciones a ONGDs) y Apoyo presupuestario, Fondo regional al SICA</p>
Apoyo en la gestión del conocimiento e investigación	<p>Promover y financiar redes locales de gestión del conocimiento destinadas a reducir la brecha 90/10, potenciando la investigación operativa, basada en la evidencia científica y las prioridades de salud</p>	<p>Países con sector salud prioritario y centros de excelencia demostrada</p>	<p>ISCIII, IISGlobal, universidades, escuelas de salud pública, ONGDs, DNDI, OMS/OPS</p>	<p>Mozambique, Región de Mesoamérica,</p>	<p>RIMAS, TDR, Proyectos bilaterales (incluyendo subvenciones a proyectos a ONGDs) y Apoyo presupuestario</p>



# Anexo b. Matrices explicativas con metas a alcanzar en las 3 líneas de actuación

## Objetivo Estratégico del Plan Director

### Línea Estratégica 2

#### Impulso a los programas prioritarios con especial atención a su integración en el sistema de salud.

Componentes	Acciones prioritarias ¿QUÉ?	Áreas geográficas prioritarias ¿DÓNDE?	Socios y Actores Recomendados ¿CON QUIÉN?	Posibilidad de coordinación con otros donantes ¿CON QUIÉN?	Instrumentos recomendados ¿CÓMO?
<b>A) Áreas de Intervención</b>  Acceso a servicios integrales de SSR y promoción de los DDSSRR, con especial énfasis en la población vulnerable (adolescentes, minorías étnicas y afectivo-sexuales y mujeres víctimas de violencia de género)	<p>Apoyo técnico y financiero para la promoción de los partos institucionales de calidad y el acceso a una atención obstétrica básica de emergencia y planificación familiar (Complementa al Plan de Actuación de Género Línea de Acción 2 Línea Estratégica 3)</p> <p>Fomentar las acciones de formación académica especializada para personal sanitario en SSR (Complementa al Plan de Actuación de Género Línea de Acción 2 Línea Estratégica 3)</p> <p>Apoyo técnico y financiero para abordar la atención socio-sanitaria a mujeres y hombres víctimas de violencia de género (Complementa al Plan de Actuación de Género Línea de Acción 2 Línea Estratégica 2)</p> <p>Apoyo a movimientos de mujeres y sociedad civil en materia de identidad sexual y promoción de los derechos sexuales (Coincide con Línea de Acción 3 Línea Estratégica 3 de Plan de Actuación de Género)</p>	<p>Países, comunidades o grupos poblacionales con índice de riesgo reproductivo alto y muy alto*</p> <p>Países y comunidades con índice de riesgo reproductivo alto y muy alto</p> <p>Prioritaria pero no exclusivamente en países y comunidades en situación de conflicto y post conflicto Comunidades o grupos poblacionales vulnerables, incluidas las minorías afectivo-sexuales, trabajadoras del sexo, y jóvenes</p> <p>Países, comunidades y grupos poblacionales con índice de riesgo reproductivo alto y muy alto y países en situación de conflicto y post conflicto</p>	<p>UNFPA, ONGDs, OMS, BID</p> <p>ONGDs, escuelas de salud pública, y universidades, NNUU, BID</p> <p>ONGDs, UNPFA, BID, OMS</p> <p>ONGDs, UNPFA</p>	<p>Alemania, Reino Unido, Holanda, Canadá, Suecia, Francia y CE, países emergentes y/o de renta media</p> <p>Alemania, Reino Unido, Holanda, Canadá, Suecia, Francia, Noruega y CE</p> <p>Alemania, Dinamarca, Finlandia, Reino Unido, Holanda, Canadá, Suecia, Francia, Noruega y CE</p> <p>Alemania, Dinamarca, Finlandia, Reino Unido, Holanda, Canadá, Suecia, Francia, Noruega y CE</p>	<p>Multilateral (fondos y proyectos), Bilateral (subvenciones a ONGs, cooperación triangular, y apoyo presupuestario), Iniciativa mesoamericana</p> <p>Multilateral (fondos y proyectos), Bilateral (incluidas subvenciones a ONGs), cooperación triangular, y apoyo presupuestario)</p> <p>Multilateral (fondos y proyectos), Bilateral (subvenciones a ONGs) cooperación triangular, y apoyo presupuestario)</p> <p>Multilateral (fondos y proyectos), Bilateral (subvenciones a ONGs) cooperación triangular</p>

# Anexo b. Matrices explicativas con metas a alcanzar en las 3 líneas de actuación

## Objetivo Estratégico del Plan Director

### Línea Estratégica 2

#### Impulso a los programas prioritarios con especial atención a su integración en el sistema de salud.

Componentes	Acciones prioritarias ¿QUÉ?	Áreas geográficas prioritarias ¿DÓNDE?	Socios y Actores Recomendados ¿CON QUIÉN?	Posibilidad de coordinación con otros donantes ¿CON QUIÉN?	Instrumentos recomendados ¿CÓMO?
<b>A) Áreas de Intervención</b>  Promoción de la salud infantil a través de la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes en la Infancia: mejora del estado nutricional, acceso a los cuidados de atención al neonato, acceso a vacunas y prevención de las enfermedades diarreicas	Apoyo técnico y financiero para la prevención y el tratamiento comunitario de la desnutrición infantil moderada y severa aguda con alimentación suplementaria y/o RUTF (Ready to Use Therapeutic Food)	Países/ comunidades en situación de crisis (alimentaria y humanitaria) y post conflicto Países y comunidades con índice de riesgo reproductivo alto y muy alto - complementando a e integrado en las intervenciones en salud materna (SSR)	UNICEF, OMS/ OPS; PMA, ONGDs, BID	Alemania, Dinamarca, Finlandia, Reino Unido, Holanda, Canadá, Suecia, Francia y CE	Multilateral (fondos y proyectos), Bilateral (subvenciones a ONGDs), Iniciativa mesoamericana
Apoyo técnico y financiero para la provisión de los cuidados neonatales de emergencia y perinatales	Países/ comunidades en situación de crisis (alimentaria y humanitaria) y post conflicto. Países y comunidades con índice de riesgo reproductivo alto y muy alto - complementando a e integrado en las intervenciones en salud materna (SSR)	Países/ comunidades en situación de crisis (alimentaria y humanitaria) y post conflicto. Países y comunidades con índice de riesgo reproductivo alto y muy alto - complementando a e integrado en las intervenciones en salud materna (SSR)	ONGs, UNICEF, BID, OPS	Alemania, Dinamarca, Finlandia, Reino Unido, Holanda, Canadá, Suecia, Francia y CE	Multilateral (fondos y proyectos), Bilateral (subvenciones a ONGDs), Iniciativa mesoamericana
Apoyo financiero para la producción y aprovisionamiento de vacunas destinadas a la población infantil a precios asequibles para los sistemas de salud.	Apoyo financiero para la producción y aprovisionamiento de vacunas destinadas a la población infantil a precios asequibles para los sistemas de salud.	Global	GAVI, BID, OMS/ OPS, UNICEF	Generalitat de Cataluña y Fundación La Caixa	Multilateral (fondos y proyectos), Advanced Market Commitment, Iniciativa mesoamericana
<b>Fortalecimiento de los programas de VIH/TBC y malaria y enfermedades olvidadas</b>	Asegurar el apoyo técnico y financiero para aumentar el acceso a agua potable y saneamiento en las intervenciones de prevención de enfermedades diarreicas infantiles Complementario con Plan de Actuación Sectorial de Agua LE2 <b>Enfermedades Olvidadas:</b> Apoyo técnico y financiero a la investigación de técnicas diagnósticas, nuevas líneas terapéuticas de bajo coste y su acceso para el control. Búsqueda de casos y tratamientos Asegurar igualmente el enfoque de vectores y reservorios para trabajar el componente de zoonosis en articulación con el sector de desarrollo rural	En los países donde salud es sector prioritario	ONGDs, BID, OMS/ OPS, HABITAT, FAO y en su caso UNICEF	BID, Alemania, Dinamarca, Finlandia, Reino Unido, Holanda, Canadá, Suecia, Francia y CE	Fondo del Agua, Multilateral (fondos y proyectos), Bilateral (subvenciones a ONGs), Alianza para el Agua, Iniciativa mesoamericana
	Apoyo financiero y técnico para la prevención, diagnóstico, tratamiento y mitigación del VIH, TBC y malaria con una visión de integración en los sistemas de salud	Países con sector salud prioritario y mayor prevalencia e incidencia de casos de enfermedades olvidadas	ISCIII, Escuela Andaluza de Salud Pública, Glaxo Smith, OMS, Instituts de Medicina Tropical, DNDI; OMS, ONGs	Plataforma de Chagas en Bolivia, Brasil, Ministerio de salud de Tailandia, Consejo Indio de Investigación Médica, Instituto de investigación médica	Multilaterales (fondos y proyectos) Bilateral (incluye subvenciones a ONGs)
	Global	Global	ISCIII, escuela de salud Pública, universidades, ONGDs, OMS, Fondo Mundial, Ministerio de Sanidad; IAVI, MMV	Países IHP y SWAp	Fondo Mundial, programa ESTHER, Multilateral (fondos y proyectos), Bilateral (incluye subvenciones a ONGs), cooperación triangular, y apoyo presupuestario)

\* Índice de riesgo reproductivo: se compone de nueve indicadores que dan cuenta de las circunstancias en las que las mujeres, sobre todo las más pobres, toman sus decisiones reproductivas. El índice aglomera datos sobre: prevalencia de VIH/SIDA en población adulta y de embarazo adolescente, % de niñas casadas menores de 18 años; cobertura de la atención prenatal, % de demanda de planificación familiar cubierta; % de partos atendidos por personal cualificado; casos en los que el aborto está permitido; tasa de mortalidad materna; tasa de mortalidad infantil)

# Anexo b. Matrices explicativas con metas a alcanzar en las 3 líneas de actuación

## Objetivo Estratégico del Plan Director

### Línea Estratégica 3

#### Fortalecimiento de la AECID

Componentes	Acciones prioritarias ¿QUÉ?	Áreas geográficas prioritarias ¿DÓNDE?	Socios y Actores Recomendados ¿CON QUIÉN?	Posibilidad de coordinación con otros donantes ¿CON QUIÉN?	Instrumentos recomendados ¿CÓMO?
Calidad	<p><b>Primera fase:</b> Apoyo a los MAPs y PO para concentración sectorial y disminución de la fragmentación de la Ayuda en salud mediante: (1) La revisión criterios de selección de países prioritarios de salud basado en el mapeo de países de la UE ( EEMM-CE) (2) Aplicación del CoC de DoL</p>	TODAS	DCSyM-POLDE	EEMM y CE	Grupo de Trabajo de Expertos de Salud y Cooperación de EEMM-CE
	<p><b>Segunda fase:</b> Elaboración de una Guía de Diálogo de Políticas adaptada a la de la Comisión Europea</p>	Sede	DCSyM- DG-OTCs	EEMM y CE	Diálogo Sede- OTCs-Paises Socios y EEMM; MAPs y Programación Operativa
	<p><b>Tercera fase:</b> Equidad: Aplicación de los Criterios de equidad contemplados en la Comunicación de «El Rol de la UE en Salud Global» para la asignación de fondos y aprobación de intervenciones en salud</p>	TODAS	DGPOLDE, DG AECID, UAP DCSyM , SECI, AGE (que haga cooperación)	Comisión Europea y EEMM-UE	Guía de Diálogo de Políticas
	Monitoreo y Evaluación del Plan de Actuación de Salud de la AECID	TODAS	DGPOLDE, DG AECID, DCSyM	DCSyM	Marco lógico de Monitoria de Acciones prioritarias

# Anexo b. Matrices explicativas con metas a alcanzar en las 3 líneas de actuación

## Objetivo Estratégico del Plan Director

### Línea Estratégica 3

#### Fortalecimiento de la AECID

Componentes	Acciones prioritarias ¿QUÉ?	Áreas geográficas prioritarias ¿DÓNDE?	Socios y Actores Recomendados ¿CON QUIÉN?	Posibilidad de coordinación con otros donantes ¿CON QUIÉN?	Instrumentos recomendados ¿CÓMO?
<b>A) Áreas de Intervención: Fortalecimiento institucional de la AECID</b>					
<b>Coherencia</b>					
Elaboración de Marco Estratégico con IS Global Barcelona; ISCIJ; FCSAI; EASP	TODAS	DCSYM, DG, DGPOLDE, Ministerio de SPS	Ministerio de SPS, CRESIB, Fundación La Caixa, Generalitat de Cataluña, UAB	Diálogo y grupos de trabajo	
Definición de estrategia para aumentar fondos asignables a Ayuda Programática en Salud	Preferentemente los países con Apoyo presupuestario	DG	DGPOLDE	Diálogo equipo directivo	
Elaboración de normas y protocolos para definir las funciones de la DCSYM y DGPOLDE con el fin de mejorar su coordinación en salud	TODAS	DCSYM, DGs, DGPOLDE	Dirección AECID, SECI	Diálogo y grupos de trabajo	
Establecer Protocolos de articulación de los RRHH que trabajan en Salud con la DCSYM (Fondos Globales)	Sede	DCSYM, DGs, dirección de la AECID, Secretaría General de la AECID	Dirección AECID y SECI	Diálogo y grupos de trabajo informales	
Elaborar Protocolo de Transversalización de Salud (coordinación con el Fondo de Agua, Dep ONG, OAH, Área de Cooperación Científica)	Sede	DCSYM, DGs, OAH, OFCAS	OTCs	Diálogo y grupos de trabajo informales	
Apoyar a la Oficina de Acción Humanitaria en los criterios y protocolos de intervención, y asegurar la articulación de las líneas estratégicas de actuación en el ámbito de la salud"	En todos los países con intervenciones de la Oficina de Acción Humanitaria	OCHA, OMS, UNFPA, UNICEF, PMA, ACNUR, SEMHU	Escuelas de Salud Pública, Think Tanks especializados (nacionales e internacionales), ONGs	Protocolos y acreditaciones actualizadas con enfoque de salud	
Alinear las convocatorias becas, PCI y PIFTEs con las necesidades de formación institucionales en salud de cada país	Países con sector salud prioritario	Fundación Carolina, becas MAE, OTCs	Países del Sur con capacidades formativas en salud demostradas (Brasil, Cuba, etc...)	Becas, PCI, PIFTEs y CAPs	
Alinear las actividades de los centros culturales y de formación en los países con Salud como sector prioritario a temas de salud	Países con sector salud prioritario Países con centro cultural y de formación	Ministerio de Sanidad y Política Social, CCAA, ONGs y Centros Culturales y de formación	Países del Sur con capacidades formativas en salud demostradas (Brasil, Cuba, etc...)	Planificación de actividades de centros Culturales y de Formación con participación de los técnicos de salud de las OTCs	

# Anexo b. Matrices explicativas con metas a alcanzar en las 3 líneas de actuación

## Objetivo Estratégico del Plan Director

### Línea Estratégica 3 Fortalecimiento de la AECID

Componentes	Acciones prioritarias ¿QUÉ?	Áreas geográficas prioritarias ¿DÓNDE?	Socios y Actores Recomendados ¿CON QUIÉN?	Posibilidad de coordinación con otros donantes ¿CON QUIÉN?	Instrumentos recomendados ¿CÓMO?
<b>A) Áreas de Intervención: Fortalecimiento institucional de la AECID.</b>					
<b>Gestión Integral de conocimiento</b>	Creación de base de datos externa de expertos en salud para posibles apoyos técnicos en programas AECID	TODAS	DCSYM	OTCs y otras redes de expertos sectoriales de la cooperación española	Asistencia técnica específica para la elaboración desde su casa
	Definición del componente de salud dentro del marco estratégico de financiación para I+D+i de la Dirección de Culturales y Científicas	TODAS	DCSYM-POLDE	OTC	Grupo de Trabajo de la MASCE de Innovación y Encuentros Bilaterales de Transversalidad con Cooperación Científica-Área de Salud
	Definir e implantar un plan de formación continua, coherente con las necesidades técnicas identificadas en sede y terreno dentro del Plan de Formación de la Agencia	TODAS	Secretaría general, DGs, DCSYM y Unidad de Calidad de la ayuda	Fundación Carolina, Universidades, Escuelas de Salud Pública, Universidades De Países Socios	Inclusión de esta actividad en el Marco de Asociación con ISGlobal
	Reforzar la capacidad de diálogo técnico (en sede y terreno) para asegurar el enfoque integral de los mismos ante: - OOI (especialmente Fondos Globales) tanto en sus Boards como en Delegaciones de Terreno - Contrapartes locales y otros socios donantes	TODAS	DCSYM-POLDE, Direcciones Geográficas, Multilaterales y ONGs, OTCs, REPER Bruselas, Ginebra y NY MAEC - Dirección General de OOI Técnicos Madrid	MSPS MCI	Grupo de Trabajo de Transversalidad del Sector Salud, Guía de Diálogo de Políticas, Red de Expertos de Salud de AECID (REDEX); MIMAS, MASCE (Gt Innovación, Equidad, Coherencia y Guía) Grupo de Trabajo IHP, Grupo de Expertos de EEMM de UE

## Anexo c. Conclusiones del Consejo Europeo sobre el papel de la UE en la salud mundial



### CONSEJO DE LA UNIÓN EUROPEA

#### Conclusiones del Consejo sobre el papel de la UE en la Salud Mundial

*30ª Reunión del Consejo de ASUNTOS EXTERIORES  
Bruselas, 10 de Mayo 2010*

El Consejo adoptó las siguientes conclusiones:

1. El Consejo acoge favorablemente la Comunicación de la Comisión sobre el Papel de la UE en la Salud Mundial que pone de relieve la necesidad de tomar medidas para mejorar la salud, reducir las desigualdades y aumentar la protección contra amenazas para la salud mundial. La salud es central en la vida de las personas, inclusive como derecho humano y un elemento clave para el crecimiento y el desarrollo equitativo y sostenible, incluida la reducción de la pobreza.
2. Las condiciones económicas y sociales son determinantes cruciales de la salud. Los esfuerzos para abordar la exclusión social, las estructuras de poder que impiden la equidad y la igualdad de género son de importancia clave, así como un fuerte énfasis en la coherencia de políticas para el desarrollo, en particular, el enfoque de “Equidad “y Salud en Todas las Políticas “.
3. El Consejo considera estas conclusiones también como parte del proceso general de establecer la posición de la UE de la Reunión Plenaria de Alto Nivel sobre los ODM que se celebrará en Nueva York, la cual permitirá definir mejor la respuesta de la UE a los contextos más alejados de su consecución. El progreso hacia la consecución de los ODM relacionados con la salud ha sido desigual e insuficiente, en particular para los ODM 4 y 5 y especialmente en el África subsahariana.
4. La UE tiene un papel central en la aceleración del progreso hacia los retos sanitarios mundiales, incluyendo los ODM de salud y las enfermedades no transmisibles, a través de su compromiso de proteger y promover el derecho de toda persona de disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental. El Consejo hace hincapié en los valores consensuados de la UE de solidaridad hacia la cobertura universal y equitativa de servicios de salud de calidad como base de las políticas de la UE en este ámbito.

## Anexo c. Conclusiones del consejo europeo sobre el papel de la UE en la salud mundial

5. El Consejo solicita a la UE y sus Estados Miembros a actuar juntos en todas las políticas y acciones internas y de exteriores, dando prioridad a su apoyo en el fortalecimiento integral de los sistemas de salud de los países socios, que es fundamental para asumir todos los retos sanitarios mundiales. Ya que los países socios y sus gobiernos tienen la responsabilidad primordial en este sentido, esto requeriría fortalecer sus capacidades de desarrollar, regular, ejecutar y supervisar políticas y estrategias de salud nacionales efectivas. Este proceso debe garantizar la plena participación de los representantes de la sociedad civil y otros actores relevantes, incluido el sector privado.
6. Este apoyo deberá asegurar que los principales componentes de los sistemas de salud - personal sanitario, acceso a los medicamentos, la infraestructura y la logística, la financiación y la gestión - son suficientemente eficaces para ofrecer una cobertura universal de atención básica de calidad, a través de un enfoque holístico y basado en los derechos. En este sentido, se prestará especial atención a los cuatro principales problemas salud (la salud sexual y reproductiva, la salud infantil, las enfermedades transmisibles y no transmisibles) y al carácter multidimensional de la salud, con estrechos vínculos con el género, la seguridad alimentaria y la nutrición, el agua y saneamiento, la educación y la pobreza.
7. La UE sigue preocupada por la lentitud en el progreso del ODM 5, en particular en el África subsahariana. Los sistemas de salud deben prestar especial atención a la igualdad de género, las necesidades y los derechos de las mujeres, incluida la lucha contra la violencia de género. Reiterando los instrumentos internacionales pertinentes, el Consejo reconoce los derechos de la mujer a tener control y decidir libre y responsablemente sobre asuntos relacionados con su salud sexual y reproductiva. El Consejo, al mismo tiempo que reafirma fuertemente el vínculo entre las políticas y programas de VIH / SIDA y las políticas y los servicios de salud sexual y reproductiva y los derechos (SSRD), subraya que la plena aplicación y el acceso a estas políticas y servicios según lo establecido en la CIPD/ Declaración y Programa de Acción de El Cairo, la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing y otros instrumentos internacionales pertinentes, así como los objetivos de desarrollo acordados internacionalmente, incluidos los ODMs, es crucial para los derechos de la mujer, la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres.
8. Con el fin de apoyar de manera efectiva sistemas de salud integrales, se debe prestar atención a la movilización de recursos domésticos de los países en vías de desarrollo, en particular, a través de la mejora de la gestión de impuestos y una asignación adecuada y eficiente del presupuesto nacional para la salud. La UE debería apoyar a los países a instaurar esquemas de financiación sanitaria dentro de modelos y mecanismos de protección social en salud que pongan fondos en común, eviten pagos directos en el punto de prestación de servicios, sobretudo para los grupos vulnerables, como niños y mujeres embarazadas, y tengan por objeto lograr la cobertura universal y equitativa de los servicios esenciales de salud.

## Anexo c. Conclusiones del consejo europeo sobre el papel de la UE en la salud mundial

9. En consonancia con los compromisos sobre eficacia de la ayuda de la Declaración de París y Accra, la UE y sus Estados Miembros deberían, cuando las circunstancias lo permitan, tratar de canalizar dos tercios de la ayuda para salud a los países socios a través de enfoques programáticos, al menos el 50% utilizando los sistemas nacionales, mediante apoyo presupuestario inclusive. Se esforzarán en lograr la previsibilidad necesaria a medio plazo para permitir el diseño e implementación de estrategias nacionales de salud.
10. El Consejo insiste en la necesidad de prever y supervisar la distribución directa e indirecta (incluyendo el apoyo presupuestario) de la ayuda de la UE para salud, con el fin de apoyar mejor a los países más necesitados. Utilizando los mecanismos de recopilación de datos existentes tanto como sea posible, la UE confeccionará regularmente un mapa sobre el apoyo previsto para tres años en la política sanitaria de la UE y sus Estados Miembros, con el fin de acelerar el progreso hacia los compromisos de la eficacia de la ayuda y la división del trabajo de la UE.
11. La UE subraya la importancia de seguir desarrollando, incluyendo una participación más amplia, e implementando mecanismos innovadores para movilizar recursos adicionales en el sector de la salud, y de su potencial para contribuir al logro de los ODM de salud, teniendo en cuenta los principios de la eficacia de la ayuda<sup>12</sup>.
12. El Consejo pide a los Estados Miembros y la Comisión apoyar un mayor liderazgo de la OMS a nivel mundial, regional y nacional, en sus funciones normativa y directiva para afrontar los desafíos mundiales de la salud, así como en el apoyo técnico a la gobernanza de los sistemas de salud y políticas sanitarias, dado su mandato global. En consecuencia, el Consejo pide a los Estados Miembros a avanzar gradualmente en la reducción de los fondos marcados hacia la financiación de su presupuesto general. Sin perjuicio de las competencias respectivas, la UE y sus Estados Miembros tratarán de hablar con una voz más fuerte y coherente a nivel mundial y en el diálogo con terceros países e iniciativas mundiales de salud.
13. El Consejo reconoce los principios de la Asociación Internacional para la Salud (apoyo a una estrategia nacional de salud, a través de un proceso presupuestario a través de un marco de seguimiento) como el marco preferido para aplicar los compromisos de la eficacia de la ayuda para la salud y fortalecer los sistemas de salud.
14. La UE también reconoce los resultados logrados hasta ahora por las iniciativas y fondos de salud mundiales (en particular, el Fondo Mundial de Lucha contra el VIH / SIDA, la tuberculosis y la malaria y el GAVI) en el sector de la salud, así como su papel en la amplia movilización de fondos. La UE debería apoyarlos activamente a mejorar su enfoque en el fortalecimiento de los sistemas integrales de salud, a superar los retos de la salud mundial<sup>13</sup> a través de intervenciones costo-efectivas y destacando el cumplimiento de los principios de eficacia de la ayuda.

<sup>12</sup> Cf. Council Conclusions of May 2009.

<sup>13</sup> 2009 EU Council Conclusions on the Progress Review of the Programme for Action on HIV/AIDS, malaria and tuberculosis through the external action (2007-2011)..



## Anexo c. Conclusiones del consejo europeo sobre el papel de la UE en la salud mundial

- 15.** En consonancia con los compromisos asumidos en la coherencia política para el desarrollo (CPD) y en el marco del Programa de Trabajo de la CPD, el Consejo solicita a la Comisión y a los Estados Miembros abordar los principales aspectos que influyen en la salud mundial en las cinco esferas prioritarias del comercio y la financiación, la migración, la seguridad, la seguridad alimentaria y el cambio climático.
- 16.** En este sentido, la UE debería:
- a) apoyar a terceros países, en particular los países menos desarrollados, en la aplicación efectiva de flexibilidades para la protección de la salud pública previstas en los acuerdos ADPIC, para promover el acceso a los medicamentos para todos, y asegurar que los acuerdos de comercio bilateral de la UE están plenamente a favor de este objetivo;
  - b) en materia de migración, alentar el progreso hacia el cumplimiento de los compromisos acordados en la Estrategia de la UE para la Acción sobre la Crisis en Recursos Humanos para la Salud en Países en Desarrollo, y contribuir en el Código de prácticas de la AMS sobre la contratación internacional del personal de salud;
  - c) tratar de garantizar un acceso óptimo a los servicios de salud para poblaciones en contextos frágiles, de emergencia y / o situaciones humanitarias y en los procesos de paz y estabilización;
  - d) fortalecer los vínculos entre seguridad alimentaria, nutrición y salud, con un apoyo especial a los grupos más vulnerables, particularmente a los niños, menores de cinco años y mujeres durante el embarazo y la lactancia;
  - e) considerar la inclusión de aspectos del ámbito de la salud en las estrategias de adaptación y mitigación en los países en desarrollo en las políticas y acciones de medio ambiente y cambio climático.
- 17.** El Consejo subraya la importancia de la construcción de experiencia colectiva en la UE y sus Estados Miembros sobre la salud mundial y el fortalecimiento de su capacidad para contribuir al análisis de la salud y diálogo de políticas con los países en desarrollo. El mapeo de las distintas experiencias de la UE debe ser el fundamento de la acción en este ámbito.
- 18.** Por lo que respecta a la investigación y el diálogo y acción basados en la evidencia, el Consejo solicita a la UE y sus Estados Miembros promover la financiación efectiva y justa de aquella investigación que beneficie a la salud de todos. Con ese objetivo la UE se asegurará de que las innovaciones y las intervenciones desarrolla productos y servicios que sean accesibles y asequibles. Esto debe ser logrado por la UE y sus Estados Miembros a través de:

## Anexo c. Conclusiones del consejo europeo sobre el papel de la UE en la salud mundial

- a) trabajar hacia un marco global para la investigación y desarrollo que aborde las necesidades en salud prioritarias de los países en desarrollo y priorice acciones de investigación pertinentes para hacer frente a los retos mundiales de salud, de conformidad con la Estrategia Mundial de Investigación de la OMS.
  - b) aumentar las capacidades de investigación en salud pública y los sistemas de salud en los países socios y reforzar la cooperación entre la UE y los países socios a este respecto.
  - c) estudiar los modelos que disocian el costo de Investigación y Desarrollo y los precios de los medicamentos en relación con la Estrategia Mundial y Plan de Acción sobre Salud Pública, innovación y propiedad intelectual, incluyendo las oportunidades para la transferencia de tecnología de la UE a los países en desarrollo.
  - d) garantizar que las inversiones públicas de la UE en investigación sobre la salud asegure el acceso a los conocimientos y herramientas generadas como un bien público mundial y ayuda a generar productos médicos esenciales a precios asequibles, para ser utilizados a través de un uso racional.
  - e) fortalecer y equilibrar el proceso completo de investigación en salud de innovación, aplicación, acceso, seguimiento y evaluación. La cooperación internacional, plataformas comunes de intercambio de conocimientos y buenas prácticas son esenciales en este ámbito.
  - f) mejorar los sistemas de información sanitaria de los países socios y la recolección de datos de calidad y comparables y estadísticas que sirvan de referencia y permitan documentar el impacto de políticas globales y nacionales sobre los determinantes sociales en salud, incluyendo la adopción de indicadores de equidad.
  - g) respetar el principio del enfoque basado en la evidencia al establecer la acción normativa de los alimentos, piensos, productos, insumos farmacéuticos y médicos, teniendo en cuenta el principio de precaución a ser considerado caso por caso.
- 19.** La UE debe promover el diálogo y la acción conjunta con los principales actores globales y las partes interesadas, incluyendo agencias de la ONU relacionadas con la salud mundial, las Instituciones Financieras Internacionales, organizaciones regionales, redes regionales de salud, y los países, a fin de identificar sinergias, coordinar las acciones, avanzar en el cumplimiento de los compromisos, y evitar la duplicación y la fragmentación para aumentar la eficacia.

## Anexo c. Conclusiones del consejo europeo sobre el papel de la UE en la salud mundial

### 62ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD WHA62.12.

#### Punto 12.4 del orden del día 22 de mayo de 2009

Atención primaria de salud, incluido el fortalecimiento de los sistemas de salud

La 62ª Asamblea Mundial de la Salud,

Acogiendo con agrado los esfuerzos desplegados por la Directora General y reconociendo la función capital de la OMS en el fomento de la atención primaria de salud a escala mundial;

Habiendo examinado el informe sobre atención primaria de salud, incluido el fortalecimiento de los sistemas de salud;

Reafirmando la Declaración de Alma-Ata (1978) y la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas (2000);

Recordando la Carta de Ottawa para el Fomento de la Salud (1986) y las subsiguientes resoluciones pertinentes de los comités regionales de la OMS y de la Asamblea de la Salud;

Recordando asimismo los debates celebrados en la serie de cumbres y conferencias mundiales, regionales y nacionales, donde se ha reafirmado el compromiso de los Estados Miembros con la atención primaria de salud y el fortalecimiento de los sistemas de salud;

Observando el creciente consenso entre la comunidad sanitaria mundial respecto de que los planteamientos verticales tales como los programas orientados a enfermedades específicas y los planteamientos que abarcan al conjunto del sistema de salud se refuerzan mutuamente y contribuyen al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud;

Reconociendo la necesidad de aprovechar las experiencias de la atención primaria de salud, tanto positivas como negativas, adquiridas desde la formulación de la Declaración de Alma-Ata y la Declaración del Milenio;

Acogiendo con agrado el *Informe sobre la salud en el mundo 2008*, publicado en el 30º aniversario de la Declaración de Alma-Ata, en el que se determinan cuatro esferas clave de política para reducir las inequidades sanitarias y mejorar la salud para todos: subsanar las inequidades sanitarias por medio de la cobertura universal, situar al individuo como elemento central de la prestación de servicios, integrar la

## Anexo d. 62ª Asamblea Mundial de la Salud WHA62.12. Atención primaria de salud, incluido el fortalecimiento de los sistemas de salud

salud en las políticas públicas de todos los sectores, e instituir un liderazgo integrador en pro de la salud, y acogiendo favorablemente también el informe definitivo de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud;

Reafirmando la necesidad de poner en pie sistemas de salud nacionales sostenibles, fortalecer las capacidades nacionales y cumplir cabalmente los compromisos de financiación formulados por los gobiernos nacionales y sus asociados en el desarrollo, según proceda, con el fin de cubrir mejor el déficit de recursos del sector de la salud;

Reafirmando también la necesidad de adoptar medidas concretas, efectivas y oportunas en la aplicación de todos los compromisos acordados en materia de eficacia de la ayuda, y de aumentar la previsibilidad de la ayuda, respetando al mismo tiempo el control y la identificación de los países receptores respecto del fortalecimiento de sus sistemas de salud, mucho más habida cuenta de los posibles efectos en la salud y los sistemas de salud de la actual crisis financiera internacional y de la crisis de alimentos, y del cambio climático;

Reafirmando firmemente los valores y principios de la atención primaria de salud, en particular la equidad, la solidaridad, la justicia social, el acceso universal a los servicios, la acción multisectorial, la descentralización y la participación comunitaria, que son la base del fortalecimiento de los sistemas de salud,

### **1. INSTA a los Estados Miembros:**

- 1)** a garantizar el compromiso político en todos los niveles con los valores y principios de la Declaración de Alma-Ata, mantener la cuestión del fortalecimiento de los sistemas de salud sobre la base de la atención primaria de salud en un lugar prominente de la agenda política internacional, y aprovechar, cuando proceda, las alianzas relacionadas con la salud y las iniciativas relacionadas con esta cuestión para prestar apoyo en particular a la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud;
- 2)** a acelerar las medidas encaminadas al acceso universal a la atención primaria de salud desarrollando servicios de salud integrales y estableciendo mecanismos nacionales de financiación equitativos, eficaces y sostenibles, conscientes de la necesidad de garantizar la protección social y proteger los presupuestos de salud en el contexto de la actual crisis financiera internacional;
- 3)** a situar al individuo como elemento central de la prestación de la atención de salud adoptando, según proceda, modelos de prestación centrados en los niveles locales y distritales que proporcionen servicios integrales de atención primaria de

## Anexo d. 62ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD WHA62.12. Atención primaria de salud, incluido el fortalecimiento de los sistemas de salud

salud, incluidos la promoción de la salud, la prevención de la morbilidad, la atención curativa y los cuidados paliativos, integrados y coordinados en función con las necesidades, asegurando, al mismo tiempo, un sistema eficaz de envío de casos;

- 4) a promover una participación activa de toda la población, e insistir en el empoderamiento de las comunidades y especialmente de las mujeres, en los procesos de elaboración y aplicación de políticas y de mejoramiento de la salud y la atención de salud, con el fin de prestar apoyo a la renovación de la atención primaria de salud;
- 5) a capacitar y retener un número adecuado de profesionales de la salud, con la combinación apropiada de aptitudes, con inclusión de enfermeras, parteras, personal paramédico y médicos de familia de atención primaria de salud capaces de trabajar en un contexto multidisciplinario, en cooperación con agentes de salud comunitarios no profesionales, con el fin de responder eficazmente a las necesidades sanitarias de la población;
- 6) a abogar por que se establezcan, incorporen y ejecuten programas verticales, con inclusión de programas orientados a enfermedades específicas, en el contexto de la atención primaria de salud integral;
- 7) a mejorar el acceso a medicamentos, productos y tecnologías sanitarias apropiadas, todos los cuales son necesarios para prestar apoyo a la atención primaria de salud;
- 8) a desarrollar sistemas de información y vigilancia sanitarias relacionados con la atención Primaria de salud, y reforzar los que existan, con el fin de facilitar los programas y las políticas basados en datos probatorios y su evaluación;
- 9) a reforzar los ministerios de salud, para que estén en condiciones de ejercer un liderazgo inclusivo, transparente y responsable en el sector de la salud y facilitar la acción multisectorial en el marco de la atención primaria de salud;

### 2. PIDE a la Directora General:

- 1) que vele por que en las actividades de la OMS se encarnen los valores y principios de la Declaración de Alma-Ata y que la labor institucional general, en todos los niveles, contribuya a renovar y fortalecer la atención primaria de salud de conformidad con las conclusiones de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud;
- 2) que refuerce las capacidades de la Secretaría, incluidas las capacidades de las oficinas regionales y en los países a fin de prestar apoyo a los esfuerzos desplegados por los Estados Miembros con miras a cumplir las cuatro orientaciones normativas

## Anexo d. 62ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD WHA62.12. Atención primaria de salud, incluido el fortalecimiento de los sistemas de salud

generales para la renovación y el fortalecimiento de la atención primaria de salud expuestas en el *Informe sobre la salud en el mundo 2008*;

- 3) que reúna y analice datos sobre las experiencias de los Estados Miembros en el presente y el pasado en la aplicación de la atención primaria de salud y facilite el intercambio de experiencias, datos e información sobre buenas prácticas con miras a lograr la cobertura y el acceso universales y el fortalecimiento de los sistemas de salud;
- 4) que promueva la uniformización y la coordinación de intervenciones mundiales en pro del fortalecimiento de los sistemas de salud, sobre la base del planteamiento de la atención primaria de salud, en colaboración con los Estados Miembros, las organizaciones internacionales pertinentes, iniciativas sanitarias internacionales, y otras partes interesadas con el fin de aumentar las sinergias entre las prioridades internacionales y nacionales;
- 5) que vele por que se prevea una financiación adecuada para el fortalecimiento de los sistemas de salud y la reactivación de la atención primaria de salud en el presupuesto por programas 2010-2011;
- 6) que prepare planes de aplicación para las cuatro orientaciones normativas generales:
  - 1) disminuir las inequidades mediante el avance hacia la cobertura universal;
  - 2) situar al individuo en el centro de la prestación de servicios;
  - 3) aplicar medidas multisectoriales e incorporar la salud en todas las políticas;
  - 4) ejercer un liderazgo inclusivo y una gobernanza efectiva en pro de la salud; que vele por que esos planes abarquen todas las actividades de la Organización, y que informe sobre esos planes, por conducto del Consejo Ejecutivo, a la 63ª Asamblea Mundial de la Salud y subsiguientemente cada dos años sobre los progresos realizados.

*Octava sesión plenaria, 22 de mayo de 2009*  
A62/VR/8

## Anexo e. Salud en todas las políticas - OMS 2010

Declaración de Adelaida sobre la Salud en Todas las Políticas. Hacia una gobernanza compartida en pro de la salud y el bienestar. Tener en cuenta la salud significa un gobierno más eficaz. Un gobierno más eficaz significa una mejora de la salud.

Informe de la Reunión Internacional sobre la Salud en Todas las Políticas, Adelaida 2010.

**La Declaración de Adelaida sobre la Salud en Todas las Políticas** pretende captar a los líderes e instancias normativas de todos los niveles de gobierno: local, regional, nacional e internacional, y hace hincapié en que la mejor forma de alcanzar los objetivos de gobierno consiste en que todos los sectores incluyan la salud y el bienestar como componente esencial de la formulación de políticas.

Esto es así porque las causas de la salud y el bienestar están fuera del ámbito del sector de la salud y tienen una génesis económica y social. Aunque muchos sectores ya contribuyen a mejorar la salud, todavía hay lagunas importantes.

La Declaración de Adelaida perfila la necesidad de un nuevo contrato social entre todos los sectores para hacer avanzar el desarrollo humano, la sostenibilidad y la equidad, así como para mejorar los resultados sanitarios. Esto requiere una nueva forma de gobernanza en la que haya un liderazgo conjunto dentro de los gobiernos, entre todos los sectores y niveles de gobierno. La Declaración destaca la contribución del sector de la salud a la resolución de problemas complejos en todos los niveles de gobierno.

### **Lograr el desarrollo social, económico y medioambiental**

Una población sana es un requisito fundamental para la consecución de los objetivos de la sociedad. La reducción de las desigualdades y las diferencias sociales mejora la salud y el bienestar de todos.

La buena salud mejora la calidad de vida y la productividad laboral, aumenta la capacidad de aprendizaje, fortalece a las familias y comunidades, y contribuye a la sostenibilidad del hábitat y del medio ambiente, así como a la seguridad, la reducción de la pobreza y la inclusión social. Sin embargo, el aumento de los costos de los tratamientos y de la atención sanitaria están suponiendo para los recursos nacionales y locales una carga insostenible que puede retrasar un desarrollo más general.

Estas interacciones entre la salud, el bienestar y el desarrollo económico han recibido gran impulso en las agendas políticas de todos los países. Cada vez más, las comunidades, los empleadores y las industrias esperan y demandan acciones de gobierno fuertes y coordinadas para abordar los determinantes de la salud y el bienestar, y evitar la duplicación y fragmentación de medidas.

## Anexo e. Salud en todas las políticas - OMS 2010

### Necesidad de un gobierno conjunto

La interdependencia de las políticas públicas requiere otro planteamiento de la gobernanza. Los gobiernos pueden coordinar la formulación de políticas elaborando planes estratégicos que establezcan objetivos comunes, respuestas integradas y una mayor rendición de cuentas en todos los departamentos gubernamentales. Esto requiere una alianza con la sociedad civil y el sector privado.

Dado que la buena salud facilita la superación de los retos políticos, y la mala salud la obstaculiza, el sector de la salud tiene que colaborar sistemáticamente con todos los niveles de gobierno y con otros sectores para abordar aquellas dimensiones de sus actividades que están relacionadas con la salud y el bienestar. El sector de la salud puede apoyar a otros sectores del gobierno prestándoles asistencia activa en sus tareas de formulación de políticas y consecución de objetivos.

Para aprovechar la salud y el bienestar, los gobiernos tienen que institucionalizar procesos que valoren la solución intersectorial de los problemas y resuelvan los desequilibrios de poder. Para ello hay que disponer de liderazgo, mandatos, incentivos, compromiso presupuestario y mecanismos sostenibles que respalden la cooperación de los organismos gubernamentales en la búsqueda de soluciones integradas.

### El planteamiento de la Salud en Todas las Políticas

El planteamiento que se acaba de describir, conocido como «La Salud en Todas las Políticas», ha sido desarrollado y probado en una serie de países, y ayuda a los líderes e instancias normativas a integrar consideraciones en materia de salud, bienestar y equidad durante la elaboración, aplicación y evaluación de las políticas y los servicios.

### La Salud en Todas las Políticas funciona mejor cuando hay:

- ▶ un mandato claro que haga imperativo un gobierno conjunto;
- ▶ procesos sistemáticos que tomen en consideración las interacciones entre los diferentes sectores;
- ▶ mediación entre los diferentes intereses;
- ▶ rendición de cuentas, transparencia y procesos de participación;
- ▶ compromiso de partes interesadas ajenas al gobierno;
- ▶ iniciativas intersectoriales prácticas que creen alianzas y confianza.



## Anexo e. Salud en todas las políticas - OMS 2010

Herramientas e instrumentos que han demostrado ser útiles en diferentes fases del ciclo de las políticas:

- ▶ comités interministeriales e interdepartamentales
- ▶ equipos de acción intersectoriales
- ▶ presupuestos y contabilidad integrados
- ▶ sistemas de información y evaluación transversales
- ▶ desarrollo conjunto de la fuerza de trabajo
- ▶ consultas con la comunidad y Jurados de Ciudadanos
- ▶ plataformas de alianza
- ▶ Health Lens Analysis (Análisis desde el ángulo de la salud)
- ▶ evaluaciones del impacto
- ▶ marcos legislativos

Impulsores de la integración de la Salud en Todas las Políticas

Para crear un proceso de integración de la Salud en Todas las Políticas es necesario adoptar medidas y aprovechar las oportunidades para cambiar las mentalidades y las culturas de la adopción de decisiones. Los factores impulsores dependen del contexto y pueden incluir:

- la creación de alianzas sólidas que reconozcan los intereses mutuos y compartan metas;
- la generación de un compromiso de la totalidad del gobierno logrando la participación del jefe del gobierno, del consejo de ministros o del parlamento, y de los líderes administrativos;
- el desarrollo de procedimientos normativos robustos y de alto nivel;
- la integración de las responsabilidades en las estrategias, objetivos y metas globales de los gobiernos;
- la toma de decisiones conjunta y la rendición de cuentas conjunta con respecto a los resultados;
- la facilitación de la apertura y de planteamientos consultivos para alentar la aprobación e implicación de las partes interesadas;
- el fomento de la experimentación y la innovación para encontrar nuevos modelos que integren los objetivos sociales, económicos y medioambientales;
- la agregación de los recursos intelectuales, integrando la investigación y compartiendo los conocimientos adquiridos sobre el terreno;
- el establecimiento de mecanismos de retroalimentación, de modo que los progresos puedan ser monitorizados y evaluados al más alto nivel.

No es raro que un proceso así cree tensiones dentro del gobierno, pues pueden surgir conflictos acerca de los valores e intereses divergentes. La resolución de estos problemas se puede lograr mediante un compromiso persistente y sistemático con los procesos políticos y las principales instancias decisorias.

## Anexo e. Salud en todas las políticas - OMS 2010

### Un nuevo papel para el sector de la salud

Para avanzar en la integración de la Salud en Todas las Políticas el sector de la salud debe aprender a colaborar con otros sectores. Son imprescindibles la exploración conjunta de innovaciones políticas, nuevos mecanismos e instrumentos, y mejores marcos normativos. Para ello se necesita un sector de la salud que esté orientado hacia el exterior, abierto a los demás y equipado con los conocimientos, las capacidades y el mandato necesarios. Esto también significa una mejora de la coordinación y el apoyo a los aliados dentro del mismo sector de la salud.

Entre las nuevas responsabilidades de los departamentos de salud para apoyar una estrategia de integración de la Salud en Todas las Políticas habrá que incluir:

- la comprensión de las agendas políticas y de los imperativos administrativos de otros sectores;
- la generación de conocimientos y de una base de datos probatorios acerca de las opciones de política y las estrategias;
- la evaluación comparativa de las consecuencias sanitarias de diferentes opciones dentro del proceso de formulación de políticas;
- la creación de plataformas regulares de diálogo y resolución de problemas con otros sectores;
- la evaluación de la eficacia de la labor intersectorial y de la formulación integrada de políticas;
- la colaboración del gobierno para alcanzar los objetivos de estos y de ese modo hacer avanzar la salud y el bienestar.

### Próximas etapas en el proceso de desarrollo

La Declaración de Adelaida es parte de un proceso mundial de desarrollo y fortalecimiento de la estrategia de integración de la Salud en Todas las Políticas, basada en la equidad y contribuye al debate crítico en el que están inmersos los Estados Miembros y las Regiones de la Organización Mundial de la Salud (OMS). La Declaración refleja el historial de países que ya han adquirido experiencia en la aplicación de esa estrategia.

La Declaración hace aportaciones valiosas a la Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud que se celebrará en Brasil en 2011, a la 8.ª Conferencia Mundial sobre Promoción de la Salud que tendrá lugar en Finlandia en 2013 y a los preparativos para los Objetivos de Desarrollo del Milenio tras 2015.

## Anexo e. Salud en todas las políticas - OMS 2010

### Precedentes y agradecimientos

La salud es un concepto positivo que hace hincapié en los recursos sociales y personales, así como en las capacidades físicas. Por consiguiente, la promoción de la salud no es responsabilidad únicamente del sector de la salud, sino que va más allá de los modos de vida sanos, hasta el bienestar y los entornos propicios.

La Declaración de Adelaida fue elaborada por los participantes en la *Reunión Internacional sobre la Salud en Todas las Políticas*, celebrada en Adelaida del 13 al 15 de abril de 2010. El Gobierno de Australia Meridional y la OMS invitaron a más de 100 expertos de alto nivel de una gran variedad de sectores y países para que debatieran la aplicación de la estrategia de integración de la Salud en Todas las Políticas. El principal objetivo de la reunión consistió en hacer avanzar la agenda mediante la identificación de los principios y vías fundamentales que contribuyen a la acción en pro de la salud en todos los sectores de gobierno, y en hacer que el sector de la salud contribuya a la consecución de los objetivos de otros sectores.

La reunión de 2010 se basó en el informe de la Comisión OMS sobre Determinantes Sociales de la Salud, 2008, y en otros documentos relevantes de la OIT, la OCDE, el PNUD, el ECOSOC, la UNESCO, el UNICEF, el Banco Mundial y el Foro Económico Mundial. Asimismo, se basó en trabajos anteriores de la OMS, como la Declaración de Alma-Ata sobre Atención Primaria de Salud (1978); la Carta de Ottawa para el Fomento de la Salud (1986); las Recomendaciones de Adelaida sobre Políticas públicas favorables a la salud (1988) y las posteriores conferencias mundiales de promoción de la salud; el Documento de Consenso de Gotemburgo sobre Evaluación del impacto sanitario (1999), y la Declaración de Roma sobre la Salud en Todas las Políticas (2007).

Desde 2007, el Gobierno del estado de Australia Meridional ha desempeñado un papel fundamental en el fomento del intercambio de conocimientos sobre la integración de la Salud en Todas las Políticas tanto dentro de Australia como a nivel internacional. Sus iniciativas han incluido la celebración en 2007 de una conferencia sobre la Salud en Todas las Políticas, en la que se presentaron sus trabajos; la prestación de un apoyo continuo a los organismos de su gobierno estatal, tanto centrales como de otros ámbitos; la publicación de materiales de orientación sobre sus métodos en materia de integración de la Salud en Todas las Políticas, y la celebración en abril de 2010 de la Reunión Internacional sobre la Salud en Todas las Políticas, copatrocinada por la OMS.

## Anexo e. Salud en todas las políticas - OMS 2010

Ejemplos de acciones de gobierno conjuntas

Sectores y temas	Relaciones entre la salud y el bienestar
<p><b>Economía y empleo</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La salud de la población estimula la resiliencia y el crecimiento económicos. Una población más saludable puede aumentar sus ahorros domésticos, tener mayor productividad laboral, adaptarse más fácilmente a los cambios laborales y seguir laboralmente activa durante más tiempo.</li> <li>• Las oportunidades de trabajo y empleo estable mejoran la salud de toda la población, independientemente del grupo social.</li> </ul>
<p><b>Seguridad y justicia</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La frecuencia de la violencia, los problemas de salud y las lesiones aumenta en las poblaciones con peor acceso a los alimentos, al agua, a la vivienda y a un sistema de justicia equitativo. En consecuencia, los sistemas de justicia de las sociedades tienen que ocuparse de las consecuencias del acceso deficiente a estas necesidades básicas.</li> <li>• La prevalencia de las enfermedades mentales (y de los problemas conexos de consumo de alcohol y drogas) se asocia a la violencia, los delitos y el encarcelamiento.</li> </ul>
<p><b>Educación y fases iniciales de la vida</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los problemas de salud de los niños o de sus familiares dificultan el éxito educativo, reduciendo el potencial educativo y las capacidades para hacer frente a los retos de la vida y aprovechar las oportunidades que esta depara.</li> <li>• El éxito educativo de ambos sexos contribuye directamente a una mejora de la salud y de la capacidad de participar plenamente en una sociedad productiva, y crea ciudadanos comprometidos.</li> </ul>
<p><b>Agricultura y alimentación</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La seguridad alimentaria y la inocuidad de los alimentos mejoran cuando la salud es tenida en cuenta en la producción, fabricación, comercialización y distribución de los alimentos, se fomenta la confianza del consumidor y se garantizan prácticas agrícolas más sostenibles.</li> <li>• La alimentación saludable es fundamental para la salud, y la seguridad y las buenas prácticas alimentarias ayudan a reducir la transmisión de enfermedades de los animales al ser humano, además de servir de apoyo a prácticas agropecuarias que repercuten positivamente en la salud de los trabajadores y las comunidades rurales.</li> </ul>

## Anexo e. Salud en todas las políticas - OMS 2010

Sectores y temas	Relaciones entre la salud y el bienestar
<p><b>Infraestructura, planificación y transporte</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La planificación óptima de las carreteras, los transportes y la vivienda debe tener en cuenta el impacto sanitario, dado que puede reducir emisiones gravosas desde el punto de vista medioambiental, y mejorar la capacidad de las redes de transporte y su eficiencia desde el punto de vista de la movilidad de las personas, los bienes y los servicios.</li> <li>• La mejora de las posibilidades de transporte (en particular los desplazamientos a pie o en bicicleta) crea comunidades más seguras y vivibles, reduce la degradación medioambiental y mejora la salud.</li> </ul>
<p><b>Medioambiente y sostenibilidad</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La optimización de la utilización de los recursos naturales y el fomento de la sostenibilidad se logran más fácilmente con políticas que influyen en los hábitos de consumo de la población, que también pueden mejorar la salud humana.</li> <li>• A nivel mundial, un cuarto de la totalidad de las enfermedades prevenibles son resultado de las condiciones medioambientales en las que vive la población.</li> </ul>
<p><b>Alojamiento y servicios comunitarios</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El diseño de las viviendas y la planificación de las infraestructuras teniendo en cuenta la salud y el bienestar (aislamiento, ventilación, espacios públicos, recogida de basuras, etc.) y contando con la participación de la comunidad pueden mejorar la cohesión social y contribuir a los proyectos de desarrollo.</li> <li>• Las viviendas accesibles y bien diseñadas y los servicios comunitarios adecuados permiten hacer frente a algunos de los determinantes más fundamentales de la salud entre las personas y las comunidades desfavorecidas.</li> </ul>
<p><b>Tierras y cultivos</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La mejora del acceso a la tierra puede contribuir a la mejora de la salud y el bienestar de los pueblos indígenas, que están espiritual y culturalmente vinculados a un profundo sentido de pertenencia a la tierra y al país.</li> <li>• La mejora de la salud de los pueblos indígenas puede fortalecer las comunidades y la identidad cultural, mejorar la participación de los ciudadanos y contribuir al mantenimiento de la biodiversidad.</li> </ul>

## Anexo f. Asociación Internacional para la salud (IHP+)



Dirección de Cooperación Sectorial y Multilateral  
Departamento de Cooperación Sectorial y de Género

### Nota orientativa sobre la Asociación Internacional para la Salud IHP+ (International Health Partnership)

#### Contexto

La apuesta por la eficacia de la ayuda ha marcado la agenda de la cooperación internacional en general, y la española en particular, en estos últimos años, explorando la articulación de nuevas iniciativas así como, la mejora y adaptación de estrategias ya existentes.

En septiembre de 2007 se constituyó en Londres la Asociación Internacional para la Salud (IHP), ajustándose sus cuatro principales objetivos a la Declaración de París sobre la Eficacia de la Ayuda:

- 1) preparar pactos dirigidos por los países y centrados en los resultados que agrupen al conjunto de los socios para el desarrollo en torno a un único plan nacional para la salud; un marco de seguimiento y de evaluación; y un proceso de revisión, que permitan de ese modo mejorar la armonización, la alineación, la orientación hacia los resultados y la responsabilidad mutua;
- 2) emitir y difundir los conocimientos, las directrices y las herramientas pertinentes;
- 3) mejorar la coordinación y la eficacia de los países, a nivel regional y mundial;
- 4) garantizar la responsabilidad mutua y el seguimiento de los resultados.

La Asociación Internacional para la Salud (IHP) y las Iniciativas Relacionadas (IHP+) tratan de conseguir mejores resultados en materia de salud, mejorando para ello el modo en que los países en desarrollo, los organismos internacionales y los donantes trabajan conjuntamente para concebir y poner en práctica los planes nacionales de salud.

En este sentido, el Estado Español reconoce la capacidad de aumentar la eficacia de la ayuda que representa la IHP+, tal y como quedó de manifiesto al firmar los pactos locales de país en Etiopía, Mali, Níger y Mozambique. La Ministra de Exteriores y Cooperación firmo recientemente en la AMS de la OMS de Mayo del 2010 el pacto Global del IHP+ y la voluntad de formar parte de su estructura, grupos de trabajo e iniciativas relacionadas, con el fin de asumir los compromisos que figuran en el mismo.

## Anexo f. Asociación Internacional para la Salud (IHP+)

### Compromisos

Los miembros de la Asociación IHP+ se comprometen a hacer frente al reto que supone acelerar los progresos encaminados hacia la consecución de los OMD relacionados con la salud y otros resultados en el ámbito de la salud, mediante el incremento y una mayor eficacia de la financiación destinada a la salud, conjuntamente con la mejora de la coordinación y de la alineación, conforme a la Declaración de París. Los signatarios se comprometen igualmente a hacer participar a la sociedad civil como socio de pleno derecho y a trabajar con la misma en el marco de la concepción, la planificación, la puesta en práctica y la evaluación de la Asociación IHP+, y a dar cuenta ante los ciudadanos de los países socios de la obtención de los resultados buscados tanto en los ámbitos financiero como sanitario.

Dentro del marco del plan de actividades IHP+, los socios de los países en desarrollo se comprometen a efectuar “balances” que suponen una revisión de los planes/estrategias de salud existentes a nivel nacional y de sus vínculos con los planes de desarrollo más generales del país (por ejemplo, las estrategias para la reducción de la pobreza (SRP), los marcos de gastos a medio plazo, etc.), así como con las estructuras y procedimientos existentes (por ejemplo, las revisiones conjuntas, etc.) en cada país. Esas evaluaciones de la situación tratan de obtener informaciones que sirvan para diseñar planes, estrategias y presupuestos para la sanidad en los diversos países con el fin de conseguir un “acuerdo” o “pacto” convenido con los socios internacionales para el desarrollo.

### Valor añadido de la IHP+

La Asociación Internacional para la Salud y las Iniciativas Relacionadas (IHP+) se proponen favorecer la cooperación interinstitucional más que la competencia, reducir los costes de las transacciones, mejorar la eficacia y la previsibilidad de la ayuda, acrecentar los recursos de gobiernos y socios para el desarrollo para el sector sanitario, crear conocimientos y mejorar el intercambio de conocimientos entre los países y los socios para el desarrollo. Se trata de una nueva manera de trabajar que se apoya en la armonización y las enseñanzas extraídas de los enfoques sectoriales (SWAp), DSRP y otros<sup>14</sup> y hace mayor hincapié en los resultados comprobables para los OMD.

La IHP+ está pensada para establecer un plan nacional que suscite el compromiso, armonice la acción de los socios para el desarrollo y los agrupe en un proceso dirigido y organizado por el país para obtener resultados cuantificables, valorar los costes de la intensificación de la acción y reforzar la autoridad del país. Este proceso sacará partido de las estructuras existentes en el país (es decir, de los mecanismos nacionales de coordinación del sector), procedimientos y planes o estrategias sobre la salud (VIH/SIDA, tuberculosis, paludismo, supervivencia infantil, etc.) y facilitará el desarrollo de un espíritu de responsabilidad mutua de todas las partes implicadas, con un procedimiento común que favorezca la transparencia del control de los compromisos adquiridos por todas las partes.

<sup>14</sup> Como GAVI HSS, ASAP, etc.

## Anexo f. Asociación Internacional para la salud (IHP+)

El valor añadido del proceso IHP+ dependerá de las necesidades del país, de su situación y de los procedimientos existentes. Globalmente, depende de la naturaleza del propio proceso (acción colectiva para obtener resultados sanitarios; planes sólidos y completos con respecto a la salud, etc.), fijando una atención prioritaria en la gestión orientada hacia los resultados y en la movilización de recursos suplementarios para la salud (en función de las necesidades específicas de cada país).

La finalidad es la de conseguir **UNA estrategia nacional única de la sanidad**, que prevea la generalización del acceso a los servicios sanitarios, dando prioridad a las necesidades de los más pobres y más vulnerables<sup>15</sup>. Esta estrategia nacional deberá ser validada mediante un procedimiento creíble y reconocido y ayudar a las partes implicadas a tomar decisiones racionales con respecto a sus inversiones.

---

<sup>15</sup> La expresión “los más pobres y vulnerables” se utiliza para designar a todas las poblaciones desheredadas a nivel social, estigmatizadas o víctimas de discriminación, en especial, pero no exclusivamente, las mujeres, los niños, los discapacitados, los hombres que mantienen relaciones sexuales con otros hombres, las personas que hacen del sexo una profesión, los toxicómanos por vía intravenosa, etc.



## Anexo g. Enfoque 4x4 en el diálogo de políticas en el sector salud

<b>PROCESO IHP+/JANS</b>	Análisis Situación	Estrategias Salud ( <i>Prestación Servicios</i> )	Presupuesto	SIS <i>Monitoreo</i>
<b>PRIORIDADES MDGs +</b>	Salud Reproductiva	Salud Infantil	Enfermedades Transmisibles	Enfermedades no Transmisibles
<b>PILARES</b>	<i>Disponibilidad de Recursos Humanos</i>	<i>Acceso a Medicinas</i>	<i>Financiación Equitativa</i>	Infraestructuras adecuadas/ logística
<b>PRINCIPIOS</b>	<i>Liderazgo Inclusivo</i>	Atención Centrada en el paciente	Cobertura Universal	Salud en Todas las Políticas

## Anexo h. Criterios de selección para la priorización de países del sector salud de la AECID



### Propuesta del Área de Salud de la AECID para definición del sector salud como prioritario para los Marcos de Asociación de País

#### A) Justificación

En la actualidad Cooperación Española sigue presentando dispersión geográfica y sectorial. En el año 2008, en el sector salud se intervino en un total de 132 países ubicados en una gran variedad de regiones geográficas. En lo que respecta a la AECID, en ese mismo período, la ayuda en salud se concentró en 59 países, aunque 28 de ellos (la mayoría pertenecientes a la categoría de prioritarios o de atención especial) acumularon el 84% del total de los fondos en salud, con un total de más de 0.5 millones €. Etiopía y Honduras, fueron los dos países mayores receptores en 2008 en ambos continentes.

Según el diagnóstico sectorial de la ayuda de la Administración General del Estado (AGE) al sector salud, en el 2008 la mayor parte de la ayuda en salud de la AECID se destinó a África Subsahariana (54%), seguida de América Central (19%) y América del Sur (8%), en concordancia con las prioridades geográficas establecidas en el III Plan Director 2009-2012.

La Cooperación Española esta trabajando en estos momentos en los procesos de Programaciones Operativas (PO) y Marcos de Asociación con los Países Socios (MAPS). Estos espacios de concertación estratégica y operativa, donde se adquieren compromisos concretos de concentración sectorial y geográfica pueden apoyarse en el conocimiento técnico sectorial del departamento sectorial de la AECID.

En este sentido el área de salud de la AECID ha elaborado esta nota con el fin de **aportar información técnica que permita asegurar el dialogo sobre salud como sector prioritario en aquellos países donde trabajar en salud puede tener un valor añadido** y asegurar la coherencia de todos los procesos de diseño estratégico y operativos puestos en marcha (PO, MAPS y PAS- Planes de Actuación Sectorial)

En función del análisis de situación realizado y con el fin de mejorar el impacto de la ayuda, en el **Plan de Actuación del Sector Salud 20011-2013 (PAS- Salud) se apuesta por un incremento de la AOD de salud de todos los actores de la cooperación española que podría alcanzar hasta alcanzar un 15% en 2013, contemplando también criterios de equidad en la selección del sector en países prioritarios.** De hecho, el III Plan Director plantea orientar la asignación geográfica de la ayuda para el ciclo 2009-2012 en función de las oportunidades de impacto en desarrollo de la Cooperación Española, aplicando los principios y valores de la agenda de eficacia. Recoge por tanto los compromisos de la Agenda de Acción de Accra y aquellos asumidos fruto

## Anexo h. Criterios de selección para la priorización de países del sector salud de la AECID

del compromiso de la UE con la eficacia de la ayuda: el Consenso Europeo sobre Desarrollo y el Código de Conducta de la UE sobre Complementariedad y División del Trabajo. Este **marco de referencia** requiere:

(1) La **concentración progresiva de recursos en los Países Menos Avanzados (PMA)**, avanzando hacia el objetivo de destinar una ayuda equivalente al 0,15% de la RNB a los PMA, con una meta intermedia de al menos el 25% de la AOD geográficamente especificable a PMA antes de 2015, tal y como se recoge en el Pacto de Estado contra la Pobreza.

(2) La **concentración de la ayuda en un número limitado de países y sectores**. Tendencia a concentrar dos tercios de la AOD española en países del grupo A y un quinto de la misma en países del grupo B, de modo que para 2012 los países de los grupos A y B concentren alrededor del 85% de la ayuda especificada geográficamente.

El III Plan Director especifica que la concentración sectorial de la Cooperación Española se debería definir en el contexto de un Marco de Asociación que fije resultados de desarrollo y que tenga en cuenta al resto de actores presentes en el país.

(3) La **orientación de la ayuda de los países donantes hacia aquellas áreas en las que presentan una ventaja comparativa**.

(4) El **compromiso con los estados en situación de fragilidad**.

Así mismo, la reciente **Comunicación sobre el papel de la UE en la Salud Global** (el nuevo marco político de salud y cooperación de la Unión Europea impulsado por nuestra presidencia Europea), recalca la **necesidad de dar prioridad y aumentar el apoyo a los países que se encuentran en situación precaria, ayudar a los países con pocos donantes («países huérfanos») y a los que se encuentran más lejos de poder cumplir los ODM relacionados con la salud**. La UE tiene que aplicar este planteamiento sistemáticamente a través de canales bilaterales y de la participación en iniciativas mundiales y foros internacionales, ayudándoles a diseñar y aplicar políticas, estrategias y programas nacionales para avanzar más rápidamente hacia el logro de tales objetivos.

En principio, resulta coherente **priorizar los Países Menos Adelantados (PMA) y mantener la apuesta por el África Subsahariana** (sea de forma directa o delegada). También parece razonable **seguir cooperando en América Latina; aunque en el caso de los países de renta media sería necesario replantear estratégicamente la intervención**.

Este documento pretende **presentar una propuesta de países prioritarios en los que la Cooperación Española debería concentrar su ayuda oficial al desarrollo en materia de salud**.

## Anexo h. Criterios de selección para la priorización de países del sector salud de la AECID

### B) Metodología

El análisis de áreas geográficas y países de actuación se ha realizado en diferentes etapas en base a los criterios que se definen a continuación:

1º- **Revisión de la lista elaborada por la Comisión Europea mediante el concepto “NWAP” (Need, Willingness, Aid, Performance).** Dicho método clasifica los países según las siguientes variables:

- ▶ **Necesidades** económicas y sanitarias
  - Cálculo de la brecha potencial en financiación pública para la salud en caso de que se asignara el 15% del presupuesto nacional al sector salud
  - Análisis de indicadores de mortalidad en niños menores de 5 años, adultos, mortalidad materna, esperanza de vida y años de vida perdida por discapacidad (AVAD)
- ▶ **Predisposición** a destinar recursos financieros para la salud
  - Cálculo del gasto destinado a la salud respecto al porcentaje total de gasto del gobierno en 2007
- ▶ **Ayuda**
  - Nivel de ayuda en salud per cápita recibida respecto a la brecha potencial en financiación pública para la salud
- ▶ **Ejecución** mediante la medición de varios indicadores respecto a la financiación pública del sector salud
  - Atención al parto por personal cualificado
  - Mortalidad evitada en niños de menos de 5 años
  - Mortalidad materna evitada
  - Progreso en el ODM 4

2º- **Aplicación de los criterios establecidos en el III Plan Director para la selección de prioridades geográficas**

- ▶ **Indicadores de desarrollo**
  - La AOD española se orientará hacia aquellos países y regiones donde los niveles de pobreza y exclusión son mayores, Países Menos Adelantados, Países de Bajo Ingreso y Países de Renta Media Baja.
  - La AOD española se dirigirá también a países en situación de fragilidad, en cumplimiento de los compromisos de la agenda internacional de eficacia y en respuesta a escenarios donde la AOD provista de manera focalizada y a través de los instrumentos adecuados tiene un elevado potencial de impacto en la reducción de los efectos de las crisis (económicas, sociales, naturales) así como en la prevención de las mismas.

## Anexo h. Criterios de selección para la priorización de países del sector salud de la AECID

### ► **Presencia y capacidad institucional de la Cooperación Española delegada en el país socio**

- Se considera la presencia de los distintos actores así como de marcos de planificación estratégica de la Cooperación Española en el país como requisitos fundamentales para establecer una asociación para el desarrollo eficaz, basada en el conocimiento del contexto, en la capacidad de análisis in situ y en las lecciones generadas por la experiencia.
- Se valora además el grado de coordinación y la articulación de la estructura de la Cooperación Española en el país en torno a un marco estratégico común por el impacto que esto tiene en la eficacia del programa de cooperación.

### ► **Marco de Asociación posible en el país**

El marco de asociación posible de la Cooperación Española con el país viene a su vez definido por:

- **Potencial del país como socio de desarrollo:** en cumplimiento de los principios de alineamiento, apropiación democrática y gestión para resultados de desarrollo se valorará la relación del país socio (gobierno y sociedad civil) con su propio proceso de desarrollo (existencia de estrategias de lucha contra la pobreza participadas y aplicadas así como de foros de diálogo de políticas donantes socio efectivos), por la relación que guarda con las posibilidades de la AOD de generar resultados de desarrollo.
- **Posición relativa de la Cooperación Española con respecto a otros donantes:** en cumplimiento del principio de armonización se valorará el escenario de la comunidad de donantes en cada país, de cara a identificar oportunidades de coordinación y armonización, así como el papel que puede jugar la Cooperación Española en dicho escenario (donante activo o silencioso) para ser más eficaz en desarrollo.

De esta manera, según el III Plan Director para la elegibilidad de los países como socios se considerarán los criterios de pobreza y el valor añadido de la Cooperación Española en los términos descritos. Las condiciones que ofrece un país para establecer una asociación en términos de eficacia de la ayuda determinarán la categoría de cada país:

#### **Grupo A: Asociación amplia**

Países y áreas geográficas donde se den los criterios de pobreza y de valor añadido de la Cooperación Española anteriormente señalados y donde concurren las condiciones necesarias que pide la agenda de eficacia de la ayuda al país socio. La asociación se basará principalmente en la participación de la Cooperación Española en el diálogo de políticas y en un efectivo alineamiento con los planes de desarrollo que permita la canalización de elevados volúmenes de AOD, la ejecución a través de los mecanismos institucionales del país socio y el uso de los instrumentos más adecuados para lograr la máxima eficacia de la ayuda; la asociación implica los adecuados procesos de seguimiento y acompañamiento a la ejecución del plan de desarrollo.

## Anexo h. Criterios de selección para la priorización de países del sector salud de la AECID

### **Grupo B: Asociación focalizada**

Países y áreas geográficas donde **no** concurren las condiciones necesarias para un marco de asociación amplia, pero donde en función de los criterios de pobreza y de valor añadido de la Cooperación Española se presentan condiciones para nuestra asociación. Ésta se centrará en sectores concretos relevantes para el país socio bajo un único enfoque, asociado a una coyuntura específica, identificado conjuntamente y con un uso selectivo de instrumentos.

### **Grupo C: Asociación con países de renta media**

Países de renta media con mayor grado de desarrollo en los que la presencia de la Cooperación Española y el potencial del país como socio de desarrollo permiten el establecimiento de estrategias de asociación concretas, recogidas como compromisos en la agenda internacional de eficacia. La asociación con estos países es necesariamente diferente a la establecida con los países más pobres. De este modo, los recursos de AOD española concentrados en este grupo no supondrán más del 15% de la AOD asignable geográficamente, a través de un número reducido de instrumentos concretos.

**3º- Revisión de los países con programación operativa realizada y que han designado ya salud como sector prioritario.**

### C) Resultado del análisis sectorial de salud

La tabla 1 muestra el listado de países donde el área de salud de la AECID considera que se podría trabajar en salud como sector prioritario por orden de preferencia atendiendo a los criterios anteriormente citados.

Tabla 1. Selección países en bases a todos los criterios

Nº	País	Categoría Asociación	Corresponde CE
1	Mozambique	A	1
2	Níger	A	2
3	Mali	A	4
4	Senegal	A	5
5	Haiti	A	10
6	Etiopia	A	11
7	Mauritania	A	14
8	Guatemala	A	17
9	Honduras	A	20
10	Filipinas	A	21
11	Afganistán	B	3
12	Vietnam	A	22
13	Nicaragua	A	23
14	Paraguay	A	25
15	Bolivia	A	28
16	Perú	A	29
17	El Salvador	A	30
18	Marruecos	A	
19	Algeria	A	33
20	Pob. Saharaui	A	9

- Cabe destacar como positivo que **7 de los países seleccionados por la cooperación española para salud como prioritario se encuentran entre los 10 primeros países recomendados por los criterios de la Comisión Europea** (última columna de la tabla).
- Sin embargo **tan solo en Mali** (nuestro tercer país en prioridad de salud) **hay aplicación del código de conducta de división del trabajo de la UE.**
- En aras de asegurar el impacto de nuestra ayuda, el área de salud de la AECID recomienda que el **número de países con sector salud prioritario, no exceda el de esta lista de 20 países** y en todos los casos se deberían valorar el Código de Conducta de División de trabajo de la Unión Europea.