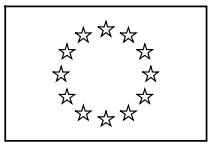


COMISIÓN DE LAS COMUNIDADES EUROPEAS

Bruselas, 22.03.2002
COM(2002) 129 final

COMUNICACIÓN DE LA COMISIÓN AL CONSEJO Y AL PARLAMENTO EUROPEO

La salud y la reducción de la pobreza en los países en desarrollo

RESUMEN

La presente Comunicación se formula en el contexto de la fijación de la reducción de la pobreza como objetivo central del esfuerzo global de desarrollo de la Comunidad y de la evolución de los planteamientos de la ayuda al desarrollo. Dicha Comunicación detalla la relación entre la salud y la pobreza, resume los elementos fundamentales de un planteamiento coherente de desarrollo para mejorar la salud y el bienestar y establece, por primera vez, un marco único de política comunitaria para guiar la inversión relativa a la salud, el SIDA y la población en el contexto de la ayuda europea global a los países en desarrollo.

Los objetivos sanitarios ocupan un lugar especial entre los Objetivos de Desarrollo del Milenio, a los que se han comprometido la Comunidad, los Estados miembros y la comunidad mundial. Hay un consenso cada vez mayor sobre los principios clave que prometen una ayuda al desarrollo más efectiva, el desarrollo sostenible y mejores resultados sanitarios para los pobres, emprendiéndose a este fin nuevos planteamientos a nivel nacional y a nivel mundial. Entre dichos principios clave, cabe mencionar los siguientes: mayor apropiación, por parte de los países en desarrollo, de las políticas de ayuda y mayor participación de esos países en la elaboración de tales políticas; reducción de la carga administrativa de los sistemas políticos y administrativos mediante una mayor coordinación de los donantes; utilización de planteamientos comunes de financiación con los países socios encargados de preparar su propia política de desarrollo en consulta con todas las partes interesadas (procesos de la estrategia de reducción de la pobreza); mayor desvinculación de la ayuda; descentralización y necesidad de los países socios de aproximarse al objetivo del 0,7 % del PNB. Esta política de salud y reducción de la pobreza gira en torno a dichos principios clave y, como tal, trata de contribuir al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

La presente Comunicación propone cuatro objetivos para el futuro apoyo comunitario: 1) mejorar los resultados en cuanto a la salud, el SIDA y la población a nivel nacional, especialmente entre los más pobres 2) maximizar las prestaciones sanitarias y minimizar los efectos sanitarios negativos potenciales de la ayuda comunitaria en otros sectores 3) proteger a los más vulnerables contra la pobreza a través del apoyo a mecanismos financieros sanitarios equitativos y justos y 4) invertir en el desarrollo de bienes públicos mundiales concretos.

La anterior inversión de la CE para mejorar los resultados sanitarios ha sido considerable y la actual dotación sobrepasa los 1.400 millones de euros. El claro nexo entre la mejora de la salud y la reducción de la pobreza justifica un nuevo desarrollo de la inversión a partir de esta amplia experiencia.

La futura inversión sanitaria se seguirá centrando en el nivel nacional, y la CE actuará a nivel regional y mundial, donde puede aportar un valor añadido particular. A nivel nacional la Comunidad empleará una gama de intervenciones complementarias que incluyen: un apoyo macroeconómico vinculado a la mejora de los resultados sanitarios, un apoyo a los sectores con mayor impacto en los resultados sanitarios y un apoyo directo al sector de la salud. La Comunidad se esforzará en hablar con una sola voz a todos los niveles y determinará maneras más efectivas de trabajar con todos los socios del desarrollo, incluido el sector privado.

Los desafíos particulares incluyen la ejecución de políticas sanitarias favorables a los pobres, procurando que los sistemas sanitarios sean más equitativos, garantizando un medio ambiente que sea compatible con un elevado nivel de salud humana y ampliando la protección social,

así como la operatividad de las nuevas asociaciones sanitarias público-privadas, la necesidad de una mayor inversión en bienes públicos mundiales concretos y la supervisión de los resultados.

Se invita al Consejo y al Parlamento Europeo a trabajar con la Comisión para avanzar en la dirección apuntada en la presente Comunicación, con el fin de contribuir a prestar un apoyo continuo en el ámbito de la salud y la reducción de la pobreza en los países en desarrollo.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN 5

2. SALUD Y POBREZA - ARGUMENTOS PARA INVERTIR EN EL ÁMBITO DE LA SALUD 5

3. ENTORNO MUNDIAL EN EL ÁMBITO DE LA SALUD 7

4. HACIA UNA AYUDA MÁS EFECTIVA AL DESARROLLO EN EL ÁMBITO DE LA SALUD 9

5. CONTRIBUCIÓN DE LA CE A UNA SALUD MEJOR 13

6. SUPERVISIÓN DE LAS INVERSIONES Y DE LOS EFECTOS DE LA AYUDA COMUNITARIA AL DESARROLLO EN EL ÁMBITO DE LA SALUD 21

7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES 24

Anexo 1: Objetivos de Desarrollo del Milenio 26

Anexo 2: Evolución de la política de la CE en el ámbito de la salud, el SIDA y la población (1990-2000) 28

Anexo 3: Causas principales de morbilidad y mortalidad en los países en desarrollo 29

Anexo 4: Planteamientos del desarrollo 30

Anexo 5: Principales instrumentos de financiación de la ayuda de la CE en el ámbito de la salud, el SIDA y la población 31

Anexo 6: Resumen de la política de desarrollo de la CE, de las inversiones de los Estados miembros de la UE y de las políticas de desarrollo en el ámbito de la salud 35

1. INTRODUCCIÓN

La salud es un determinante clave del crecimiento económico y del desarrollo, mientras que la mala salud es tanto una causa como un efecto de la pobreza. Al principio del siglo XXI la salud mundial es mucho peor de lo que hubiera podido ser. Los países en desarrollo padecen una enorme carga de enfermedades, gran parte de las cuales podría ser evitada o manejada con las intervenciones disponibles. Estos efectos negativos de mala salud y muerte prematura afectan de manera desproporcionada a los pobres. En muchos países la situación se está deteriorando, produciéndose en los países más afectados un retroceso en materia de salud y de desarrollo con respecto a las últimas décadas. Este declive constituye una crisis de la salud pública y un importante desafío para la comunidad internacional en lo que respecta al desarrollo. La mejora de la salud de los pobres supone una contribución vital a los esfuerzos para reducir la pobreza y un imperativo moral.

Una orientación política actual para la inversión relativa a la salud, el SIDA y la actividad de la población figura en una serie de comunicaciones y resoluciones comunitarias que datan de 1994. La evolución de los planteamientos de la ayuda al desarrollo en los contextos europeo y mundial, y la relación cada vez más evidente entre la salud y la pobreza, autorizan una revisión de esta orientación. La política comunitaria de desarrollo de 2000 estableció la reducción de la pobreza como el objetivo primordial de la ayuda al desarrollo de la Comunidad. La política de la Comunidad en lo que respecta al desarrollo sostenible concede claramente especial importancia a la salud como indicador de la mejora de la situación socioeconómica y como requisito previo del necesario equilibrio socioeconómico en que se sustenta el desarrollo sostenible. La convergencia cada vez mayor de los objetivos de desarrollo de la UE en torno a los Objetivos de Desarrollo del Milenio ofrece una buena oportunidad para incrementar la coordinación de las políticas y planteamientos de la Comunidad y los Estados miembros en lo que respecta a la salud.

La inversión comunitaria en conocimientos y apoyo a las políticas y programas sobre salud, SIDA y población en los países en desarrollo ha sido considerable, con una dotación actual comunitaria de salud y desarrollo de 1.400 millones de euros (sección 6). Esta extensa experiencia garantiza la continuación y el incremento de la inversión para mejorar los resultados sanitarios mediante un planteamiento multisectorial a nivel nacional y mediante esfuerzos adicionales a nivel regional y mundial.

La presente Comunicación expone la relación entre la salud y la pobreza, resume los elementos fundamentales de un planteamiento coherente de desarrollo para mejorar la salud y el bienestar y establece, por primera vez, un marco único de política comunitaria para orientar el apoyo futuro en el ámbito de la salud, el SIDA, la población y la pobreza en el contexto de la ayuda global de la CE a los países en desarrollo[1].

2. SALUD Y POBREZA - ARGUMENTOS PARA INVERTIR EN EL ÁMBITO DE LA SALUD

Los pobres carecen de recursos, de oportunidades y de la posibilidad de aprovechar su potencial. Viven en condiciones inseguras y marginales y tienen una capacidad limitada de

[1] Lista del CAD de países y territorios en desarrollo. Beneficiarios de la AOD a partir de enero de 2001.

soportar embates. Casi la mitad de la población mundial vive con menos de 2 USD al día. El acceso limitado a la educación restringe las posibilidades de empleo y de acceso a la información que podría incrementar su bienestar. La exclusión geográfica y social limita aún más el acceso a los empleos y mercados. La mala salud y la muerte prematura debidas a la desnutrición, a la escasa higiene, a la falta de agua limpia, a formas de vida malsanas y a una atención sanitaria inadecuada suponen una pérdida significativa de capital humano. Todos los indicadores sociales son peores en el caso de los pobres, siendo a menudo las mujeres y las muchachas las más perjudicadas.

La salud de las personas y de las poblaciones es un importante determinante del crecimiento económico y el desarrollo social. Hay una estrecha correlación entre las inversiones en el ámbito de la salud pública, la mejora de los resultados sanitarios y el crecimiento económico. La mejora de la salud mejora la calidad de vida, aumenta las oportunidades y protege la existencia. Hay una relación similar entre el estado del medio ambiente y la salud de las personas que se hallan en ese entorno ambiental. A medida que mejora la salud, los padres invierten más en educación. La mejora del desarrollo intelectual y el bienestar físico lleva a una productividad laboral más elevada y a una renta per cápita cada vez mayor y amplía la vida económicamente productiva de los individuos. Las mejoras sanitarias llevan a índices más bajos de fertilidad y a una reducción de los coeficientes de dependencia. Los índices de mortalidad infantil son particularmente sensibles a la seguridad económica, asociándose los niveles bajos de mortalidad infantil con los niveles altos de crecimiento económico y los índices reducidos de aumento de la población. Una población sana puede mejorar el bienestar social y la estabilidad macroeconómica gracias a recaudaciones tributarias cada vez mayores y a la reducción de la carga de los gastos sanitarios.

La mala salud favorece la pobreza, a través de una variedad de mecanismos directos e indirectos. La mala salud, la desnutrición y un índice elevado de fertilidad hacen que las familias caigan en la pobreza o se mantengan en ella. Los pobres padecen la máxima carga de enfermedades contagiosas, los máximos niveles de fertilidad, a menudo para compensar altos índices de mortalidad infantil, y los máximos índices de mortalidad infantil y materna. Tienen el mínimo acceso a la atención sanitaria oficial y tienden a infrautilizar los servicios sanitarios disponibles, particularmente los servicios preventivos, que no son adecuados para responder a sus necesidades inmediatas. Los pobres tienen poca capacidad para hacer frente financieramente a enfermedades catastróficas, que puede sumirlos en deudas y en una profunda pobreza de la que es difícil escapar. En Asia Oriental, el 50% de las crisis financieras familiares son provocadas por este tipo de acontecimientos. Los pobres son también los más vulnerables a los choques ambientales de origen natural y humano. A menudo viven en zonas ecológicamente frágiles y estos choques pueden llevarlos a una mayor pobreza.

Una pesada carga de enfermedades reduce el crecimiento económico y limita aún más los recursos de que disponen los Gobiernos para invertir en el ámbito de la salud pública o los esfuerzos para reducir la pobreza. El Banco Mundial calcula que muchos países africanos pierden entre un 0,5% y un 1,2% de crecimiento per cápita anual debido únicamente al VIH/SIDA, si bien el impacto total no se ha podido calcular completamente. El paludismo en el África subsahariana causa directamente un 7,4% de pérdida del PNB total. Hay una convencimiento cada vez mayor, que ha podido documentarse más a fondo gracias al

concienzudo trabajo llevado recientemente a cabo por la Comisión sobre macroeconomía y salud de la OMS (CMH)[2], de que el grado y la duración de estos efectos son mucho más profundos de lo que se creía. El rendimiento total de las inversiones sanitarias en los países en desarrollo es calculado por la CMH en un 18% anual. Por otra parte, la CMH calcula que un esfuerzo importante a nivel mundial para hacer frente a las enfermedades evitables generaría como mínimo 168.000 millones de USD anuales de ingresos extras. Cálculos más concretos arrojan, por ejemplo, ahorros a nivel mundial de 1.500 millones de USD anuales una vez se haya erradicado la poliomielitis y se hayan suprimido todas las medidas de control[3]. Estos cálculos no incluyen los beneficios adicionales de la mejora de las perspectivas de crecimiento económico.

3. ENTORNO MUNDIAL EN EL ÁMBITO DE LA SALUD

Mejoras en el ámbito de la salud a nivel mundial, pero beneficios desiguales y nuevas amenazas

Los 40 últimos años han conocido **mejoras sin precedentes en el ámbito de la salud** a nivel mundial. La esperanza de vida, particularmente en los países en desarrollo, se ha incrementado, la fertilidad ha disminuido, los índices de mortalidad infantil se han reducido a la mitad, los índices de desnutrición han disminuido en un tercio, y el porcentaje de población con acceso al agua potable se ha duplicado, pasando a ser del 70%. Se han producido grandes éxitos en lo tocante a la salud pública; se ha erradicado la viruela, y es posible que pronto ocurra lo mismo con la poliomielitis. **Sin embargo, no se han repartido uniformemente los beneficios.** En gran parte del mundo en desarrollo, la mortalidad infantil sigue siendo 20 veces superior a la de los países desarrollados, abundan la desnutrición y las enfermedades, y la mitad de la población no tiene acceso al agua potable ni a las instalaciones sanitarias.

La **mundialización** ofrece un enorme potencial, pero supone también retos considerables para todas las sociedades, tanto las desarrolladas como las que están en desarrollo. La salud se podría mejorar más a través de una mayor distribución del conocimiento, un acceso más amplio de los países en desarrollo a los mercados mundiales, una mayor inversión en el ámbito de la salud, la educación y la seguridad alimentaria y el desarrollo de nuevas tecnologías para salvar vidas humanas. Sin embargo, también hay graves amenazas para la sociedad, el medio ambiente y la salud, como la pandemia del VIH/SIDA, el rápido incremento de la resistencia microbiana y la aparición o el resurgimiento de enfermedades infecciosas, la migración de la mano de obra experta, la degradación ambiental, la erosión de las prácticas tradicionales y el acceso a los medicamentos de precios asequibles. El **desafío del desarrollo sostenible** es más grave en los países en desarrollo. La insuficiente determinación a la hora de abordar las desigualdades más graves entre los países y dentro de ellos no sólo constituye un fracaso en sí misma, sino que también puede socavar los avances obtenidos hasta ahora.

---

2 *Comisión sobre macroeconomía y salud, informe provisional,* octubre de 2001, *Informe final,* diciembre de 2001.

3 Los análisis económicos de la erradicación de las enfermedades siguen siendo problemáticos y un tanto polémicos. Esta cifra proviene del análisis más completo disponible, aunque se centra fundamentalmente en los costes y beneficios de los países industrializados. Fuente: Documentos temáticos, La erradicación de las enfermedades como estrategia de salud pública: OMS 2000 78(3).

Condiciones que ejercen una influencia en el ámbito de la salud y el bienestar de los pobres

La mayor parte de la carga de las enfermedades de los pobres está representada por la persistencia de un elevado número de víctimas de enfermedades y de muertes prematuras debido a un escaso número de condiciones evitables o manejables:

1) Las **enfermedades contagiosas,** incluidos el VIH/SIDA, el paludismo, la tuberculosis, las infecciones respiratorias agudas, las enfermedades diarreicas, las enfermedades parasitarias y las enfermedades evitables con una vacuna, todas las cuales afectan desproporcionadamente a los pobres; 2) la **salud de la función reproductora,** incluidas las infecciones transmitidas sexualmente, el aborto y la salud materna, que afectan especialmente a las mujeres pobres; 3) las **deficiencias alimentarias,** que afectan especialmente a los niños pobres; 4) las **enfermedades relacionadas con estilos de vida,** particularmente las causadas por el uso cada vez mayor del tabaco en los países en desarrollo. Las características y la escala de estas condiciones se pormenorizan en el anexo 3.

Los problemas adicionales relacionados con la carga de las enfermedades y el bienestar de los pobres son los siguientes:

Los **altos niveles de crecimiento de la población** provocan una enorme tensión en las sociedades, incluidas muchas de las que soportan la carga más pesada de la enfermedad. La población mundial se ha triplicado, pasando de 2.000 millones a 6.100 millones en los 70 últimos años[4], y alcanzará 9.300 millones en 2050, produciéndose el 95% de este crecimiento en los países en desarrollo. El rápido crecimiento de la población lleva a una reducción de la inversión familiar en cada hijo, lo que afecta a las perspectivas sanitarias y de educación, produce niveles más bajos de producción de alimentos y perjudica al medio ambiente. Se incrementará el número de ancianos, de pobres y de jóvenes menores de 18 años, que constituyen el 50% de la población de los países en desarrollo.

La **salud en función del sexo.** Alrededor del 70% de los pobres del mundo son mujeres y muchachas[5]. Tienen peor salud y menos probabilidades de acceder a los servicios sanitarios y siguen un ciclo de mala salud, de embarazos con una elevada morbilidad y mortalidad y de duro trabajo. Los resultados de los embarazos constituyen el ejemplo más claro de la desigualdad vinculada a la salud en función del sexo. Cada muerte materna produce una incapacidad adicional, una persistencia de la mala salud y un impacto duradero en la familia. Hay una importante correlación entre la educación femenina y la utilización de los servicios sanitarios (reproductivos), el estado de salud y la mortalidad infantil de las generaciones posteriores, pese a lo cual las muchachas tienen menos probabilidades de acceder a la educación que los muchachos. La educación ejerce una influencia positiva en los aspectos relacionados con las diferencias entre los sexos y la capacidad de tomar decisiones con la suficiente información previa.

Los **factores ambientales** son responsables del 20% de la carga total de las enfermedades en el mundo en desarrollo y del 30% en el África subsahariana. La falta de acceso al agua potable y a los servicios sanitarios a precios asequibles es una causa importante de la mala salud y de las enfermedades de riesgo mortal en los países en desarrollo. Las enfermedades relacionadas

---

4 *FNUAP, Estado de la población mundial, 2001.*

5 *PNUD,Informe sobre el desarrollo humano: igualdad entre hombres y mujeres y desarrollo humano, 1995.*

con el agua producen la muerte de unos tres millones de personas al año, sobre todo niños, y la mejora del acceso al agua potable constituye la prioridad sanitaria más importante para los pobres. Sin una acción específica que fomente la mejora del suministro y la utilización de la energía, el crecimiento de la población incrementará los niveles de emisión de gas de efecto invernadero al aumentar el consumo de energía, contribuyendo al cambio climático. Consecuencia de ello será la mayor difusión de enfermedades propagadas por vectores, lo que tal vez incluya la reaparición del paludismo en zonas en las que se había erradicado y un riesgo cada vez mayor de inundación, degradación del suelo y conflictos.

El uso cada vez mayor de fertilizantes y pesticidas, necesarios para incrementar los rendimientos de las cosechas, seguirá perturbando el equilibrio ecológico. La pérdida a nivel mundial de biodiversidad está también socavando la salud y la capacidad de producción. La quema de la biomasa tradicional para la cocina y la calefacción supone más de la mitad de la energía consumida en numerosos países en desarrollo e implica un grave riesgo para la salud, particularmente para las mujeres y los niños, debido a la mala calidad resultante del aire del interior de las casas como consecuencia del humo. La inexistencia o falta de control de las repercusiones ambientales de la industrialización pueden entrañar directa o indirectamente riesgos adicionales para la salud de las personas. Todas estas tendencias negativas tienen un impacto desproporcionado en las oportunidades presentes y futuras de sustento de los pobres, que dependen excesivamente de los ingresos derivados de los recursos ambientales primarios.

La **actual inversión en el ámbito de la salud en los países en desarrollo,** que ejerce una influencia en intervenciones que incluyen la salud pública, los servicios sanitarios personales y la educación, es insuficiente y a menudo ineficaz. Los países en desarrollo se enfrentan a opciones difíciles, en que los presupuestos no alcanzan el mínimo requerido para ofrecer un sistema sanitario mínimo a la población. Las políticas y los planes son a menudo demasiado ambiciosos, carecen de recursos y no pueden dar prioridad a las intervenciones con mejores resultados de cara a la salud y a la reducción de pobreza. Los costes necesarios para proporcionar servicios sanitarios permiten hacerse una idea más clara de la situación. La CMH calculó que sería necesario dedicar 30-40 USD per cápita anuales a inversiones públicas para ofrecer un sistema sanitario estrictamente mínimo capaz de reducir perceptiblemente las muertes evitables en los países de renta baja[6]. La OMS llegó a una cifra de 60 USD[7] para un sistema sanitario más completo. Compárense estas cifras con un nivel medio de gastos de 11 USD anuales[8] en los 49 países menos desarrollados. Si bien hay grandes variaciones, los recursos son claramente insuficientes. Ha sido muy alabado el compromiso de los líderes africanos en la cumbre de Abuja[9] de asignar el 15% de los presupuestos nacionales a la salud. Sin embargo, el proceso de incrementar los ingresos nacionales y utilizarlos para los sectores sociales necesitará un apoyo mucho mayor de la comunidad internacional, hasta que se haya alcanzado un nivel sostenible de desarrollo.

---

6 *Comisión sobre macroeconomía y salud,* 2001. Nota: no se incluyen elementos importantes, como la planificación familiar, los hospitales terciarios y las urgencias, que también deberían formar parte de cualquier sistema sanitario totalmente funcional. Países de renta baja - PNB per cápita inferior a 760 USD en 1998.

7 *Informe sanitario mundial, 2000.*

8 *Comisión sobre macroeconomía y salud,* 2001. Nota: se incluyen las inversiones totales de los sectores público y privado y de los donantes.

9 Cumbre africana sobre el VIH/SIDA, la tuberculosis y otras enfermedades infecciosas relacionadas, Abuja, abril de 2001.

4. HACIA UNA AYUDA MÁS EFECTIVA AL DESARROLLO EN EL ÁMBITO DE LA SALUD

Reducción de la pobreza como objetivo central y metas internacionales bien definidas

La salud y la necesidad de mejorar radicalmente los resultados sanitarios para los pobres ocupan un lugar muy importante en el orden del día del desarrollo internacional, y se les ha prestado especial atención en los principales **foros internacionales de desarrollo** de los últimos años, incluidas las conferencias de las Naciones Unidas y las sesiones especiales de las Naciones Unidas de El Cairo, Pekín y Copenhague y Nueva York y las cumbres del G8. La cumbre de Johannesburgo brinda otra oportunidad de relacionar más la salud con el desarrollo sostenible a nivel mundial y, en especial, de demostrar la experiencia de la UE en el ámbito del desarrollo sostenible. Más recientemente, los miembros de la Organización Mundial del Comercio han afirmado que el Acuerdo ADPIC[10] no impide, ni debe impedir, a los Estados miembros tomar medidas para proteger la salud pública.

La mayor parte de los gobiernos y de las organizaciones internacionales se han comprometido a conseguir un grupo de ocho ambiciosos e interrelacionados **Objetivos de Desarrollo del Milenio** (anexo 1). El núcleo de estos objetivos lo constituye la reducción en un 50% de la proporción de personas que viven en condiciones de extrema pobreza para 2015. Los objetivos sanitarios ocupan una posición muy importante, resaltando el vínculo entre la reducción global de la pobreza y las inversiones sanitarias. Según las tendencias actuales, los objetivos sólo podrán conseguirse con una utilización más efectiva de las intervenciones actuales, junto con considerables aumentos en la inversión y la aplicación de planteamientos e incentivos más efectivos de cara a la salud pública. El trabajo subsiguiente sobre el modo de alcanzar los objetivos y las metas y convertir el compromiso internacional en una estrategia con indicadores sanitarios intermedios y nacionales es un proceso que se halla en curso y que requiere una supervisión constante y una evaluación periódica; dicho trabajo figura más pormenorizadamente en la sección 6.

Mejora de la eficacia del desarrollo en el ámbito de la salud

Planteamientos de desarrollo

Diversos planteamientos que se están poniendo actualmente en práctica tanto a nivel nacional como a nivel mundial ofrecen el potencial necesario para ofrecer una ayuda al desarrollo más efectiva y unos mejores resultados sanitarios para los pobres. En el anexo 4[11] se incluyen más detalles explicativos sobre los planteamientos de desarrollo.

Al nivel nacional, la **potenciación** de la **apropiación**, la **buena gobernanza y** la **administración** son requisitos previos fundamentales para la eficacia y la eficiencia del desarrollo. El potencial para una mayor **coherencia política** entre los sectores es suministrado por la creciente adopción de **estrategias de reducción de la pobreza** (reflejadas en los marcos nacionales de desarrollo o, cuando así procede, en los **documentos de estrategia de**

---

[10] Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio y Declaración Ministerial de la OMC sobre el Acuerdo ADPIC y la Salud Pública aprobada en Doha el 14 de noviembre de 2001, apartado 4.

[11] Para mayor información sobre los principios clave relativos a los compromisos de reducción de la pobreza y desarrollo consagrados en la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas, véase el informe del *Grupo de Alto Nivel sobre la Financiación del Desarrollo*, elaborado por E. Zedillo, sesión nº 55 de la AGNU, 26.7.2001.

reducción de la pobreza como marco para orientar la ayuda al desarrollo de todos los donantes. La estrategia de reducción de la pobreza permite asegurarse de que las políticas e inversiones pertinentes en **sectores que tienen un impacto en el ámbito de la salud,** como por ejemplo la educación, la seguridad alimentaria, el acceso al agua potable y los servicios sanitarios, las fuentes no contaminantes de energía doméstica, las políticas relativas a la fiscalidad, el comercio y la inversión, y los microcréditos, son coherentes y favorecen una mejora de la salud. A nivel mundial es necesario promover la **coherencia política de las políticas e instituciones de desarrollo internacional** y de las normas y los tratados multilaterales sobre comercio e inversión, desarrollo económico, medio ambiente, protección de la propiedad intelectual y políticas laborales.

El creciente apoyo a los planteamientos a nivel sectorial ofrece un nuevo potencial para aumentar la eficacia y eficiencia de la ayuda, por más que la experiencia de tales planteamientos sea aún limitada y no sean intrínsecamente favorables a los pobres. Asimismo, para que la ayuda sea más eficaz, son necesarias la armonización de las políticas y los procedimientos operativos de los donantes, una mejor orientación de la ayuda, una concentración de los donantes que permita a cada uno de ellos aportar el máximo valor añadido, una mayor **desvinculación de la ayuda al desarrollo** y una mayor **reducción de la deuda**[12].

Políticas sanitarias favorables a los pobres

Los Gobiernos deben **asegurarse de que las políticas sanitarias sean coordinadas y favorables a los pobres**. El suministro de servicios sanitarios personales y no personales asequibles, la promoción de políticas en otros sectores con un impacto **en el ámbito de la salud** y con beneficios particulares para los pobres, y los mecanismos financieros justos que reduzcan la carga de la utilización de los servicios sanitarios forman todos ellos parte de una política sanitaria favorable a los pobres.

Las estrategias favorables a los pobres incluyen la orientación de los servicios hacia los pobres, la lucha contra las enfermedades originadas por la pobreza y/o la reasignación de los recursos en favor de las zonas geográficas más pobres. Las intervenciones clásicas de salud pública son intrínsecamente favorables a los pobres. Cabe citar como ejemplos el control del medio ambiente, el suministro de información pública sobre los riesgos sanitarios, la reglamentación de los proveedores de servicios sanitarios, los programas de enriquecimiento de los alimentos, el acceso al agua potable y la seguridad en el lugar de trabajo.

La ampliación de la protección social, incluidos unos **mecanismos financieros justos y equitativos**, deberán eliminar las barreras, fomentar la utilización de servicios por los pobres y protegerlos contra los riesgos de empobrecimiento debidos a los gastos sanitarios. En la mayor parte de los países pobres la atención sanitaria se financia insuficientemente mediante los impuestos. Los limitados recursos disponibles han llevado a muchos países a compartir los gastos con redes de seguridad social para asegurarse de que los servicios básicos siguen siendo asequibles. Deben reducirse gradualmente los pagos de los pobres de su propio bolsillo y deben compartirse más ampliamente los riesgos a través de sistemas de seguros comunitarios, privados, sociales y nacionales. Es importante procurar que el gasto público se

[12] La persistencia de la carga de la deuda obstaculiza los esfuerzos de desarrollo, y la iniciativa para los países pobres muy endeudados (PPME), puesta en marcha en 1996, aspira a reducir la carga de la deuda en los países más pobres y endeudados del mundo mediante ahorros de la deuda asignados a las inversiones en los sectores sociales.

centre en las actividades que sean más adecuadas para mejorar los resultados sanitarios para los pobres y que las asignaciones presupuestarias reflejen la distribución de la población, la carga de la enfermedad, el coste del suministro de servicios y los niveles de pobreza.

Un entorno medioambiental saludable

Puede mejorarse la salud controlando más eficazmente el medio ambiente, sobre todo la calidad del agua y del aire, y aumentando la ayuda para la gestión de la contaminación producida por la industrialización, que suele ser objeto de escasos controles.

Fomento de la responsabilidad empresarial

Durante estos últimos años se ha producido un crecimiento sustancial de la circulación de capitales en el mundo, lo que ha traído consigo que la inversión directa extranjera sea actualmente más de tres veces superior al nivel de la ayuda al desarrollo. Las sociedades transnacionales pueden efectuar una contribución significativa al desarrollo económico en los países en desarrollo. Las repercusiones positivas de estas inversiones en el desarrollo sostenible en general y en las normas sociales en particular pueden optimizarse con una reglamentación apropiada que anime a dichas sociedades a adherirse a unas normas más rigurosas de responsabilidad social empresarial. Una manera de estimular la buena práctica consiste en alentar a las empresas europeas a trabajar con las directrices de la OCDE para inversores extranjeros[13].

Inversión de la disminución de la ayuda global al desarrollo

Se está llevando a cabo un esfuerzo nuevo y concertado por parte de la Comunidad y los Estados miembros para cumplir el ya antiguo compromiso de asignar el 0,7% del PNB al desarrollo (declaración del Consejo de noviembre de 2001). Los niveles de ayuda han disminuido durante gran parte de la década de los 90, de modo que en el año 2000 los donantes sólo destinaban el 0,22% del PNB (53.060 millones de USD)[14] a los esfuerzos de desarrollo. La UE contribuye con el 0,33% del PNB (25.400 millones de USD). No se ha asignado una proporción suficiente de este apoyo de desarrollo a los países que más lo necesitan; la ayuda a los países más pobres en 1999 sólo supuso el 0,06% del PNB de los donantes. Conseguir el objetivo del 0,7% podría liberar anualmente un importe adicional de 125.000 millones de USD. Los cálculos del Banco Mundial indican que el objetivo básico de reducir la pobreza al 50% para 2015 requeriría una duplicación de los flujos de la AOD.[15]

Inversiones en bienes públicos mundiales

Cada vez recibe mayor reconocimiento la importancia de los bienes públicos mundiales concretos, sobre todo en lo que respecta a la necesidad de impulsar la investigación y el desarrollo de nuevos productos. Ello requerirá incentivos para la industria, nuevos planteamientos y asociaciones innovadores y nuevos instrumentos financieros. Actualmente menos del 10% de los presupuestos de investigación sanitaria de los sectores público y privado se dedica a problemas sanitarios en los países en desarrollo. Solamente el 2% de la financiación mundial de la investigación y el desarrollo se dedica a la investigación de las

---

13 Orientaciones de la OCDE para las empresas multinacionales: revisión de 2000.

14 *Comité de Ayuda al Desarrollo (CAD) de la OCDE,* abril de 2000.

15 *Financiación para el desarrollo.* Informe elaborado por el Banco Mundial y el FMI, agosto de 2001.

principales enfermedades contagiosas.[16] No obstante, las inversiones en la elaboración de, por ejemplo, una vacuna contra el SIDA o en la erradicación de la poliomielitis son una prueba del modo en que los recursos pueden beneficiar a todas las sociedades, por lo que no deben proceder únicamente de la ayuda existente al desarrollo o de la financiación pública. Entre las principales necesidades se incluyen las vacunas y los nuevos medicamentos y diagnósticos para el VIH/SIDA, el paludismo y la tuberculosis. El programa comunitario de lucha contra las enfermedades transmisibles aboga por hacer especial hincapié en los bienes públicos mundiales, junto con otras medidas de aumento de la eficacia de las intervenciones existentes y la asequibilidad de los medicamentos. La financiación comunitaria de la elaboración clínica de vacunas contra el SIDA y el paludismo establecida en el último programa marco es un buen ejemplo de la inversión comunitaria en los bienes públicos mundiales.

Asociaciones público-privadas

Ha aparecido un número cada vez mayor de **asociaciones público-privadas** mundiales que abordan los principales desafíos a la salud pública y hacen frente a problemas concretos. Cabe citar como ejemplos la recién creada asociación para erradicar la tuberculosis (STOP), la asociación para frenar el paludismo ("Roll Back Malaria"), la iniciativa internacional de la vacuna contra el SIDA (IAVI) y la operación "Medicamentos contra el paludismo" ("Medicines for Malaria Venture"). Muchas de las agrupaciones europeas de investigación y desarrollo de vacunas financiadas dentro del V Programa Marco son asociaciones público-privadas efectivas que tienen uno o varios socios industriales privados. La fundación filantrópica Gates ha financiado en gran parte la Alianza mundial para las vacunas y la inmunización (GAVI), que está revitalizando los esfuerzos internacionales para la vacunación. El Fondo global que acaba de ser creado para luchar contra el VIH/SIDA, la tuberculosis y el paludismo es la más reciente de estas asociaciones internacionales. Algunas de estas asociaciones han comenzado a producir resultados, pese a lo cual persiste el riesgo de que una multitud de sistemas diferentes, cada uno de ellos centrado en un problema o una enfermedad distintos, plantee problemas de coherencia.

En general, las asociaciones público-privadas están desempeñando un papel cada vez mayor a nivel nacional, potenciando los procesos nacionales y creando sistemas sanitarios equitativos.

5. CONTRIBUCIÓN DE LA CE A UNA SALUD MEJOR

El objetivo de la **política de desarrollo de la Comunidad Europea**[17], tal y como se señala en la Declaración Conjunta de noviembre de 2000 (anexo 6) es contribuir a la reducción de la pobreza por medio del apoyo a un desarrollo económico, social y medioambiental sostenible y a la integración de los países en desarrollo en la economía mundial. Los **principios fundamentales** de la ayuda y de las políticas en favor de los pobres para crear el entorno adecuado para el crecimiento y la reducción de la pobreza se exponen en la sección 4. En la presente sección se destacan las prioridades fijadas por la Comunidad para conseguir una mejor salud a nivel nacional, regional y mundial y establecer nuevos métodos de trabajo con los Estados miembros y otros socios, incluidos los organismos multilaterales, las Naciones Unidas, la sociedad civil y el sector privado.

---

16 Foro global de investigación sanitaria, 1999.

17 *La política de desarrollo de la Comunidad Europea, COM (2000) 212.*

Marco general de la política comunitaria de salud y de reducción de la pobreza. Una mayor inversión para conseguir una mejor salud

La **política comunitaria actual de apoyo en el ámbito de la salud, el SIDA y la población** está recogida en una serie de comunicaciones y resoluciones adoptadas desde 1994 (anexo 2). Con el paso del tiempo, el objeto de la ayuda ha ido evolucionando desde el desarrollo de las infraestructuras sanitarias hasta la prestación de servicios básicos de salud, el desarrollo institucional y el desarrollo de los recursos humanos. El apoyo específico a la política y los programas relativos al VIH/SIDA ha sido un rasgo constante, mientras que el apoyo general se centró en la adquisición de medicamentos esenciales, la rehabilitación, la financiación de la salud y el fortalecimiento de los sistemas sanitarios.

Más recientemente, la Comunidad Europea ha adquirido experiencia a nivel nacional, aplicando planteamientos sectoriales y de cofinanciación o puesta en común de financiaciones con otros donantes, y a nivel mundial en la formulación de políticas y estrategias, con lo que ha contribuido a la política internacional y la coherencia exterior. La Comisión ha desempeñado cada vez más un papel de coordinación a nivel de la Unión Europea para las cuestiones de salud y ha establecido una estrecha cooperación con la sociedad civil y un diálogo con el sector privado. El programa comunitario sobre enfermedades transmisibles en el marco de la reducción de la pobreza, publicado en febrero de 2001, refleja esa labor.

Los objetivos generales de la política comunitaria de salud y pobreza son los siguientes:

- mejorar, a nivel nacional, los resultados obtenidos en el ámbito de la salud, el SIDA y la población, sobre todo en lo que respecta a los más pobres

- maximizar los beneficios de la salud y minimizar los potenciales efectos negativos sobre la salud de la ayuda comunitaria en otros sectores

- proteger de la pobreza a los más vulnerables apoyando mecanismos equitativos de financiación de la salud

- invertir en el desarrollo de determinados bienes públicos mundiales.

Para lograr dichos objetivos, la Comunidad Europea ha fijado una serie de prioridades que están estrechamente relacionadas y se refuerzan mutuamente y respecto a las cuales las intervenciones comunitarias tienen un valor añadido especial. El nivel nacional seguirá siendo el marco principal en el que se efectuarán las inversiones comunitarias en el ámbito de la salud, y el apoyo a actividades a nivel regional y mundial potenciará y complementará los objetivos relacionados con la salud de los países y las comunidades. Se espera que, en conjunto, las intervenciones comunitarias aumenten. Por otra parte, la Comunidad pondrá mayor empeño en hablar con una sola voz (Comunidad y Estados miembros) a nivel nacional y regional y en los foros internacionales.

Nivel nacional

La Comunidad tiene asociaciones sólidas y a largo plazo con la mayor parte de los países en desarrollo y está presente en ellos. La Comunidad prestará un apoyo a largo plazo a las políticas y prácticas que puedan conseguir los mejores resultados en lo que respecta a la salud de los pobres y establecerá prioridades de actuación en los siguientes ámbitos que afectan a los pobres de manera desproporcionada:

- fomento de la salud pública, en especial la labor de prevención, incluidas la educación y la información sobre la propagación de enfermedades, y el control del tabaco

- fortalecimiento de los sistemas sanitarios, con el fin de mejorar el acceso a servicios de calidad

- establecimiento de sistemas de financiación de la salud y protección social favorables a los pobres

- enfermedades transmisibles, en especial la integración del VIH/SIDA, así como el paludismo y la tuberculosis

- salud y derechos en el ámbito de la sexualidad y la reproducción, en especial la salud materna.

Estos aspectos se tratarán con las siguientes medidas:

- aplicar un planteamiento global de la programación a nivel nacional, vinculando lo más posible todos los recursos e instrumentos en apoyo de un marco de política sanitaria nacional

- fortalecer, a nivel nacional, del diálogo de política macroeconómica en relación con los sectores sociales, especialmente la salud y la educación, a fin de mantener y, si es posible, aumentar los presupuestos del sector social y conseguir una distribución más equitativa de los mismos

- conseguir que en los informes estratégicos nacionales se reflejen los principios básicos del apoyo de la CE/UE en materia de salud, SIDA y población en los países en desarrollo[18]

- garantizar la coherencia, en la planificación de la política y la elaboración y aplicación de los programas y proyectos, entre el sector de la salud y otros sectores que afectan especialmente a los resultados en lo que respecta a la salud

- mantener y, cuando sea posible, incrementar la ayuda en el ámbito de la salud en los países en desarrollo

- potenciar el apoyo al desarrollo de los recursos humanos y al desarrollo institucional

- prestar un mayor apoyo al control de las dotaciones presupuestarias nacionales del sector social y mejorar los resultados sanitarios en el marco del proceso de los documentos de estrategia de reducción de la pobreza

- apoyar la adquisición y gestión de conocimientos, el aumento de la capacidad y la difusión de las mejores prácticas, basándose en la experiencia adquirida en los planteamientos en los países en desarrollo.

La ayuda comunitaria irá dirigida a los países de renta baja[19], aunque el establecimiento de prioridades será flexible y tendrá en cuenta también criterios distintos de la renta. En el caso

---

[18] Véanse las orientaciones de programación: apoyo de la CE en el ámbito de la salud, el SIDA y la población, octubre de 2001.

de los países de renta media[20], la ayuda se centrará en reformar los sistemas sanitarios para que sean más equitativos y eficaces, lo que irá acompañado del apoyo a las poblaciones en mala situación sanitaria.

La Comunidad trabajará en estrecha cooperación con socios en el desarrollo, como los gobiernos, la sociedad civil y el sector privado y, en su caso, fomentará la organización de foros periódicos de consulta de los distintos agentes interesados. Además, aprovechará al máximo las posibilidades de colaboración con los Estados miembros y otros donantes.

El planteamiento, el nivel de ayuda y los instrumentos utilizados, específicos según los países (anexo 5), se determinarán de manera más precisa según la calidad de la gestión macroeconómica y presupuestaria, el grado de dependencia de la ayuda y la calidad de las políticas y de la gestión sectoriales en el país. La ayuda presupuestaria, el apoyo al sector social y la ayuda a los programas y proyectos pueden ser complementarios, siempre y cuando apoyen un marco de actuación definido a nivel nacional. En los casos en que la ayuda presupuestaria no sea adecuada, la financiación comunitaria se destinará a programas y proyectos de marco nacional y se centrará en el aumento de la capacidad. En los casos en que no haya marco nacional, la Comunidad facilitará el paso a un planteamiento sectorial. En la mayoría de los países en desarrollo, la Comunidad continuará manteniendo un apoyo variado (proyectos, fondos sectoriales comunes, ayuda presupuestaria reservada).

Teniendo en cuenta la actual reforma del departamento de relaciones exteriores de la Comisión, incluida la desconcentración de la gestión de la asistencia externa, se espera que las delegaciones comunitarias se refuercen de manera que cumplan las necesidades en el ámbito del desarrollo social.

Valor añadido regional

La Comunidad Europea encarna la experiencia colectiva que posee la Unión Europea de la integración regional. La Comunidad tiene un especial papel que desempeñar en el apoyo de la integración regional a fin de afrontar los retos transfronterizos. El apoyo regional pasado y actual prestado por la Comunidad Europea se refiere, entre otros, a los ámbitos del VIH/SIDA en África Austral, la prevención del paludismo en Asia del Sudeste, la salud reproductiva en Asia y la política y prácticas de vacunación y farmacéuticas de África Occidental. Se consideran prioritarios para la concesión de ayuda comunitaria los siguientes ámbitos, en los cuales un planteamiento regional puede aportar un valor añadido:

- experiencias en la reforma del sector de la salud y planteamientos y herramientas de la prestación de asistencia sanitaria relacionados con las prioridades en el ámbito de la salud pública; descentralización, desarrollo de los recursos humanos, supervisión y evaluación de resultados en el ámbito del desarrollo social

- estudios demográficos, vigilancia integrada de enfermedades y preparación para las epidemias

---

19 Países de renta baja: PNB per cápita inferior a 760 USD en 1998.

20 Países de renta media: PNB per cápita comprendido entre 761 USD y 3030 USD en 1998 (renta media baja) y entre 3031 USD y 9360 USD (renta media alta).

- cuestiones relacionadas con la política farmacéutica, en especial la reglamentación de los medicamentos, las compras regionales y el aumento de la capacidad para la aplicación del acuerdo ADPIC

- apoyo a la investigación, el desarrollo, el suministro y la protección de bienes públicos, en especial las vacunas contra el SIDA y el paludismo, así como a los ámbitos del conocimiento y la educación, la seguridad alimentaria, el medio ambiente, la paz y la seguridad y la estabilidad financiera.

Estos aspectos se tratarán con las siguientes medidas:

- inclusión en los acuerdos regionales de asociación económica de elementos que garanticen que se tratan adecuadamente las cuestiones de salud

- apoyo a los análisis crítico de la capacidad de las instituciones regionales

- establecimiento de asociaciones con los gobiernos, las instituciones regionales, los organismos multilaterales y bilaterales, las Naciones Unidas, los grupos de la sociedad civil, los bancos de desarrollo y el sector privado

- apoyo a la adquisición y gestión de conocimientos, aumento de la capacidad y difusión de las mejores prácticas, basándose en la experiencia adquirida en los planteamientos.

Los instrumentos existentes de financiación comunitaria son un apoyo adecuado de las actividades regionales. La Comunidad Europea estudiará la prestación de apoyo técnico regional mediante acuerdos de colaboración con los Estados miembros. Se estudiarán los casos pasados y actuales de envío en comisión de servicios, por parte de los Estados miembros interesados, a una delegación de la CE de expertos regionales en el campo de la salud, lo cual ha resultado ser una estrategia muy eficaz, así como otras posibilidades. Se estudiarán asimismo otras medidas complementarias orientadas hacia un enfoque sectorial de acuerdo con las estrategias de reducción de la pobreza.

Coordinación, complementariedad y sinergias con los Estados miembros

Los Estados miembros han utilizado su experiencia respectiva y diversa en la formulación de su política de desarrollo, lo que les ha llevado a adoptar una amplia gama de planteamientos para mejorar la sanidad en los países en desarrollo (anexo 6). Los campos en que tienen puntos fuertes y han acumulado conocimientos varían entre Estados miembros, pero hay un elevado grado de complementariedad y sinergia entre ellos y, junto con la experiencia comunitaria, forman una reserva de conocimientos, recursos y experiencias que se pueden aprovechar.

Aunque sigue habiendo diferencias respecto a los planteamientos y los instrumentos, se observa una convergencia cada vez mayor hacia los Objetivos de Desarrollo del Milenio. A medida que se profundice en la colaboración sanitaria a escala europea, un mayor consenso y niveles más elevados de coordinación y complementariedad ofrecerán la posibilidad de utilizar las mejores prácticas y maximizar los efectos de la ayuda comunitaria al desarrollo en el sector de la salud.

A **nivel nacional**, la coordinación de las políticas y de la programación se llevará a cabo dentro del proceso de estrategia nacional. El **informe estratégico nacional** es el principal

instrumento plurianual de orientación, gestión y revisión de la ayuda comunitaria al desarrollo. Dicho informe se basa en el marco existente de desarrollo nacional, incluido, en su caso, el documento de estrategia de reducción de la pobreza, y se elabora con los gobiernos y en consulta con los Estados miembros, otros donantes y la sociedad civil. Las posibilidades de asociación, coordinación y cofinanciación entre los Estados miembros aumentan a medida que la política se va orientando hacia mecanismos de apoyo sectorial y, en algunos países, hacia una ayuda presupuestaria. El fortalecimiento a nivel nacional de la asociación CE tendrá como objetivo facilitar la coordinación operativa, la armonización de los procedimientos, la supervisión conjunta y, llegado el caso, el apoyo financiero unificado.

A **nivel de la sede central y de las delegaciones**, la experiencia en coordinación de los últimos años adquirida por medio de grupos de expertos y asociaciones con las organizaciones multilaterales ha dado resultados tangibles. Debe desarrollarse más el grupo de expertos de la CE en cuestiones de salud, SIDA y población, en el que se debaten de modo informal temas prioritarios y se realizan consultas sobre la elaboración de las políticas y de las estrategias. Debe intensificarse la labor concertada de diálogo político internacional respecto a las políticas. Entre los logros conjuntos recientes cabe citar los avances conseguidos en la desvinculación de la ayuda y el establecimiento de una plataforma de investigación común de la UE en el ámbito de las enfermedades transmisibles. La iniciativa de elaboración del programa comunitario de actuación contra las principales enfermedades transmisibles es otro ejemplo de la estrecha coordinación CE.

La CE dará prioridad a los siguientes ámbitos de trabajo sobre complementariedad y coordinación con los Estados miembros:

- determinar medidas concretas para aumentar la coherencia entre las políticas y las actividades sectoriales de la CE

- aumentar la participación de la CE en las asociaciones públicas/privadas y en otras asociaciones entre donantes

- estrechar la coordinación operativa entre la CE y los Estados miembros en los países en desarrollo.

Podrían adoptarse las siguientes medidas en dichos ámbitos:

- determinar la ventaja comparativa respectiva de la Comunidad Europea y de sus Estados miembros en el campo de la salud y de la pobreza y elaborar una propuesta sobre el mejor modo de compartir las responsabilidades y los programas de trabajo con el fin de aprovechar al máximo la complementariedad de la CE a nivel nacional y mundial

- potenciar el papel de la Comisión en la coordinación de las políticas de la CE en los sectores sanitario y social y en la consecución de la complementariedad de la ayuda comunitaria

- compartir información y conocimientos sistemáticamente a través de redes en estrecha asociación con los países en desarrollo: la creación y el mantenimiento de un sitio web de la CE sobre la salud y la pobreza y de una base de datos accesible al público que facilite información sobre todas las actividades de la CE y de los Estados miembros en el sector de la salud es un ejemplo de actuación posible que conviene estudiar.

- reforzar los trabajos de la CE y del grupo de expertos en salud de los Estados miembros en la sede

- organizar periódicamente, a nivel nacional, foros y misiones conjuntas dedicados a la cooperación CE en el ámbito de la salud. La desconcentración de los organismos de ayuda de la CE y de los Estados miembros facilitará la cooperación a nivel nacional, con un aumento de personal cualificado y directamente responsable in situ

- utilizar al máximo el personal cualificado de los Estados miembros que dispone de amplias competencias en cuestiones de salud, mejorando su asignación y, en su caso, agrupándolo para obtener una masa crítica de competencia técnica en el ámbito de la salud y la pobreza a nivel nacional y regional

- sensibilizar y asesorar al personal de los sectores no sanitarios con el fin de aumentar su percepción de la responsabilidad en el ámbito de la salud y la pobreza.

Para potenciar la labor de asociación profunda y activa entre la Comunidad y los Estados miembros en el campo de la salud, la población y la pobreza, es preciso disponer de instrumentos flexibles de financiación y de los recursos humanos adecuados.

Contribución a nivel mundial. Cooperación con los socios internacionales

Como ya se ha subrayado en el punto 4, la Comunidad Europea y sus Estados miembros comparten la responsabilidad de defender los principios de los acuerdos internacionales, como los Programas del Cairo (1994), Copenhague y Pekín (1995) o la declaración de la UNGASS sobre el VIH/SIDA, y contribuir a lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Las iniciativas iniciadas por la Comunidad o financiadas por la misma han influido en la política internacional en el sector de la salud. Las inversiones comunitarias han apoyado asimismo la adquisición de conocimientos y el aumento de la capacidad a nivel mundial, tales como las asociaciones de investigación sobre el VIH/SIDA establecidas con el Banco Mundial y el ONUSIDA.

La Comunidad es un donante importante de los organismos de las Naciones Unidas[21] y participa activamente en las actividades del G8. El establecimiento de relaciones transnacionales estrechas con algunos socios, como los Estados Unidos, Canadá y Japón, ha potenciado en los debates internacionales los principios comunitarios relativos a la salud y la pobreza y ha servido para abogar por un aumento de los recursos necesarios para la salud en los países en desarrollo. La Comisión desempeña un activo papel en la coordinación del planteamiento comunitario en las negociaciones relativas al convenio mundial sobre el tabaco, puestas en marcha por la OMS. Las repercusiones de dicho convenio sobre los países en desarrollo reviste la mayor importancia.

El nuevo programa mundial sobre la salud y la pobreza supone el fortalecimiento de las asociaciones internacionales establecidas con organismos clave. Con este fin, la ayuda comunitaria dará prioridad a los siguientes ámbitos:

---

[21] Mejorar la coordinación con las Naciones Unidas es una prioridad de la Comunidad, y la ayuda al desarrollo es el objetivo principal del estrechamiento de la cooperación. Para mayores detalles, véase la Comunicación de la Comisión al Consejo y al Parlamento Europeo "Construcción de un asociación efectiva con las Naciones Unidas en los ámbitos del desarrollo y los asuntos humanitarios" (abril de 2000).

- seguir centrando la actuación de la CE en iniciativas mundiales sobre los bienes públicos mundiales, las enfermedades transmisibles, la salud reproductiva, el tabaco, la financiación justa y la protección social

- dar una respuesta coherente en otros sectores de competencia de la CE, como el comercio, la investigación y el desarrollo, la educación, la seguridad alimentaria, la agricultura y el medio ambiente

- participar activamente en la elaboración y la realización de iniciativas públicas/privadas mundiales, como el Fondo Mundial de Lucha contra el VIH/SIDA, la tuberculosis y el paludismo

- seguir participando activamente en cuestiones de salud y pobreza en el G8 y otros foros internacionales

- estudiar las posibilidades de establecer o profundizar asociaciones con bancos internacionales de desarrollo y los organismos especializados de las Naciones Unidas y establecer relaciones con otras organizaciones internacionales

- seguir colaborando estrechamente con la OMS en política de salud, política farmacéutica y cuestiones normativas y con el ONUSIDA en la política y operaciones específicas para luchar contra el VIH/SIDA

- seguir trabajando con el FNUAP y UNICEF a través de asociaciones nacionales y regionales para la prestación de servicios y el suministro de productos básicos

- potenciar la contribución de la Comisión en el Comité de Ayuda al Desarrollo (CAD) de la OCDE

- trabajar en estrecha colaboración con el Banco Mundial en el marco del apoyo a los documentos de estrategia de reducción de la pobreza así como en el ámbito de la política, la programación, la investigación y las iniciativas en materia de salud y pobreza en los países en desarrollo

- seguir estudiando el fortalecimiento de la cooperación con las asociaciones público-privadas, como la GAVI, la IAVI y otras.

Los campos mencionados se tratarán del modo siguiente:

- intensificación de la labor para hablar con una sola voz (Comunidad y Estados miembros) en los foros internacionales[22];

- fortalecimiento de los esfuerzos para presentar, explicar y situar las prioridades de la actuación comunitaria en el contexto mundial

- aumentar la presencia y la contribución de la Comunidad en los distintos órganos de dirección de los organismos de las Naciones Unidas y en otros foros internacionales

---

[22] El artículo 180 del Tratado CE prevé el fomento de la coordinación de las posturas de la Comunidad y de los Estados miembros en los foros internacionales.

- estudiar las posibilidades de colaboración con el sector privado empresarial y el sector privado de entidades sin ánimo de lucro.

A fin de aprovechar la posibilidad de crear asociaciones innovadoras con distintos agentes y de contribuir, en su caso y cuando esté debidamente justificado, a iniciativas mundiales, podrá ser preciso reexaminar los instrumentos de financiación comunitarios. Con ese fin, se hizo un primer intento con la propuesta, actualmente en curso, de revisión del reglamento relativo a una línea presupuestaria especial para la ayuda a las enfermedades relacionadas con la pobreza (B7-6211), que se espera que se apruebe en 2002 y establece una ayuda financiera para la plena participación de la Comunidad a nivel mundial.

Sociedad civil y organizaciones no gubernamentales

Las ONG han sabido defender muy bien sus posturas, influyendo en las medidas adoptadas recientemente en lo que respecta a la reducción de la deuda, la accesibilidad de los medicamentos y las patentes. Además, han actuado como barómetro de la eficacia y las deficiencias de la ayuda al desarrollo. La Comisión seguirá estrechando su cooperación con las ONG/OSC para apoyar e influir en el diálogo sobre la política que conviene aplicar en las principales cuestiones de desarrollo y de salud.

A nivel nacional, la CE seguirá incluyendo a las ONG/OSC en los programas como socios importantes para el suministro de servicios y la evaluación de resultados. Una parte considerable de las inversiones de la UE se realiza mediante programas y proyectos con las entidades sin ánimo de lucro (anexo 5). La Comisión seguirá ocupándose de garantizar la coherencia entre la labor de las ONG/OSC y la de los gobiernos, donantes y otros socios. Creará un grupo de trabajo sobre la salud y la pobreza en el que participarán la CE/UE y la sociedad civil. El propósito es estrechar y mantener entre los representantes de la Comisión y los de la sociedad civil unas relaciones de trabajo basadas en la confianza. Es un reconocimiento del hecho de que la Comisión dispone de varios medios de aumentar la transparencia y la apertura, en especial en el ámbito de las políticas. Podrán organizarse reuniones dos veces al año, en la que participen todos los interesados, a saber, las ONG/OSC, las empresas y los sindicatos, miembros del Parlamento europeo y representantes de los Estados miembros; estas reuniones no deberán solaparse con otros foros periódicos existentes de consulta entre la Comunidad y la sociedad civil.

Sector privado

La epidemia de VIH/SIDA ha inducido a numerosas multinacionales, empresas privadas e inversores de los países en desarrollo a revisar y ampliar su participación en materia de protección sanitaria y social. El sector privado podría contribuir en mucha mayor medida a la mejora de la salud en los países en desarrollo, por ejemplo, a través del Fondo mundial de lucha contra el VIH/SIDA, la tuberculosis y el paludismo, participando más en el campo de la responsabilidad de las empresas y fomentando una amplia aplicación de la tarificación escalonada.

Hasta la fecha, la cooperación de la Comunidad con el sector privado empresarial ha sido limitada; ha empezado a tener un carácter más activo con el programa comunitario sobre enfermedades transmisibles en el ámbito de la reducción de la pobreza (febrero de 2001). Se prestarán mayor atención a los mecanismos de colaboración con este sector, especialmente en los siguientes campos:

- examen de nuevos incentivos para que las multinacionales y otras empresas privadas participen en el desarrollo de bienes públicos mundiales

- fortalecimiento de la cooperación con los inversores privados para que éstos sean más responsables en lo que respecta a la salud en los países en desarrollo

- estudio de las posibilidades de aumentar en los países en desarrollo la capacidad de fabricar localmente productos farmacéuticos; los proyectos viables se respaldarán con los instrumentos existentes de inversión del sector privado facilitados por el BEI

Se animará a las empresas europeas a seguir las orientaciones de la OCDE destinadas a los inversores extranjeros y a supervisar los resultados obtenidos.

6. SUPERVISIÓN DE LAS INVERSIONES Y DE LOS EFECTOS DE LA AYUDA COMUNITARIA AL DESARROLLO EN EL ÁMBITO DE LA SALUD

La ayuda comunitaria al desarrollo en el ámbito de la salud, el SIDA y la población ha pasado de centrarse en un principio en las inversiones en proyectos específicos al apoyo sectorial y presupuestario general. Del mismo modo, la supervisión está pasando de centrarse en la ayuda comunitaria específica y los resultados obtenidos en proyectos específicos a la evaluación de los resultados dentro de un marco de desarrollo sectorial o nacional. Esta evaluación se lleva a cabo conjuntamente con todos los socios en el desarrollo. Se ha producido otro cambio de orientación, consistente en que se supervisan los resultados obtenidos a un nivel más global y no en proyectos específicos, si bien éstos siguen siendo medidas intermedias importantes.

Evaluar los resultados respecto al marco de desarrollo nacional permite a los socios en el desarrollo comprender y ocuparse mejor de las restricciones subyacentes que limitan la eficacia de la aplicación de las políticas y estrategias adoptadas en el ámbito de la salud para reducir la pobreza y en favor de los pobres.

La Comisión colaborará con los socios en el desarrollo en la determinación de métodos eficaces para supervisar los objetivos sectoriales y temáticos a nivel nacional y mundial.

Nivel nacional: vinculación de la ayuda a los resultados en el ámbito de la salud

En muchos países en desarrollo los sistemas sanitarios están muy escasos de recursos. Son los propios países en desarrollo los que tienen que movilizar gran parte del aumento de las inversiones necesarias para mejorar la situación sanitaria. Las iniciativas tales como la de los gobiernos africanos (Abuja 2001) de destinar el 15% de los presupuestos nacionales a la salud son de alabar, pero, en la mayoría de los países de renta baja, la comunidad internacional deberá complementar las inversiones públicas y privadas a nivel nacional con una ayuda financiera a largo plazo. Muchos países necesitarán más bien asistencia técnica y ayuda para aumentar la capacidad que grandes transferencias financieras.

Los países y sus socios en el desarrollo deberán evaluar toda la ayuda, incluidos los recursos públicos, privados (una parte considerable en muchos países) y de los donantes. Los marcos de supervisión nacionales deberán evaluar las inversiones totales realizadas en el ámbito de la salud, incluido el apoyo directo al sector de la salud, el apoyo a otros sectores que influyen en la salud y la ayuda macroeconómica.

- Mediante un diálogo sobre las políticas a nivel nacional, la CE contribuirá a alcanzar los niveles de inversión adecuados para mejorar la situación sanitaria. Para ello, la CE utilizará una serie de instrumentos, incluidas la ayuda macroeconómica, una reducción de la deuda vinculada a los presupuestos del sector social y la financiación de iniciativas específicas o en caso de claras deficiencias de financiación.

Raras veces presentan las estrategias nacionales un análisis coherente del modo en que la ayuda a los programas y sectores o el apoyo macroeconómico se traducirán en la mejora de la situación sanitaria de los pobres. Las medidas adoptadas suelen ser inversiones directas en el sector de la salud sin preguntarse si intervenciones alternativas en otros sectores podrían tener mejores efectos en las enfermedades que afectan a los pobres o en la salud mundial.

Para crear una base de los procesos de revisión presupuestaria y sectorial, muchos países están determinando indicadores de referencia para medir el funcionamiento del sistema sanitario y los avances logrados en la obtención de los resultados sanitarios en el marco de la lucha contra la pobreza y los Objetivos de Desarrollo del Milenio. En general, dichos indicadores reflejan una combinación de ayuda, resultados y procesos y, en menor medida, datos sobre los efectos producidos. Aunque, a veces, los indicadores nacionales específicos son imperfectos, se van mejorando con la experiencia y el incremento de la capacidad.

Los indicadores deberán determinarse según su valor para evaluar las mejoras de la situación sanitaria de los pobres. La Comunidad tiene el propósito de vincular la ayuda presupuestaria futura a los resultados que se obtengan respecto a los objetivos acordados con los países y sus socios. La determinación de un número limitado de indicadores de resultados plantea grandes problemas de medición en los casos en que los sistemas estadísticos están poco desarrollados y puede dar lugar, además, a efectos perjudiciales si ofrece incentivos a centrarse sólo en los campos clave en que se midan los resultados.

- La CE comprobará la utilidad de indicadores intermedios en determinados países en que la ayuda futura se prestará en forma de apoyo macroeconómica y/o sectorial.

- La Comisión desarrollará los trabajos relativos a los indicadores intermedios con los Estados miembros y en el marco del CAD/de la OCDE.

Los sistemas estadísticos habituales suelen tener deficiencias y estar limitados a los proveedores del sector público y el sector de las entidades privadas sin ánimo de lucro. Los datos agregados pueden ocultar amplias disparidades y profundas desigualdades y a menudo no están vinculados a la elaboración de políticas o a asignaciones financieras. Sin embargo, algunos países están mejorando la gestión de la información y la supervisión de los resultados mediante la desagregación de los datos (según el género, el nivel de renta, la zona geográfica y el proveedor de servicios), el análisis detallado y la información a los proveedores y la interacción con los responsables de las decisiones.

- La Comunidad seguirá facilitando la labor de fortalecimiento de los sistemas y la capacidad de supervisión en cooperación con los países y otros socios clave.

Inversiones a nivel regional y mundial

Nuevas asociaciones a nivel mundial ofrecen mayores posibilidades de conseguir recursos adicionales y más eficaces para mejorar los resultados en el ámbito de la salud. No existe ningún sistema eficaz para supervisar las inversiones totales en salud. Los Objetivos de

Desarrollo del Milenio son indicadores de alto nivel y representan una referencia a nivel internacional. La comunidad de agentes del desarrollo está realizando una amplia labor para fijar una serie limitada de indicadores intermedios clave que puedan ser utilizados por todos los socios en el desarrollo. La OMS supervisa los resultados en el ámbito de la salud mundial.

- La CE desempeñará un papel cada vez más importante en los ámbitos estratégicos en que la contribución de la UE pueda ser decisiva para la realización de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

- La CE contribuirá con los Estados miembros y en el marco del CAD (OCDE) a la labor dedicada a los indicadores de alto nivel.

Supervisión de la gestión de la ayuda comunitaria

- La actividad de ayuda comunitaria en el ámbito de la salud, el SIDA y la población alcanzó un punto álgido en 1998, sobrepasando los 700 millones de euros, es decir, un 8% del presupuesto comunitario. La dotación total del período 1995-2000 se situó por encima de los 1.400 millones de euros (anexo 5). Se está llevando a cabo una evaluación de la dotación actual. Entre las primeras recomendaciones cabe señalar las siguientes: necesidad de enfoques diferenciados; papel crucial de la desconcentración de la ayuda comunitaria; necesidad de continuar con el apoyo institucional a los países para la elaboración de estrategias apropiadas en el ámbito de la salud; necesidad de mayor coherencia, coordinación y complementariedad; necesidad de determinar una serie adecuada de indicadores para medir los avances que se consigan. La presente Comunicación incorpora estas y otras recomendaciones de evaluaciones anteriores del programa comunitario sobre el SIDA/VIH, así como la utilización de líneas presupuestarias especiales para las cuestiones del SIDA y la población[23].

La gestión de la ayuda comunitaria en el ámbito de la salud y de la reducción de la pobreza se seguirá supervisando mediante un proceso vinculado al proceso presupuestario, la revisión de las dotaciones, evaluaciones sectoriales y temáticas y la elaboración de un informe anual de resultados, que se presentará en el informe anual sobre la política comunitaria de desarrollo. Los mecanismos establecidos y los principios orientativos de la utilización eficaz de los resultados de las revisiones y las evaluaciones se expondrán con mayor detalle en un programa de trabajo específico posterior a la presente Comunicación.

La financiación comunitaria proporcionada en el marco de esta política comunitaria estará sujeta a la supervisión y el control financiero de la Comisión, de conformidad con las disposiciones habituales establecidas por la Comisión según la normativa vigente, en especial las relativas al Reglamento Financiero aplicable al presupuesto general de las Comunidades Europeas y al Reglamento Financiero del FED.

---

[23] Jean-Claude Deheneffe *et al.*, *'Evaluación de la ayuda de la cooperación Norte-Sur para la lucha contra la propagación de la epidemia del VIH/SID y ayuda a las políticas y programas demográficos en los paíss en desarrollo 1997-1999'* , noviembre de 2000; "Health Research for Action" (HERA), *'Evaluación del programa comunitario sobre el SIDA/VIH en los países en desarrollo'*, diciembre de 1996.

7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El presente marco de actuación es la respuesta general de la Comunidad a los compromisos contraídos por la comunidad internacional para contribuir a la realización de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en el ámbito de la salud y de la pobreza. La cumbre de Johannesburgo es una oportunidad de avanzar en esta labor, impulsando el objetivo común de mejora del desarrollo sostenible. Para dar una respuesta eficaz, la CE y sus Estados miembros deberán aplicar una política coherente en colaboración con los países socios, los socios internacionales y los de la sociedad civil, el sector privado, las Naciones Unidas y otras organizaciones y agentes multilaterales.

La elección de la política propuesta plantea distintos retos a la Comunidad. Debe prestarse toda la atención necesaria a nuevos métodos de trabajo y al aumento de las inversiones. No se puede tratar al mismo tiempo lo siguiente: la búsqueda de una mayor coherencia entre las políticas, la elección de ocuparse de la salud a través de otros sectores, el compromiso de vincular la ayuda a los resultados, el aumento, cuando sea posible, de las inversiones y los recursos y la necesidad de que los instrumentos comunitarios satisfagan de modo eficaz la creciente demanda. El principal reto podría consistir en la complementariedad de la UE y la división de tareas entre la Comunidad y los Estados miembros así como en el aumento de la cooperación entre la Comunidad y los Estados miembros para hablar con una sola voz en los foros y asociaciones de desarrollo.

La presente Comunicación se completará con un programa de trabajo completo en el que se expondrán detalladamente las prioridades de actuación y los recursos humanos y financieros necesarios, compatibles con la programación y los instrumentos financieros existentes. Las necesidades de recursos humanos y administrativos se satisfarán de acuerdo con la asignación concedida a la DG administradora en el marco del procedimiento de asignación anual.

Annex 1: The Millennium Development Goals

Millennium Development Goals (MDGs)	
Goals and Targets	**Indicators**
Goal 1: Eradicate extreme poverty and hunger	
Target 1: Halve, between 1990 and 2015, the proportion of people whose income is less than one dollar a day	**1.** Proportion of population below $1 per day **2.** Poverty gap ratio [incidence x depth of poverty] **3.** Share of poorest quintile in national consumption
Target 2: Halve, between 1990 and 2015, the proportion of people who suffer from hunger	**4.** Prevalence of underweight children (under-five years of age) **5.** Proportion of population below minimum level of dietary energy consumption
Goal 2: Achieve universal primary education	
Target 3: Ensure that, by 2015, children everywhere, boys and girls alike, will be able to complete a full course of primary schooling	**6.** Net enrolment ratio in primary education **7.** Proportion of pupils starting grade 1 who reach grade 5 **8.** Literacy rate of 15-24 year olds
Goal 3: Promote gender equality and empower women	
Target 4: Eliminate gender disparity in primary and secondary education preferably by 2005 and to all levels of education no later than 2015	**9.** Ratio of girls to boys in primary, secondary and tertiary education **10.** Ratio of literate females to males of 15-24 year olds **11.** Share of women in wage employment in the non-agricultural sector **12.** Proportion of seats held by women in national parliament
Goal 4: Reduce child mortality	
Target 5: Reduce by two-thirds, between 1990 and 2015, the under-five mortality rate	**13.** Under-five mortality rate **14.** Infant mortality rate **15.** Proportion of 1 year old children immunised against measles
Goal 5: Improve maternal health	
Target 6: Reduce by three-quarters, between 1990 and 2015, the maternal mortality ratio	**16.** Maternal mortality ratio **17.** Proportion of births attended by skilled health personnel
Goal 6: Combat HIV/AIDS, malaria and other diseases	
Target 7: Have halted by 2015, and begun to reverse, the spread of HIV/AIDS	**18.** HIV prevalence among 15-24 year old pregnant women **19.** Contraceptive prevalence rate **20.** Number of children orphaned by HIV/AIDS
Target 8: Have halted by 2015, and begun to reverse, the incidence of malaria and other major diseases	**21.** Prevalence and death rates associated with malaria **22.** Proportion of population in malaria risk areas using effective malaria prevention and treatment measures **23.** Prevalence and death rates associated with tuberculosis **24.** Proportion of TB cases detected and cured under DOTS (Directly Observed Treatment Short Course)
Goal 7: Ensure environmental sustainability*	
Target 9: Integrate the principles of sustainable development into country policies and programmes and reverse the loss of environmental resources	**25.** Proportion of land area covered by forest **26.** Land area protected to maintain biological diversity **27.** GDP per unit of energy use (as proxy for energy efficiency) **28.** Carbon dioxide emissions (per capita) [Plus two figures of global atmospheric pollution: ozone depletion and the accumulation of global warming gases]
Target 10:Halve, by 2015, the proportion of people without sustainable access to safe drinking water	**29.** Proportion of population with sustainable access to an improved water source
Target 11:By 2020, to have achieved a significant improvement in the lives of at least 100 million slum dwellers	**30.** Proportion of people with access to improved sanitation **31.** Proportion of people with access to secure tenure [Urban/rural disaggregation of several of the above indicators may be relevant for monitoring improvement in the lives of slum dwellers]

Goal 8: Develop a Global Partnership for Development*	
Target 12:Develop further an open, rule-based, predictable, non-discriminatory trading and financial system Includes a commitment to good governance, development, and poverty reduction – both nationally and internationally **Target 13**:Address the Special Needs of the Least Developed Countries Includes: tariff and quota free access for LDC exports; enhanced programme of debt relief for HIPC and cancellation of official bilateral debt; and more generous ODA for countries committed to poverty reduction **Target 14:** Address the Special Needs of landlocked countries and small island developing states (through Barbados Programme and 22nd General Assembly provisions) **Target 15:** Deal comprehensively with the debt problems of developing countries through national and international measures in order to make debt sustainable in the long term	*Some of the indicators listed below will be monitored separately for the Least Developed Countries (LDCs), Africa, landlocked countries and small island developing states.* *Official Development Assistance* **32.** Net ODA as percentage of DAC donors' GNI [targets of 0.7% in total and 0.15% for LDCs] **33.** Proportion of ODA to basic social services (basic education, primary health care, nutrition, safe water and sanitation) **34.** Proportion of ODA that is untied **35.** Proportion of ODA for environment in small island developing states **36.** Proportion of ODA for transport sector in land-locked countries *Market Access* **37.** Proportion of exports (by value and excluding arms) admitted free of duties and quotas **38.** Average tariffs and quotas on agricultural products and textiles and clothing **39.** Domestic and export agricultural subsidies in OECD countries **40.** Proportion of ODA provided to help build trade capacity *Debt Sustainability* **41.** Proportion of official bilateral HIPC debt cancelled **42.** Debt service as a percentage of exports of goods and services **43.** Proportion of ODA provided as debt relief **44.** Number of countries reaching HIPC decision and completion points
Target 16: In cooperation with developing countries, develop and implement strategies for decent and productive work for youth	**45.** Unemployment rate of 15-24 year olds
Target 17: In cooperation with pharmaceutical companies, provide access to affordable, essential drugs in developing countries	**46.** Proportion of population with access to affordable essential drugs on a sustainable basis
Target 18: In cooperation with the private sector, make available the benefits of new technologies, especially information and communications	**47.** Telephone lines per 1000 people **48.** Personal computers per 1000 people *Other Indicators TBD*

** The selection of indicators for Goals 7 and 8 is subject to further refinement*

Anexo 2: Evolución de la política de la CE en el ámbito de la salud, el SIDA y la población (1990-2000)

Salud
(Comunicación de la Comisión COM (94) 77)
Prioridades estratégicas:

(1) garantizar que la cuestión de la salud se tenga más en cuenta en las políticas de desarrollo, especialmente en los programas de ajuste estructural
(2) contribuir a corregir los desequilibrios estructurales de los sistemas sanitarios, actuando sobre los servicios básicos
(3) facilitar las reformas institucionales potenciando la capacidad al nivel central y apoyando la descentralización
(4) ayudar a los países a elaborar sistemas de medición y utilización más eficaz de los recursos.

VIH/SIDA
(Comunicación de la Comisión COM (94) 79)
Prioridades estratégicas:

(1) reducir la expansión de la epidemia, evitando al mismo tiempo la discriminación y la marginación de las personas con riesgo de infección, portadoras del virus o afectadas por la enfermedad
(2) dotar al sector de la salud con los medios necesarios para afrontar la carga adicional del VIH/SIDA
(3) reducir el impacto de la epidemia en el desarrollo económico y social
(4) aumentar los conocimientos científicos y técnicos.

(Se está revisando actualmente un reglamento del Consejo - 550/97 – como base de la ayuda comunitaria para la lucha contra las "enfermedades vinculadas a la pobreza" VIH/SIDA, paludismo y tuberculosis)
Prioridades estratégicas:

(1) reducir la transmisión del VIH/SIDA y la expansión de otras enfermedades transmisibles sexualmente o de modo perinatal
(2) reforzar los sistemas sanitarios y sociales a fin de que puedan satisfacer las crecientes demandas debidas a la epidemia
(3) ayudar a los gobiernos y las comunidades a evaluar las repercusiones de la epidemia en los distintos sectores económicos y sociales y a elaborar y aplicar estrategias al respecto
(4) aumentar los conocimientos científicos sobre la epidemia y los efectos de las medidas, con el fin de aumentar la calidad de las mismas (excluyendo la investigación fundamental).

Población
(Se está revisando actualmente un reglamento del Consejo - 1484/97 – como base de la ayuda comunitaria a las actividades relativas a "la salud y los derechos en el ámbito de la reproducción y de la sexualidad")
Prioridades estratégicas:

(1) posibilitar que las mujeres, los hombres y los adolescentes elijan libremente y con conocimiento de causa el número de hijos y el espaciamiento temporal entre los mismos
(2) contribuir a la creación de un entorno sociocultural, económico y educativo favorable al pleno ejercicio de esa elección
(3) contribuir a elaborar o reformar sistemas destinados a mejorar la accesibilidad y la calidad de la asistencia sanitaria reproductiva.

Enfermedades transmisibles
(Comunicaciones de la Comisión - COM(2000) 585 y COM (2001) 96)
Ámbitos principales de actuación acelerada:

(1) lograr los mejores efectos posibles de las intervenciones, los servicios y los productos básicos existentes para la lucha contra las principales enfermedades transmisibles que afectan a las poblaciones más pobres
(2) hacer que el precio de los productos farmacéuticos principales sea más abordable gracias a un planteamiento global y de sinergia
(3) aumentar las inversiones en la investigación y el desarrollo de bienes públicos para la lucha contra las tres enfermedades transmisibles principales.

Anexo 3: Causas principales de morbilidad y mortalidad en los países en desarrollo

El **VIH/SIDA** amenaza con convertirse en la peor epidemia de la historia. Cuarenta millones de personas son portadoras del VIH y el SIDA ha causado la muerte de más de 22 millones de personas. Cada año resultan infectadas cinco millones de personas. Casi una tercera parte de las personas portadoras del VIH están también afectadas de tuberculosis. El VIH/SIDA afecta a las personas, las familias, las comunidades y las sociedades. Es una carga para los sistemas sanitarios y educativos y retrasa el crecimiento económico. La mayoría de los países no han conseguido resolver eficazmente el problema y los índices de infección siguen aumentando. En la actualidad hay 14 millones de huérfanos a causa del SIDA en África y se calcula que serán 40 millones en 2010. El descubrimiento de tratamientos eficaces ha aumentado las disparidades existentes entre las sociedades ricas y las sociedades pobres y entre las personas en lo que respecta al VIH, el cual constituye una amenaza para todos los países y sociedades. El lugar donde la epidemia se extiende más rápidamente es en Europa Oriental, y el Caribe es, tras África, la región más afectada.

Cincuenta años después de la introducción de un tratamiento eficaz, la **tuberculosis** sigue causando dos millones de muertes al año y, asociada con el VIH/SIDA, continua siendo la causa principal de fallecimiento de personas adultas. El coste un tratamiento eficaz sólo es de 10 USD, pero sólo una cuarta parte de los pacientes existentes en el mundo reciben un tratamiento adecuado. El problema de la tuberculosis no se halla limitado a los países más pobres. En los países de la antigua Unión Soviética, el 10% de las personas que están en las cárceles tiene tuberculosis activa y los índices de infección son cien veces más elevados que los de la población en general. Son frecuentes formas resistentes a multitud de fármacos, formas cuya existencia se ha señalado en 100 países.

El **paludismo** produce 500 millones de infecciones y más de un millón de muertes al año, la mayoría de ellas en África, donde la labor de lucha contra el paludismo ha fracasado en muchos países. La enfermedad ha vuelto a aparecer en regiones que antes estaban bajo control, y la resistencia a los tratamientos habituales está aumentando.

Las **infecciones respiratorias agudas y las enfermedades diarreicas** siguen siendo las causas principales de mala salud y mortalidad, sobre todo en el caso de los niños. Ambas son al mismo tiempo una causa y una consecuencia de la desnutrición. Las enfermedades diarreicas se derivan de una mala higiene y de un acceso limitado a agua limpia. Las enfermedades que pueden prevenirse con vacunas causan tres millones de muertes al año.

Casi la mitad de la mortalidad infantil en los países de renta baja puede vincularse a la **desnutrición**, que contribuye a la morbilidad de los niños lactantes, los niños y las madres, una capacidad de aprendizaje reducida, una productividad más baja y la mortalidad. Para reducir la pobreza, es esencial reducir la desnutrición y eliminar las deficiencias de micronutrientes específicos.

La **salud y los derechos en el ámbito de la reproducción y de la salud** sigue siendo una cuestión clave de la salud pública. Todos los años mueren 600.000 mujeres y varios millones de recién nacidos a causa de accidentes natales y perinatales. Los índices de mortalidad materna ponen claramente de manifiesto las desigualdades existentes entre los países y dentro de cada país. La mayoría de las muertes de madres se deben a complicaciones tras el nacimiento, la mayoría de las cuales pueden evitarse utilizando tecnologías existentes poco costosas. En 2000, la OMS estimó que las condiciones de la maternidad se hallan justo por detrás del SIDA en su contribución a la carga mundial de enfermedades. Pese a los grandes avances conseguidos en el aumento de la información sobre anticonceptivos y productos básicos, sigue habiendo enormes diferencias entre la población mundial en lo que respecta al ejercicio de los derechos en el ámbito de la reproducción.

El **modo de vida** se está convirtiendo cada vez más en una **causa de mala salud** en los países en desarrollo. Las poblaciones que tienen graves problemas de enfermedades transmisibles suelen tener también la carga adicional que representan las repercusiones cada vez más importantes de enfermedades no transmisibles tales como las enfermedades cardíacas y la diabetes. Tienen efectos importantes las enfermedades relacionadas con el tabaco (cáncer, enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares y enfermedad de los pulmones), que causaron más de cuatro millones de muertes en 1998, dos terceras partes de las cuales se produjeron en los países en desarrollo. Se calcula que las muertes relacionadas con el tabaco se duplicarán en los próximos veinte años. Asimismo muchos países se hallan ante un aumento de los efectos negativos sobre la salud de los comportamientos sexuales de alto riesgo, las drogas, incluido el alcohol, la violencia, los conflictos y los accidentes de carretera. Las enfermedades mentales son también en los países en desarrollo una causa muy común de mala salud y a la que no se presta atención.

Anexo 4: Planteamientos del desarrollo

La **buena gobernanza** es una cuestión que se plantea ante todo a nivel nacional. La democracia y el Estado de Derecho son condiciones necesarias para el desarrollo sostenible. Hasta ahora, la respuesta política a los retos de buena gobernanza ha sido insuficiente a todos los niveles - nacional, europeo e internacional, público o privado -. En muchos países, incluidos los países en desarrollo, la aplicación de **políticas nacionales inadecuadas** ha contribuido a la ampliación de las diferencias existentes entre los pobres y los riscos. Del mismo modo, la falta de equilibrio entre las fuerzas del mercado mundial, por una parte, y las instituciones de gobernanza mundial, por otra, ha dado lugar a lo que podría denominarse la "**diferencia de gobernanza mundial**". Ambos factores producen descontento y conflictos y obstaculizan el desarrollo sostenible. Un aspecto especialmente importante de la mala gobernanza es la **corrupción**, que no sólo tiene efectos perjudiciales en el sistema político de un país y en su economía sino también disuade las inversiones extranjeras y tiene efectos negativos en otros países por medio del blanqueo de dinero y la delincuencia internacional.

Para llevar a cabo una reforma sectorial y garantizar la financiación adecuada, tanto por parte del Estado como de los donantes y para planificar las inversiones y asignar equitativamente los recursos en el ámbito de la salud, es necesario que haya una **apropiación de las medidas**, **un compromiso y un liderazgo políticos y una planificación eficaz**. Al mismo tiempo, debe procurarse garantizar la responsabilidad, impulsar una amplia participación de las partes interesadas, incluida la sociedad civil, en el diálogo sobre políticas, la prestación de servicios y la supervisión de los resultados. Los fallos de los anteriores sistemas de sanidad han conducido a revisar el papel tradicional del Estado como principal proveedor de servicios. Se reconoce cada vez más que el Estado puede desempeñar una función de "**guía**": el Estado puede asumir la responsabilidad de la supervisión, la reglamentación y el control de la calidad de todo el sector, y varios proveedores pueden compartir la responsabilidad de la prestación de servicios.

En cuanto a la **coherencia de las políticas en la UE**, cabe señalar que las políticas nacionales pueden tener efectos negativos en otros países, sobre todo en el mundo en desarrollo. En algunos campos importantes, las políticas de la UE no se ajustan a los objetivos de salud y de reducción de la pobreza. La coherencia de las políticas tiene **varios aspectos**: coherencia de las políticas aplicadas en diferentes organizaciones internacionales, coherencia entre las políticas exteriores; coherencia entre las políticas exteriores y los efectos exteriores de las políticas nacionales; coherencia entre las políticas comunitarias y las de los Estados miembros; coherencia dentro de un mismo ámbito de política. Por ello, la coherencia es un objetivo que plantea problemas desde un punto de vista político, de modo que es difícil de conseguir.

Las estrategias de desarrollo nacional destinadas a reducir la pobreza se elaboran cada vez con mayor frecuencia en un **documento de estrategia de reducción de la pobreza**, que es un marco global de cada país cuya finalidad es garantizar que todas las inversiones, tanto estatales como de los donantes, en los sectores pertinentes, incluida la salud, se complementen y dirijan al mismo objetivo general de reducción de la pobreza. Los donantes, incluida la CE, están vinculando gradualmente su asistencia a estas estrategias, elaboradas cada vez más con la participación de la sociedad civil y del sector privado. El documento de estrategia anteriormente mencionado permite ordenar por orden de prioridad las inversiones de manera que se reduzca la pobreza, haciendo que una parte cada vez mayor de la ayuda exterior pase por el presupuesto nacional.

Los planteamientos sectoriales constituyen un método de trabajo entre los gobiernos y los donantes que es potencialmente más eficaz. Todos los fondos importantes para el sector se destinan a una única política sectorial y un único programa de gastos, bajo la dirección del gobierno, adoptando planteamientos comunes para todo el sector y avanzando hacia la utilización de procedimientos nacionales para desembolsar y justificar todos los fondos. Este planteamiento se ha debido, por un lado, a la voluntad de mejorar la dotación del presupuesto nacional y de los flujos de los donantes entre los sectores y dentro de los mismos y, por otro, a la constatación de que el planteamiento tradicional por proyecto no ha dado como resultado mejoras duraderas de los servicios. Aunque se han conseguido resultados iniciales positivos en planteamientos sectoriales, la mayoría de estos planteamientos se hallan en una fase temprana de aplicación. Uno de los principales objetivos es conseguir que estos planteamientos se centren en los pobres.

Por lo que se refiere a la **desvinculación de la ayuda**, según las recomendaciones de la OCDE/CAD, hay un acuerdo general en la UE de estudiar las posibilidades de desvinculación de la ayuda al desarrollo como modo de mejorar su eficacia. La UE ha iniciado este proceso en lo que respecta a los servicios y los productos básicos esenciales para la lucha contra el VIH/SIDA, la tuberculosis y el paludismo.

Anexo 5: Principales instrumentos de financiación de la ayuda de la CE en el ámbito de la salud, el SIDA y la población

Fondo Europeo de Desarrollo (FED)

El pilar de la cooperación comunitaria con los 77 países ACP lo constituye el Fondo Europeo de Desarrollo (FED). El Acuerdo de Cotonú (2000) establece el fundamento de los protocolos de financiación quinquenales del 9º FED (2002-2006).

Cooperación económica y técnica con Asia y América Latina

La cooperación económica y técnica con Asia y América Latina está contemplada en un reglamento-marco del Consejo, adoptado en 1992. Además, se firmaron con cada país acuerdos de cooperación a nivel rubregional, o país por país, y cubren la cooperación y el comercio. La ayuda se desembolsa anualmente con cargo directo al presupuesto de la Comunidad. Unos 18 países de América Latina y 17 de Asia se benefician de la ayuda de la CE en virtud del programa de cooperación, que se financia fundamentalmente con cargo a las partidas presupuestarias B7-300 (Asia) y B7-310 (América Latina). La reglamentación está en revisión actualmente. Se ha ampliado un acuerdo con México para formar una asociación de tipo más complejo y están en proceso de negociación otros con Mercosur y Chile. Las estrategias generales regionales y de cada país se están remodelando para concentrarse mejor en las intervenciones prioritarias, que son diferentes en cada país.

Cooperación con la región mediterránea dentro del programa MEDA

La Asociación Euromediterránea se inauguró en noviembre de 1995 en la conferencia ministerial de la UE de Barcelona. La Asociación destaca la importancia del aspecto humano de las relaciones entre las dos regiones. La salud ocupa un lugar destacado en la labor de fomento del desarrollo sostenible y el bienestar general, contando con una ayuda financiera que ha aumentado considerablemente. El Programa MEDA es el principal instrumento financiero de la CE para la aplicación de la Asociación Euromediterránea.

Líneas presupuestarias especiales VIH/SIDA y población

Como complemento de los principales instrumentos de cooperación financiera y técnica, se han utilizado líneas presupuestarias temáticas especiales con el fin de apoyar la elaboración de políticas y estrategias clave relativas al VIH/SIDA y la población. Estos fondos se destinan a prestar apoyo al ensayo de metodologías y estrategias innovadoras y a adquirir conocimientos. Actualmente se están revisando los reglamentos relativos a estas líneas presupuestarias, que se concentran en la aplicación del programa comunitario de acción sobre las enfermedades transmisibles, e incluyen una contribución al Fondo Global de lucha contra el VIH/SIDA, la malaria y la tuberculosis, y en el apoyo comunitario a la salud reproductiva y sexual y a los derechos relacionados con la misma.

Cofinanciación de las ONG

La línea de cofinanciación, que se creó en 1976, ha venido desempeñando un papel cada vez más importante en el apoyo de la labor realizada en el ámbito de la salud, el SIDA y la población en los últimos años. Ha sido un modo flexible de financiación para las ONG europeas que, junto con sus socios de los países en desarrollo, son considerados por la CE un medio especialmente eficaz de llegar a las comunidades más pobres y marginadas. Alrededor del 25% de todos los proyectos cofinanciados con las ONG se centran actualmente en la salud.

Ayuda humanitaria

La ayuda humanitaria abarca una amplia gama de intervenciones, incluida la prestación de ayuda de emergencia a las víctimas de guerras y catástrofes naturales, la asistencia a los refugiados y la realización de obras de rehabilitación y construcción a corto plazo. En 1993, la ECHO (Oficina Humanitaria de la Comunidad Europea) se hizo cargo de la gestión de la ayuda humanitaria no alimentaria; la financiación en este campo aumentó considerablemente a partir de ese año. La ayuda sanitaria y médica ha representado siempre una gran parte de la ayuda humanitaria.

Investigación

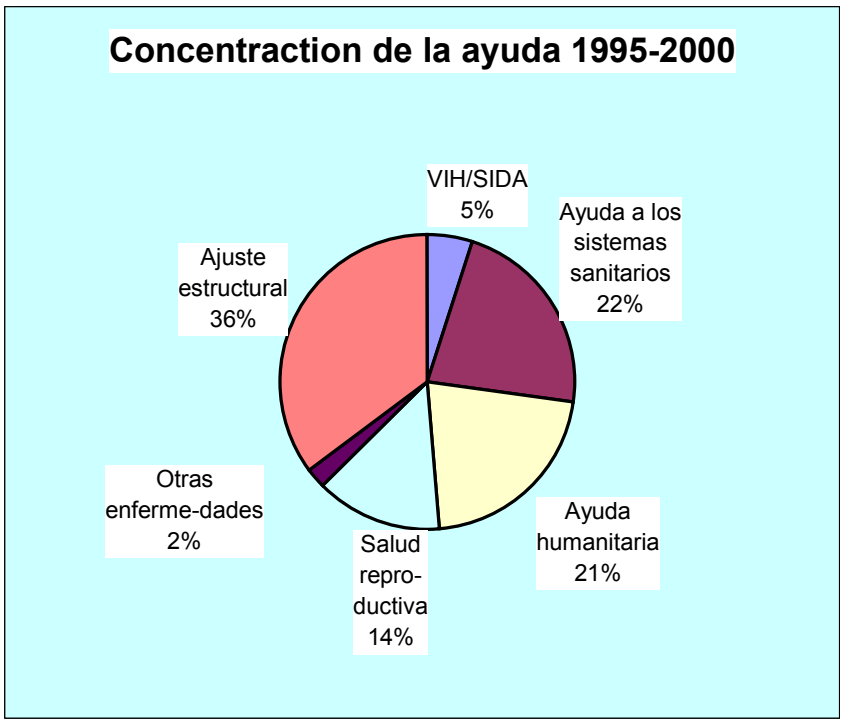
La CE respalda la investigación relativa a los problemas de salud de los países en desarrollo con cargo a su presupuesto para programas marco. En el pasado durante el Cuarto Programa marco, la financiación se proporcionaba a través del Programa CE de Colaboración Internacional (INCO-DEV), que hacía hincapié en la colaboración activa en investigación entre los científicos de los países en desarrollo y de las instituciones europeas sobre la base de asociaciones paritarias. Con cargo a INCO se han financiado más de 300 proyectos de asociación relacionados con la salud, entre otros, vacunaciones contra el VIH en China y Tanzania e investigación y desarrollo sobre vacunación contra la tuberculosis en Zambia y Etiopía.

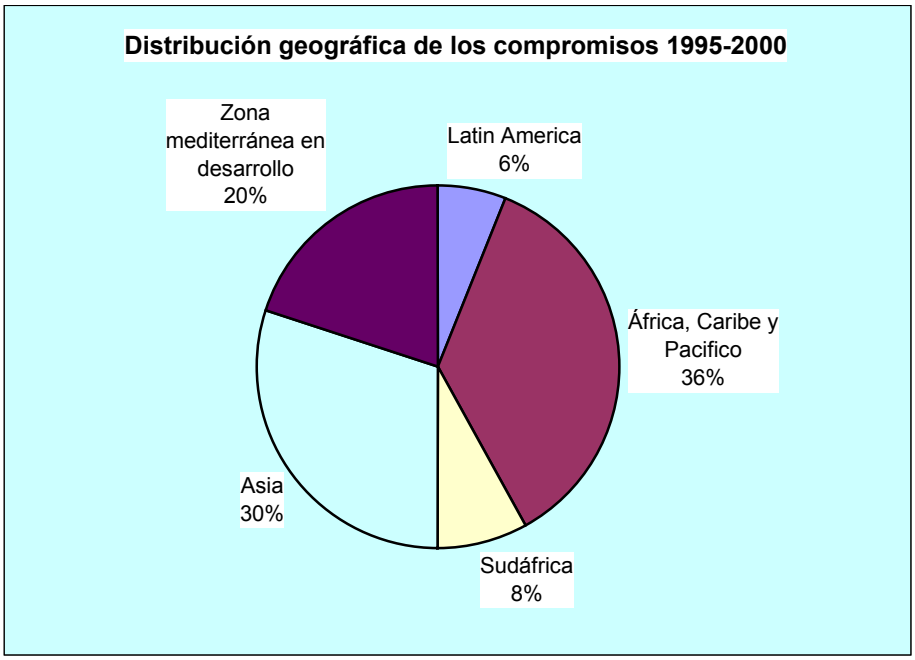
En los siguientes programas continuaron las actividades como parte del Quinto Programa marco: "Confirmación de la función internacional de la investigación comunitaria" y "Mejora del potencial humano". Se ha creado una iniciativa específica para aumentar las pruebas de la vacuna contra la malaria: la Red europea de pruebas de la vacuna contra la malaria. También va en aumento el número de proyectos sobre medicinas contra la malaria financiados por la Unión. Además, se dispone de financiación para apoyar la participación de los investigadores de países en desarrollo en proyectos de investigación financiados por la Unión.

Dotación

La ayuda comunitaria en el ámbito de la salud, el SIDA y la población alcanzó su máxima cifra (700 millones de euros, el 8% del presupuesto comunitario) en 1998. La cifra total durante el periodo 1995-2000 es de 1 400 millones de euros y representa la financiación del FED, Sudáfrica y ALAMEDA, incluido el apoyo presupuestario con objetivos específicos para el periodo 1995-2000. No incluye la cofinanciación de las ONG, otras líneas presupuestarias especiales, investigación, apoyo presupuestario con objetivos no específicos ni la gestión de la ayuda humanitaria de ECHO. Los 1 400 millones de euros incluye el 36% destinado a intervenciones en la región ACP, el 8% destinado a Sudáfrica, el 30% de Asia, el 20% del Mediterráneo meridional (MEDA) ni el 6% de América Latina. Otro desglose por instrumentos y temas es el siguiente: el 22% se destinó a la ayuda a los sistemas sanitarios, el 21% a ayuda humanitaria (excluida la de ECHO), el 14% a la salud de la reproducción, el 5% al SIDA, el 2% a otras enfermedades. Se calcula que el 35% del total se comprometió en la línea "Ajuste estructural". Datos procedentes de *'Evaluation de l'aide de la CE dans les pays ACP/ALA/MED dans le domaine de la santé'*: por los autores Dr. Paud De Caluwe, Jean-Claude Deheneffe, Marlene Abrial, Helene Ryckmans, Delphine Huybrecht, Jean-Pierre d'Altillia; Instituciones participantes: COTA, AEDES, GRET, IIED. Proyecto de informe publicado el 17.1.2002.

Tipo de compromiso y distribución geográfica de las inversiones en el ámbito de la salud, el VIH/SIDA y la población
Pesupuesto total: 1.400 milliones de euros (1995-2000)[24]





[24] No se incluye la cofinanciación de las ONG, otras partidas presupuestaria especiales, la investigación, la ayuda presupuestaria no específica ni la ayuda humanitaria gestionada par ECHO.

COMPROMISOS TOTALES EN RELACIÓN CON LOS PROYECTOS/PROGRAMAS HAP PARA 1995-2000 FINANCIADOS MEDIANTE LOS INSTRUMENTOS DE COOPERACIÓN FINANCIERA Y TÉCNICA FED Y ALAMED[25]

Región	**Compromisos totales en millones de euros**	**Desembolso total en millones de euros**	**Desembolso respecto a los compromisos (total)**
Asia	408 620	36 657	31,03%
América Latina	111 127	28 128	25,31%
Región mediterránea	285 160	126 813	12,86%
ACP (incluida Sudáfrica)	584 970	126 449	21,62%
Total global	**1 389 877 millones de euros**	**318 047 millones de euros**	**22,88%**

[25] Inventario de la Oficina EuropeAid, 7.3.2001. No se incluyen las intervenciones financiadas mediante otros instrumentos como la ayuda presupuestaria (incluido el ajuste estructural), la cofinanciación de las ONG, la investigación, las líneas presupuestarias para la ayuda a los refugiados o ECHO; tampoco se incluye la financiación de programas sanitarios en el marco de los programas Phare o TACIS.

Anexo 6: Resumen de la política de desarrollo de la CE, de las inversiones de los Estados miembros de la UE y de las políticas de desarrollo en el ámbito de la salud

Política de desarrollo de la Comunidad

La política de desarrollo de la CE ha seleccionado varios campos en función de su contribución potencial a la reducción de la pobreza y respecto a los cuales la actuación comunitaria supone un valor añadido. Dichos campos son: los transportes; la ayuda a la integración regional; la vinculación entre el comercio y el desarrollo; el apoyo a las políticas macroeconómicas y el fomento del acceso equitativo a los servicios sociales; la seguridad alimentaria y el desarrollo rural sostenible; el desarrollo institucional. La salud y la educación están incluidas en el campo "*apoyo a las políticas macroeconómicas y fomento del acceso equitativo a los servicios sociales"*. La **Declaración Conjunta del Consejo y de la Comisión** de noviembre de 2000 hace **hincapié en los sectores sociales**, afirmando lo siguiente: *De acuerdo con el marco macroeconómico, la Comunidad debe seguir respaldando los sectores sociales (salud y educación), con el fin, en especial, de garantizar un acceso equitativo a los servicios sociales ... Dado el carácter mundial de la situación de las enfermedades transmisibles y sus repercusiones en la pobreza, es absolutamente necesaria una actuación acelerada de la Comunidad y de sus Estados miembros en este campo, que se ocupe de sus distintos aspectos.* En la Declaración se da un claro mandato a la Comisión con el fin de garantizar la coherencia y el desarrollo sostenible: *Debe conseguirse una mayor coherencia entre las diferentes políticas comunitarias centradas en el desarrollo sostenible. Para ello debe realizarse un análisis sistemático y profundo de todos los efectos indirectos de las medidas en los campos especialmente sensibles y deben tenerse en cuenta los problemas de desarrollo en el proceso de toma de decisiones de la Comisión.* En la mayoría de los países, la ayuda comunitaria al desarrollo debe **limitarse a uno o dos sectores y, en su caso, al apoyo macroeconómico**. Dada esta limitación, la ayuda directa al sector social, en especial la salud, puede no ocupar siempre un lugar destacado en el conjunto de la ayuda comunitaria a los países en desarrollo. Sin embargo, la contribución total de la Comunidad al sector de la salud de los países en desarrollo, mediante un apoyo macroeconómico y el apoyo a otros sectores, seguirá siendo considerable.

Inversiones totales de los Estados miembros en el ámbito de la salud en los países en desarrollo

Estado miembro	AOD total/PNB 2000	Compromisos totales de la AOD en el ámbito de la salud - 1999[26]	Estado miembro	AOD total/PNB 2000 -%	Compromisos totales de la AOD en el ámbito de la salud - 1999	Estado miembro	AOD total/PNB 2000	Compromisos totales de la AOD en el ámbito de la salud - 2000
Austria	0,25	13,4	**Alemania**	0,27	2,8	**Países bajos**	0,82	5,0

[26] *OECD-Aid by Major Purposes, 1999:* http://webnet1.oedc.org/xls/M00002000/M00002855.xls

Bélgica	0,36	12,9	**Grecia**	0,19	4,3	**Portugal**	0,26	3,0
Dinamarca	1,06	14,0	**Irlanda**	0,30	10,1	**España**	0,24	6,0
Finlandia	0,31	6,4	**Italia**	0,13	5,2	**Suecia**	0,81	4,2
Francia	0,33	3.8	**Luxemburgo**	0,70	14,5	**Reino Unido**	0,31	5,8

Políticas de desarrollo de los Estados miembros en el ámbito de la salud

Estado miembro	Enfermedades prioritarias / enfermedades de los pobres	Planteamiento plurisectorial	Financiación equitativa	Nivel mundial
Austria	Datos no facilitados (N/F)	N/F	N/F	N/F
Bélgica Referencia: Ministerio de Asuntos Exteriores, Comercio Internacional y Cooperación Internacional. Nuevo proyecto de política sectorial sobre "Cooperación internacional en el ámbito de la salud" en preparación, 2002-2006	Consolidación de los sistemas sanitarios (Planteamientos plurisectoriales, Reforma del sector sanitario, Descentralización) Integración de las actividades de prevención y control de las principales enfermedades transmisibles en el seno de los servicios sanitarios básicos y un especial énfasis en la salud reproductiva, materna e infantil Control y gestión SIDA/ITS	Integración de la salud en las comunicaciones estratégicas sobre educación, socioeconomía y, hasta cierto punto, también en las relativas a pacificación y cooperación internacional, medio ambiente, agricultura y seguridad alimentaria	Investigación y ayuda operacional a la financiación de microcréditos y cuidados sanitarios Ayuda a los sistemas comunitarios de financiación y a las compañías de seguros de salud adaptados a las circunstancias locales y gestionados por la población local	Recomendación de aumento de las donaciones y de apoyo nacional para un mejor acceso a la asistencia sanitaria Apoyo a una mayor facilidad de acceso a los medicamentos Investigación global sobre medicamentos y vacunas, especialmente para las enfermedades menos tenidas en cuenta
Dinamarca **(DANIDA)** Ministerio de Asuntos Exteriores,	Prevención del VIH/SIDA, infecciones respiratorias , enfermedades diarreicas, tuberculosis, paludismo, mortalidad maternal; prevención de la desnutrición infantil; inmunización, duración de los resultados; reducción de la pobreza; igualdad entre los sexos;	N/F	Reorganización de la financiación pública de modo que los ámbitos prioritarios se financien eficazmente y las	N/F

DANIDA, Políticas Sectoriales DANIDA, “Salud", noviembre de 2000	control de enfermedades Reforma del sistema sanitario, asociación público-privado; planteamientos sectoriales; suministro y gestión de medicamentos Respuesta a amenazas emergentes, como las enfermedades crónicas		subvenciones se destinen adecuadamente Reducción del efecto de empobrecimiento de los accidentes sanitarios; elaboración de modalidades para las exenciones y para compartir los riesgos	
Finlandia Ministerio de Asuntos Exteriores, Cooperación al Desarrollo: "Mujeres, hombres y desarrollo. Igualdad entre los sexos en la cooperación finlandesa al desarrollo" (1999) “Ayuda humanitaria en la cooperación finlandesa al desarrollo” Julio de 1999 “Cooperación finlandesa al desarrollo 2000” Informe anual	N/F	N/F	N/F	N/F
Francia “La política francesa de cooperación, ayuda al desarrollo, gestión de la deuda y lucha contra la pobreza” (marzo de 2000)	Enfermedades transmisibles - VIH/SIDA, tuberculosis y paludismo, tripanosomiasis Fortalecimiento de los sistemas sanitarios por medio de la reforma, la descentralización, el desarrollo de los recursos humanos y la política de medicamentos	N/F	Elaboración de estrategias sostenibles de financiación del sector de la salud	N/F
Alemania (GTZ) "Invertir en la salud para la reducción de la pobreza, el desarrollo económico y la seguridad social" Actas del seminario de verano sobre la Sección Salud y Población del GTZ,	Establecimiento de sistemas sanitarios funcionales, asistencia sanitaria primaria Prestación de servicios de prevención, asistencia sanitaria de calidad, que incluyan MTCT y prevención entre los grupos marginalizados	Protección primaria del medio ambiente Integración de actividades en relación con el VIH/SIDA en proyectos no sanitarios,	Elaboración de estrategias sostenibles de financiación del sector de la salud Asociaciones público-privadas	N/F

septiembre de 2001 "Promoción de iniciativas para erradicar la mutilación genital femenina" "Respuestas al VIH/SIDA en los países en desarrollo; la contribución de GTZ: 15 años de experiencia; panorama". Junio de 2001 "VIH/SIDA. Amenaza y Prevención en grupos étnicos marginados". Junio de 2001	Descentralización y participación de la comunidad para mejorar la salud de las poblaciones más pobres; control de enfermedades; salud reproductiva y sexual, mujeres Promoción de iniciativas para erradicar la mutilación genital femenina	(lugar del trabajo, escuelas de formación profesional, asociaciones de padres, alumnos de escuelas primarias) Asociaciones público-privadas	Fomento de la seguridad social de la salud	
Grecia "Informe sobre el VIH/SIDA en la Asamblea General de las Naciones Unidas". Junio de 2001	Mejor acceso de los pobres a los servicios de salud, incluidos la asistencia primaria y los medicamentos Enfermedades transmisibles (VIH/SIDA, malaria, TB), sobre todo para la prevención del VIH/SIDA y la lucha contra el mismo Mejora de la salud de las mujeres y los niños y de la salud reproductiva	Planteamientos plurisectoriales: salud, educación y pobreza	Elaboración de estrategias sostenibles de financiación del sector de la salud	Apoyo a la OMS, UNICEF, UNAIDS, UNPFA Acceso a los medicamentos
Irlanda Estrategia y directrices de ayuda para el sector sanitario 2000 Estrategia VIH/SIDA para el Programa Irlandés de Ayuda 2000 Directrices de la Ayuda Irlandesa en materia de Agua y Saneamiento	Consolidación del sistema sanitario a nivel nacional y subnacional Ayuda a la prevención y el control de las enfermedades transmisibles, a la salud reproductiva, desarrollo de los recursos humanos; información y vigilancia Apoyo a la asistencia sanitaria descentralizada y fomento de las iniciativas locales Ayuda a la prevención del VIH/SIDA y a la	Integración del VIH/SIDA en todos los sectores Consideración de las repercusiones sobre la sanidad del apoyo a Ireland Aid en otros sectores	Mantener la ayuda a Ireland Aid dentro de los márgenes presupuestarios nacionales Facilitar el desarrollo de MTEF y de las estrategias de financiación de la sanidad Ayuda a la vigilancia de los planes de recuperación de	Funciones de apoyo en el seno de NU, UE y otras organizaciones internacionales Apoyo a iniciativas internacionales y algunas asociaciones público-privado Apoyo a agencias multilaterales tales como

Fomento de los intereses de Irlanda: declaración sobre la estrategia del Ministerio 1998-2000	aminoración de sus repercusiones mediante respuestas institucionales, integradas y específicas		costes	OMS, UNICEF, UNAIDS
Italia Ministerio de Asuntos Exteriores, Cooperación al Desarrollo. Departamento de Cooperación "Directrices de la cooperación italiana para la reducción de la pobreza", octubre de 1999	N/F	N/F	N/F	N/F
Luxemburgo Ministerio de Asuntos Exteriores del Gran Ducado de Luxemburgo/ Dirección de la Cooperación al Desarrollo: - "Una estrategia para la cooperación luxemburguesa", 1997 -"La lucha contra la pobreza en la cooperación luxemburguesa" Informe anual de 1999	Continuación de las inversiones actuales en Recursos Humanos, en especial en Educación y en Asistencia Sanitaria Primaria	"Acciones integradas" para luchar contra la pobreza a diversos niveles (salud, transporte, agricultura, agua, planificación familiar, cometidos de la mujer, microcréditos)	N/F	Asociación con UNFPA, OMS, UNRWA, OCDE (directrices DAC)
Países Bajos Planteamientos sectoriales para el desarrollo de la salud: experiencias de campo neerlandesas en cooperación	Planteamiento de los problemas de salud que tiene relación con la pobreza Mejora de la salud reproductiva y sexual	Integración de las cuestiones de salud en otros sectores Colaboración con otros	N/F	Apoyo a asociaciones multilaterales como OMS, UNPFA, UNAIDS, UNICEF, Banco Mundial

internacional (1999) Política y praxis neerlandesa en el ámbito de la salud reproductiva (1999) Suministro de agua y saneamiento en los países en desarrollo (1998) Nutrición: interacciones de alimentación, salud, y asistencia (1998) Informe sobre VIH/SIDA (1998-2002, en preparación) Pobreza y VIH/SIDA (2001) Pobreza y salud (2001)	Consolidación de los sistemas sanitarios Reducción de la expansión del VIH/SIDA y de los efectos sobre las personas y la sociedad	departamentos para potenciar y apoyar las medidas intersectoriales Cuestiones plurisectoriales (por ej. salud reproductiva, nutrición, agua y saneamientos) en los planteamientos intersectoriales de la sanidad Integración del VIH/SIDA en los otros sectores		Iniciativas globales en el ámbito de la salud Bienes públicos globales Acceso a los medicamentos OMC/TRIP
Portugal Ministerio de Sanidad "El compromiso respecto de la salud - estrategia sanitaria en el nuevo siglo (1998-2002)" "Directrices sanitarias - contribución a las grandes opciones de la planificación", 2000	Prioridad a la reducción de las diferencias entre la población Estrategia para mejorar el acceso de los sectores más desfavorecidos y de los inmigrantes al sistema de sanidad nacional Programas y proyectos de salud sobre planificación familiar, vacunaciones, VHI/SIDA, tuberculosis y adicciones Programas de cooperación basados en la formación y la cooperación para el desarrollo	Vigilancia de la calidad del agua y de los saneamientos Vigilancia de la contaminación ambiental Fomento de las Escuelas de Salud	Cooperación con el Ministerio de Trabajo y Solidaridad	Apoyo al Banco Mundial, OMS, UNAIDS, NU, UNICEF
España	N/F	N/F	N/F	N/F
Suecia (SIDA) “Manual de integración de las cuestiones de género en el sector de la	Desarrollo del sistema sanitario Prestación de asistencia sanitaria de calidad aceptable, a un precio razonable, equidad e igualdad entre los	Fortalecimiento del papel del sector de la	Elaboración de estrategias sostenibles de financiación	N/F

salud", junio de 1997 "Invertir para las generaciones futuras. Respuesta internacional de Suecia al VIH/SIDA", 1997 "Política de cooperación al desarrollo, sector de la salud", junio de 1997 "Estrategia de cooperación al desarrollo, salud y derechos en el ámbito de la reproducción y la sexualidad", 1997 "Documento de postura: Población, desarrollo y cooperación", 1997 "Hechos y cifras 2000: Salud y desarrollo"	sexos; financiación pública-privada Mejora de los derechos en el ámbito de la salud sexual y reproductiva Salud pública, inmunización y salud infantil; política de medicamentos y utilización racional de los mismos	salud en la orientación de las políticas relacionadas con la salud de otros sectores Puesta en marcha de planteamientos plurisectoriales	del sector de la salud	
Reino Unido (DFID) DFID "Una mejor salud para los pobres-Estrategias para conseguir los objetivos internacionales de desarrollo", noviembre de 2000	Prioridad para los problemas de salud de los pobres Inversión en sistemas sanitarios sólidos y eficaces Fomento de una respuesta global más eficaz al VIH/SIDA Creación de entornos sociales, políticos y físicos para mejorar la salud Mejora de la salud reproductiva y sexual Mejora de la salud infantil Salud materna	Mejora del acceso al agua limpia y el saneamiento Integración del problema del VIH/SIDA Educación	Ayuda presupuestaria SWAPS Pobreza y salud	Inversión en nuevos conocimientos a través de la OMS y programas financiados directamente Bienes públicos mundiales Acceso a los medicamentos Apoyo a UNICEF, UNFPA, UNAIDS, IPPF

	Objetivos de Desarrollo del Milenio			

Una primera evaluación de lo anterior lleva a la siguiente conclusión: la mayoría de los Estados miembros tienen políticas sanitarias bien elaboradas para los países en desarrollo y algunos de ellos han reformulado sus políticas en el contexto de la reducción de la pobreza. La mayoría de los Estados miembros centran su labor en el nivel nacional a fin de mejorar la situación sanitaria de los pobres y algunos de ellos desempeñan un papel clave a nivel mundial. Se presta menos atención a la coherencia de las políticas a nivel nacional y mundial. Pocos Estados miembros destacan el potencial de un planteamiento plurisectorial en el sector de la salud, al margen del VIH/SIDA. Pocos Estados miembros se concentran en una financiación equitativa y en las inversiones en bienes públicos mundiales.