

## LA AYUDA OFICIAL AL DESARROLLO EN SALUD EN EL PERÚ

Carlos Arósquipa<sup>1,2a</sup>, Julio Pedroza<sup>1a</sup>, Carlos Cosentino<sup>1b</sup>, Karim Pardo<sup>3c</sup>

### RESUMEN

En este artículo se revisa la ayuda oficial al desarrollo a través de la cooperación internacional, particularmente en el campo de la salud, a nivel regional y en el Perú. Se describe como ha sido su evolución desde 1995, cuales son las fuentes cooperantes, que proyectos han sido y se están financiando así como las áreas que reciben mayor cooperación. Se hace un análisis de la experiencia obtenida por el Ministerio de Salud del Perú y cuales son las lecciones aprendidas. Finalmente se evalúan las tendencias de la cooperación internacional al desarrollo.

**Palabras clave:** *Cooperación internacional; Agencias internacionales; Organizaciones No Gubernamentales; Peru (fuente: DeCS BIREME).*

## THE OFFICIAL DEVELOPMENT ASSISTANCE IN HEALTH IN PERU

### ABSTRACT

This article reviews the official development assistance through international cooperation, particularly in the health field, both regionally and in Peru. It has been described as its evolution since 1995, which are cooperating sources, which projects have been and are being financed as well as areas that receive more cooperation. An analysis is made of the experience gained by the Ministry of Health of Peru, and what are the lessons learned. Finally assesses the trends in international development cooperation.

**Key words:** *International cooperation; International agencies; Non-Governmental Organizations; Peru (source: DeCS BIREME)*

## INTRODUCCIÓN

Conocer la evolución de los modelos de desarrollo ensayados en el último siglo, permitirán entender las reformas de salud y las tendencias de la cooperación internacional<sup>1</sup>, y de esta forma tomar lecciones aprendidas a fin de enfrentar con éxito los actuales retos.

En el tercio final del siglo pasado, luego de entrar en crisis el modelo de desarrollo de sustitución de importaciones, que había logrado un relativo grado de bienestar en las sociedades de los países latinoamericanos<sup>2</sup>, se dieron cambios profundos en la estructura del Estado así como en la relación de este con la población<sup>3</sup>.

De ser un estado benefactor, sobredimensionado, y productor de bienes y servicios, se pasó a un Estado más pequeño y con una gran deuda fiscal que definió la crisis del Estado característica de los años 80. Esto generó muchos despidos laborales y por tanto muchas familias en situación de pobreza, los pocos empleados que quedaban vieron precarizar sus salarios y condiciones de trabajo, y muchas empresas nacionales quebraron ante el arrollador avance de los capitales transnacionales que cada vez dominaban más los mercados nacionales, lo que provocó inevitablemente, un incremento del número de familias pobres en toda la región, los llamados cinturones de pobreza periurbanos de las grandes metrópolis y ciudades.

<sup>1</sup> Ex funcionarios de la Oficina General de Cooperación Internacional, Ministerio de Salud. Lima, Perú.

<sup>2</sup> Organización Panamericana de la Salud. Washington DC, Estados Unidos.

<sup>3</sup> Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unánue, Proyecto PAMAFRO. Lima, Perú.

<sup>a</sup> Médico Salubrista especialista en Salud Internacional; <sup>b</sup> Médico Neurólogo; <sup>c</sup> Médico Salubrista.

Se estaba, por tanto, en una transición de un modelo de desarrollo a otro: el de sustitución de importaciones al de globalización. Los organismos multilaterales (Banco Mundial, Fondo Monetario Internacional y Banco Interamericano de Desarrollo) promovieron entonces sendos programas de ajuste y reforma estatal que los países en vías de desarrollo debían asumir, a cambio de créditos y capitales que dinamizarían las ya precarias economías. Asimismo, impulsaron planes de mitigación de los daños sociales que estas reformas provocaron, en especial la pobreza y la exclusión social que afectaban cada vez a más personas. Los efectos de esto, se podía apreciar en los indicadores sanitarios, bastante sensibles a las condiciones de vida de las personas.

Las reformas económicas y programas sociales implementados durante las décadas de los ochenta y noventa en la mayoría de los países del mundo, no sólo no trajeron consigo el progreso esperado, sino que durante este periodo aumentó la pobreza, empeoró la distribución del ingreso y se acrecentó la diferencia entre ricos y pobres. Como lo plantea Sophie Bessis<sup>4</sup>, "La aparición de sociedades duales, en las que la extrema riqueza convive con la pobreza más abyecta parece ser en todo el mundo una de las consecuencias más espectaculares de las mutaciones de los años ochenta".

Para enfrentar este problema en la década de los 90', se entendió como pobreza la carencia de bienes y servicios<sup>5</sup>, por lo cual, los programas sociales emprendidos por los países con apoyo de la cooperación internacional, en especial la Banca de Desarrollo, estaban orientadas a proveer a los pobres de aquellos bienes y servicios que carecían mediante subsidios focalizados, buscando eficiencia y eficacia en el uso de los escasos recursos destinados para tal fin. En el ámbito sanitario se construyeron establecimientos de salud que ampliaron la red de servicios sanitarios, así como la creación de programas de salud que estaban orientados a proveer servicios específicos para la prevención y control de enfermedades de gran externalidad negativa y que afectaban en particular a los pobres.

En el presente, nos encontramos en un momento, en el cual se cuestiona el enfoque asumido para mitigar la pobreza, inequidad y exclusión social, entendiendo ahora la pobreza, como la carencia de oportunidades y no solo de bienes y servicios<sup>6</sup>. Por tanto, las reformas sociales de segunda generación están orientadas a promover

la equidad como mayores y mejores oportunidades, dejando atrás la época de los subsidios.

Bhalla y Lapeyre plantean que el concepto de pobreza, aún en sus desarrollos más recientes que exploran no sólo su dimensión económica sino su dimensión social, como en los trabajos de Amartya Sen, tiene que ver con el aspecto distributivo de los recursos y las oportunidades, mientras que la exclusión social tiene que ver con el aspecto relacional de ellos<sup>7</sup>. Es decir, la pobreza tiene que ver con privación, en tanto la exclusión social tiene que ver con ausencia de membresía, entendiendo membresía como el formar parte de una red social. De este modo, la pobreza no siempre implica exclusión. Aún más, la pobreza no siempre es un buen indicador de exclusión. Las personas pueden ser pobres y no estar excluidas de la satisfacción de ciertas necesidades básicas y, al revés, las personas pueden no ser pobres y estar excluidas por otros motivos, como aislamiento geográfico o cultural. Por ejemplo, Sen demuestra que países con distinto ingreso per cápita poseen el mismo nivel de logros en expectativa de vida y acceso a servicios sociales<sup>8</sup>.

Por tanto, el reto de América Latina y la cooperación internacional dirigida a esta región, es la de fortalecer las instituciones que están llamadas a dirigir estas reformas sociales de segunda generación que deben promover la equidad. En salud, esto significa fortalecer al ente rector como diseñador de las grandes políticas sanitarias a largo plazo y regulador de las relaciones entre los principales actores del sistema sanitario y los entes subnacionales de salud, que en el marco de la descentralización, son los llamados a implementar las estrategias que lleven al logro de los objetivos sanitarios nacionales y regionales.

## LA COOPERACIÓN EN SALUD

La cooperación de países desarrollados hacia países en vías de desarrollo, en general puede seguir varios caminos, los cuales se ven esquematizados en la figura 1. La Asistencia o Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD)<sup>a</sup> es una importante fuente de financiamiento en la lucha mundial contra la pobreza<sup>9</sup>. Incluye asistencia bilateral de los países donantes así como aporte de recursos a las organizaciones multilaterales en beneficio de los países en vías de desarrollo. Esta cooperación puede ser a través de préstamos (cooperación financiera) o donaciones (cooperación técnica).

<sup>a</sup> La asistencia oficial para el desarrollo comprende subvenciones o préstamos a los países y territorios que figuran en la parte I de la relación de beneficiarios de ayuda publicada por la Organización de Cooperación Desarrollo Económicos (OCDE). Tiene que suministrarla el sector oficial de un país donante, con el objetivo fundamental de fomentar el desarrollo económico y el bienestar del país receptor. Si se trata de un préstamo, tendrá un elemento de subvención de, al menos, 25%<sup>1</sup>.

Dentro de la Ayuda No Oficial, existe una **cooperación público-pública** que se establece directamente entre instituciones públicas de un país donante y otro receptor, como el que se da entre municipios o instituciones como hospitales, que según la autonomía que tengan podrán suscribir acuerdos o convenios de cooperación, generalmente de carácter técnico. La **cooperación público-privada** es aquella que se establece entre un organismo público de un país donante, como un municipio, ayuntamiento o gobierno regional autónomo y una institución privada como una ONG, congregación religiosa o fundación. La **cooperación privado-pública** es aquella que involucra a una institución privada de un país donante como una Fundación (Rockefeller, Bill & Melinda Gates, etc) u Organización de Cooperación Internacional (ENIEX) como CARE, OXFAM, Médicos sin Fronteras, etc. y una institución pública o el propio gobierno; finalmente la **cooperación privado-privada** en la que dos organizaciones privadas establecen relaciones de cooperación como es el caso de las ONG de países desarrollados con ONG de países en desarrollo (Figura 1).

La cooperación sanitaria es parte de los programas de cooperación que caracterizan las relaciones internacionales entre países desarrollados y países en vías de desarrollo. Las cumbres de jefes de estado y las reuniones mundiales celebradas en los últimos años,

se caracterizan por acuerdos o mandatos en los que no sólo se consensúan posiciones políticas y económicas sobre diferentes problemas de la agenda mundial, sino también definen las líneas de cooperación hacia los países en desarrollo: definen no sólo prioridades temáticas sino también geográficas y poblacionales.

En la década de los 70, la Organización de Naciones Unidas (ONU) planteó que los países desarrollados debían dedicar por lo menos el 0,7% de su PBI a la AOD. Actualmente, sólo algunos países nórdicos han superado esta meta y falta mucho para que los países más ricos del planeta lleguen por lo menos a 0,5% de su PBI.

Sin embargo, de acuerdo con los datos preliminares de la Organización de Cooperación para el Desarrollo Económico (OCDE), que agrupa a los países más desarrollados del mundo, la AOD proporcionada por sus miembros llegó a los 104,4 billones USD en 2006, lo cual representa una caída de 4,5% en términos reales –ajustado a inflación y tasa cambiaria- comparado con el 2005. Los Estados Unidos de Norteamérica se mantiene como el mayor donante en términos de volumen (\$ 23,5 billones en 2006), seguido por Reino Unido, Japón, Francia, y Alemania; pero si comparamos la AOD con el Producto Bruto Interno (PBI) de cada unos de estos países, los países que han hecho un mayor

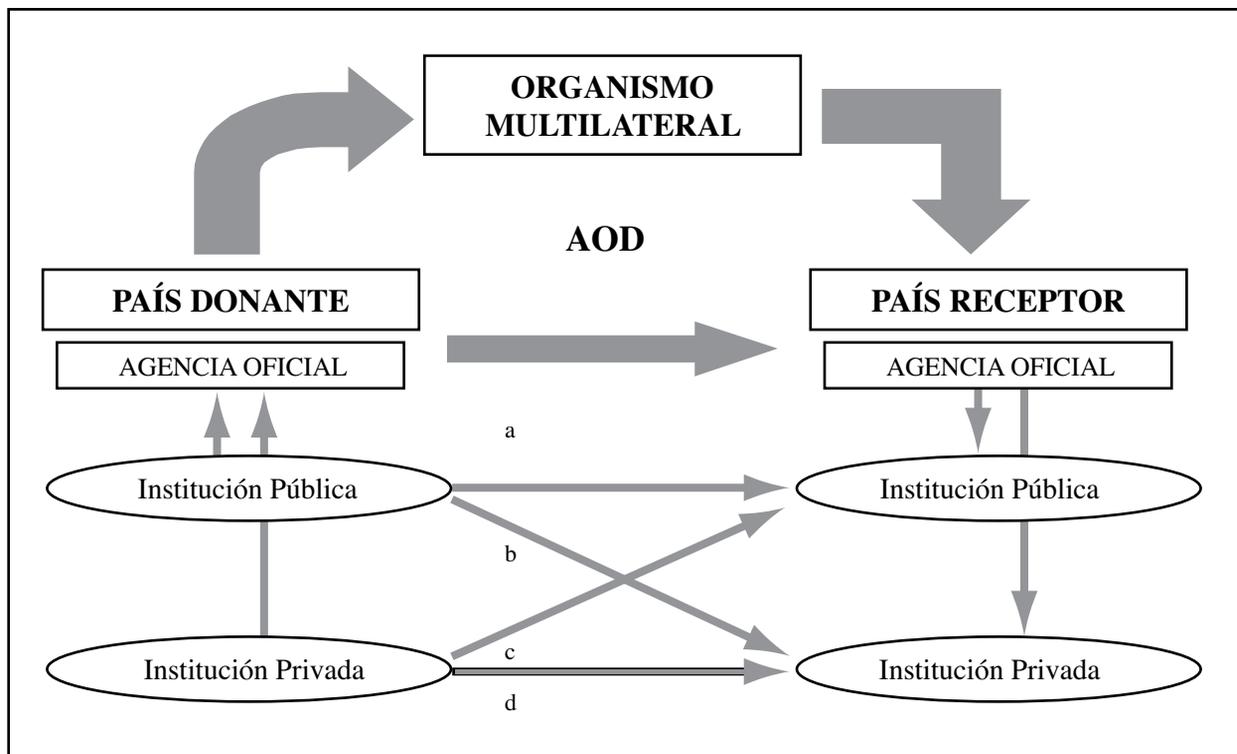
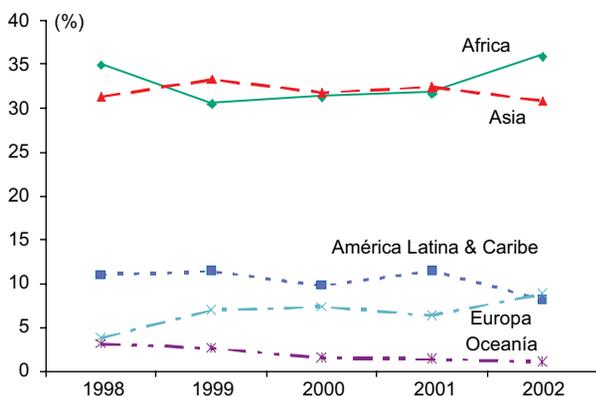


Figura 1. Modalidades de cooperación internacional. AOD: Ayuda Oficial al Desarrollo. a) Cooperación público-pública; b) Cooperación público-privada; c) Cooperación privado-pública; d) Cooperación privado-privada.



**Figura 2.** Ayuda oficial al desarrollo recibida según regiones 1998-2002.

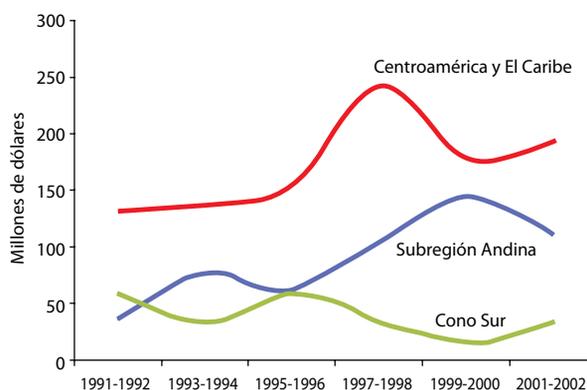
Fuente: OECD base de datos

esfuerzo destinando la mayor parte de sus ingresos a la AOD son Suecia, Noruega, Luxemburgo, Holanda y Dinamarca, quienes han alcanzado la meta de la ONU de destinar al menos 0,7% de su PBI a la AOD. En total, la AOD de 2006 representó 0,31% del PBI de todos los países miembros de CAD, mientras que en 2005 fue de 0,33% y en 2004 de 0,26%<sup>10</sup>.

La distribución geográfica de la AOD para el año 2002<sup>11</sup> por continentes muestra que África y Asia han recibido una mayor proporción de la AOD, tanto en términos absolutos como relativos, representando el 66% de toda la AOD. América Latina y el Caribe (ALC) recibieron aproximadamente 11% de toda la AOD durante los años 1998 a 2001, habiendo declinado a 8% en el 2002 (Figura 2). Si analizamos esta misma información usando el indicador de ayuda neta per cápita, tenemos que el mundo recibió 13 dólares por habitante de ayuda, Oceanía 183, Europa 55, África 27, América Latina y el Caribe 10 y Asia 6 dólares por habitante de AOD.

Dentro de ALC, la distribución de la AOD para el año 2002 revela que 50% de estos recursos fueron hacia Centroamérica y el Caribe, mientras que 41% hacia la Subregión Andina y 9% hacia el Cono Sur (Figura 3). Entre los cinco primeros receptores de AOD están Bolivia, Nicaragua, Perú, Colombia y Honduras, los primeros donantes para ALC son Estados Unidos, Japón, España, Alemania, la Comunidad Europea y Holanda. De estos, aquellos que han destinado una mayor proporción de su ayuda para ALC son España (41%), Holanda (12%) Estados Unidos (10%) y Alemania (10%).

Por otro lado, de acuerdo con la clasificación que hace el Banco Mundial según el PBI per capita al año 2006, el Perú ha sido catalogado como un país de ingresos medio bajo<sup>12</sup> con lo cual es cada vez más difícil canalizar



**Figura 3.** Ayuda oficial al desarrollo en salud recibida en América Latina 1991-2002.

Fuente: OECD base de datos

recursos externos hacia el sistema de salud peruano. La oferta de cooperación actual es principalmente cooperación financiera reembolsable, pero el nivel de endeudamiento del país, hace inviable en el corto y mediano plazo recibir más de este tipo de cooperación.

En los últimos años, el Perú ha estado recibiendo aproximadamente US\$ 500 millones anualmente en cooperación técnica y financiera dirigidas a proyectos nacionales, macroregionales o regionales, en apoyo a la lucha contra la pobreza, fortalecimiento de PYMES, mejora de la salud, educación, mejora del medio ambiente entre otros<sup>13</sup>. De estos recursos, aproximadamente 50 millones anuales han ido dirigidos al sector salud a través de proyectos de cooperación, lo cual representa aproximadamente 17% del total de cooperación que el Perú recibe.

Por otro lado, la implementación del Sistema Nacional de Inversión Pública (SNIP)<sup>14</sup> por parte del Gobierno Peruano, con la finalidad de racionalizar la inversión pública, hace cada vez más difícil negociar con potenciales fuentes cooperantes proyectos en salud, pues el SNIP exige que estos deban haber sido aprobado primero por los responsables de dicho sistema (MEF o las OPI de los sectores), antes de que pueda ser presentado formalmente por la Agencia Peruana de Cooperación Internacional al país cooperante. Si bien es cierto que los proyectos negociados serán financiados con aporte externo, la existencia de una mínima contrapartida nacional obliga a pasarlo por el SNIP, cuya evaluación y aprobación puede demorar en el mejor de los casos entre tres a cinco meses. El grado de complejidad de los formatos exigidos por el SNIP para presentar un Perfil de Proyecto, hace poco probable que los equipos técnicos de gobiernos regionales o servicios de salud periféricos logren desarrollar propuestas cualitativamente buenas. El Ministerio de Salud a través de su Oficina de

Cooperación Internacional, se encuentra apoyando y asesorando la formulación de proyectos dentro del SNIP, pero sus resultados podrán recién apreciarse en el mediano plazo.

## EL PASADO RECIENTE DE LA COOPERACIÓN

En la década de los 90 se implementaron proyectos de distinto alcance los cuales han sido utilizados para hacer este breve análisis. A continuación, se hace un listado de algunos de los más importantes proyectos iniciados en la década pasada y que han culminado.

1. Programa de Fortalecimiento de Servicios de Salud.
2. Proyecto Generación de Capacidades.
3. Proyecto Salud y Nutrición Básica.
4. Rehabilitación de Servicios Generales de 23 hospitales macroregionales Norte, Sur, Centro y Oriente.
5. Proyecto 2000 y Extensión del Proyecto 2000.
6. Programa de Cooperación del UNFPA 1996-2000.
7. Programa de Cooperación de UNICEF 1996-2000.
8. Presupuesto Operativo de la Organización Panamericana de la Salud.
9. Salud Integrando la Frontera.
10. Proyecto de construcción del Hospital de la Amistad Perú-Japón (Mejoramiento de la Calidad de Atención Materno Infantil).
11. Mejora de los servicios de salud del primer nivel a través de la interacción docente-asistencial.
12. Mejora de los servicios de salud familiar en Puno.
13. Proyecto de Mejoramiento de Nutrición para Infantes.
14. Proyecto Nippon Foundation.
15. Mantenimiento técnico de hospitales.
16. Proyecto Piloto de Apoyo a la Reforma del Sector Salud en Arequipa.

Todos estos proyectos representaron US\$ 212 738 808 y comprendieron proyectos que iniciaron entre los años la década pasada. La duración fue variable; tenemos proyectos de cinco años de duración hasta proyectos de dos años, pero todos son proyectos culminados a la fecha actual.

De todo este monto, 43% correspondió a cooperación bilateral mientras que 57% fue de cooperación multilateral, de los cuales el 84% (102 millones de dólares) correspondió a préstamos del Banco Mundial y Banco Interamericano de Desarrollo los que financiaron

**Tabla 1.** Cooperación en salud según fuentes, Perú 1995-2002.

Fuente	Monto*	(%)
<b>Multilateral</b>	<b>121,65</b>	<b>(57,2)</b>
Banco Interamericano de Desarrollo	68,00	(55,9)
Banco Mundial	34,00	(27,9)
UNICEF	12,00	(9,9)
OPS/OMS	4,40	(3,6)
UNFPA	3,25	(2,7)
<b>Bilateral</b>	<b>91,08</b>	<b>(42,8)</b>
Japón	46,43	(51,0)
Estados Unidos	30,00	(32,9)
Alemania	11,45	(12,6)
Reino Unido	2,45	(2,7)
Unión Europea	0,75	(0,8)
<b>Total</b>	<b>212,74</b>	<b>(100)</b>

los dos más grandes proyectos desarrollados la década pasada: Programa de Fortalecimiento de Servicios de Salud (PFSS) y Proyecto de Salud y Nutrición Básica (PSNB).

### COOPERACIÓN BILATERAL

La cooperación bilateral incluyó donaciones y préstamos, Japón fue el principal donante con el 51% de todo el aporte bilateral, invertidos en la construcción y equipamiento de un Pabellón en el Instituto Materno Perinatal, en el co-financiamiento del Programa de Fortalecimiento de Servicios de Salud (PFSS) y en un pequeño proyecto de mejora de la oferta en salud sexual y reproductiva en comunidades nativas amazónicas del Perú. El aporte hecho para cofinanciar el PFSS fue un préstamo del Banco para la Cooperación Internacional Japonés (JBIC) antes llamado Fondo de Cooperación Económica de Ultramar.

Estados Unidos de Norteamérica, a través de su Agencia Internacional para el Desarrollo (USAID), fue el segundo país donante de la cooperación bilateral con 33% de esta modalidad de cooperación. Estos recursos fueron invertidos en el Proyecto 2000 el cual promovió la mejora de la oferta de servicios maternos infantiles en zonas priorizadas del Perú. Apoyó la capacitación y equipamiento de servicios de primer y segundo nivel de complejidad en salud materna y perinatal.

Alemania aportó 12,6% de esta cooperación, de los cuales 69% corresponde a un préstamo de Banco

Nacional Alemán (KFW), para financiar el equipamiento de servicios generales de hospitales macrorregionales del Perú. Asimismo se desarrollaron dos proyectos, uno orientado a la mejora de los servicios de salud mediante la interacción docente asistencial en zonas priorizadas del Perú y el otro en mejorar la oferta de servicios de salud sexual y reproductiva en comunidades quechua hablantes de Puno.

La cooperación del Reino Unido financió un proyecto orientado a mejorar las capacidades de los recursos humanos, a través del financiamiento de estudios de posgrado a profesionales debidamente seleccionados, tanto en universidades nacionales como extranjeras. Finalmente la Unión Europea, financió un proyecto piloto en Arequipa de Apoyo a la Reforma del Sector Salud, el cual fue el preámbulo del proyecto que actualmente se viene ejecutando en Ayacucho, Huancavelica y Andahuaylas por un monto de US\$ 12,5 millones (Proyecto AMARES).

**COOPERACIÓN MULTILATERAL**

La cooperación multilateral, fue intensa durante estos años, pues luego de renegociar la deuda y reinsertarnos a la comunidad financiera internacional, se ofrecieron sendos préstamos para el desarrollo de planes y políticas de asistencia social para mitigar los efectos del ajuste estructural.

El préstamo del Banco Mundial permitió cofinanciar el Proyecto de Salud y Nutrición Básica, el cual desarrolló un nuevo modelo de atención de salud que sirvió de base para el que se viene implementando a la fecha. Buscó asimismo, mejorar las coberturas y calidad de los servicios de salud en Cusco, Cajamarca, Piura y Lima, promoviendo también mejores prácticas en salud y nutrición.

El BID cofinanció el Programa de Fortalecimiento de Servicios de Salud que permitió extender la red de servicios de salud en zonas rurales, equipando establecimientos de salud y capacitando a personal asistencial de los primeros niveles de atención de salud.

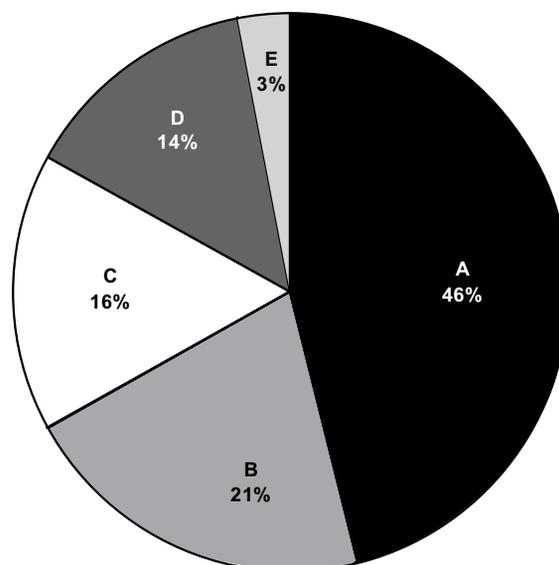
La cooperación no reembolsable de OPS, UNICEF y UNFPA se desarrolló con sus presupuestos regulares a través de sus programas de cooperación que según la organización, puso énfasis en salud materna-infantil (UNICEF), políticas de población, salud sexual y reproductiva en el caso de UNFPA y apoyo a los programas nacionales dirigidos por el Ministerio de Salud, en el caso de OPS.

Al analizar la distribución temática de la cooperación en estos años, vemos que el tema priorizado por los

proyectos es la reforma del sector salud, calidad de servicios de salud y desarrollo de un nuevo modelo de atención, que significó el 45,6% de toda la cooperación internacional en estos años.

Aparece en segundo lugar la salud materno infantil con 20,6% de los recursos a través de estrategias que estuvieron orientados a reducir la mortalidad materna e infantil, a través de la mejora de la oferta de servicios de salud y su extensión a regiones rurales y dispersas. El desarrollo de un Nuevo Modelo de Atención de Salud fue el propósito del Proyecto de Salud y Nutrición Básica, que significó el 16% de toda la cooperación.

La construcción y equipamiento de servicios de salud de alta complejidad fue un tema presente en los proyectos de la década pasada, a pesar de su relativo peso en la mejora de la salud de la población más pobre y excluida. Se destinó el 14,4% de toda la cooperación para construir un moderno pabellón del Instituto Materno Perinatal de Lima, el cual brinda atención especializada a la población de Lima Metropolitana y a los casos referidos de todo el país. Asimismo, se desarrolló un proyecto que tuvo como objetivo renovar los equipos de los servicios generales de hospitales macrorregionales del Perú, es decir los servicios de lavandería, cocina y calderos. La ejecución de este proyecto ha sido poco regular pues existe una subutilización de los equipos instalados.



**Figura 4.** Cooperación internacional en salud según grandes temas. Perú 1995-2002.

A) Reforma de salud, modelo de atención y calidad de servicios; B) Salud materno perinatal; C) Modelo de atención de salud; D) Infraestructura y equipamiento; E) Salud sexual y reproductiva.

El tema de salud sexual y reproductiva, significó aproximadamente 3% de toda la cooperación y estuvo orientada a mejorar la oferta de servicios especializados en salud sexual y reproductiva.

De acuerdo al estudio de Cuentas Nacionales en Salud<sup>15</sup> para el año 2000, el gasto total hecho en salud en el Perú equivalía a 2,4 billones de dólares, de los cuales el presupuesto del Ministerio de Salud representaba el 25%, y la cooperación internacional el 2%.

## EL PRESENTE DE LA COOPERACIÓN INTERNACIONAL EN SALUD

El listado de 30 proyectos de cooperación que fueron negociados y que son evaluados y supervisados por el Ministerio de Salud a través de su Oficina General de Cooperación Internacional, han sido utilizados para el análisis de la cooperación en esta década. Estos proyectos son los que a continuación se enumeran:

1. Subprograma de Salud Reproductiva del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA).
2. Programa de Cooperación Perú UNICEF.
3. Presupuesto Operativo de la Organización Panamericana de la Salud bienio 2004 – 2005 y 2006 - 2007.
4. Cobertura con Calidad
5. Proyecto VIGIA Enfrentando a las Amenazas de Enfermedades Infecciosas Emergentes y Reemergentes en el Perú.
6. Mejoramiento del manejo ambiental en sectores seleccionados.
7. Salud Integral del adolescente y VIH/SIDA
8. Programa de Apoyo a la Seguridad Alimentaria (PASA) 2003 - 2004 y 2005 - 2006
9. Proyecto Colaborativo para el fortalecimiento de la estrategia DOTS Plus.
10. Fortalecimiento de la prevención y control del SIDA y la Tuberculosis en el Perú. Fondo Global.
11. Proyecto de Apoyo a la Modernización del Sector Salud y su Aplicación en una Región del Perú (AMARES)
12. Proyecto de Fortalecimiento Institucional del Ministerio de Salud
13. Maternidad Segura. UNICEF.
14. Proyecto de la Amazonía: Promoción del Desarrollo Humano Sostenible. UNICEF. Fase I y II.
15. Proyecto Provisión de Servicios Básicos para evitar la Muerte Materna y Perinatal en Comunidades Pobres de los Andes Peruanos. UNICEF.
16. Escuela de Consejería en Adicciones. ECAD
17. Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud. Instituto Materno Perinatal.
18. Proyecto de Apoyo a la Reforma de Salud PARSALUD fase I y II
19. Una mejor salud para poblaciones en alto riesgo.
20. Construcción del nuevo local del Instituto Especializado de Rehabilitación.
21. Programa de Atención a Poblaciones afectadas por la violencia política.
22. Construcción del Centro de Salud Pachacútec Ventanilla.
23. Cooperación financiera presupuestal al SIS.
24. Proyecto sobre lavado de manos.
25. Proyecto de Fortalecimiento Institucional y Apoyo a la Gestión Ambiental y Social del Proyecto del Gas de Camisea.
26. Desarrollo de un sistema Integral de Aseguramiento de la Calidad para Laboratorios de Análisis de Alimentos de América del Sur
27. Apoyo al sistema de gestión de la calidad
28. Apoyo al sistema integrado de suministro de medicamentos
29. Proyecto de atención integral a niños y adolescentes en riesgo
30. Cuidados integrales en VIH/SIDA en el Centro Materno Infantil San José de Villa El Salvador

El monto total que significan estos proyectos es de US\$ 302 182 966 los cuales están siendo ejecutados en un lapso que varía desde los dos hasta los cinco años. Esto se traduce en una inversión anual de 50 millones de dólares aproximadamente en proyectos de cooperación.

Si analizamos la fuente de esta cooperación observamos que 67% de esta proviene de la ayuda multilateral, de los cuales 54% corresponde a préstamos blandos del BID y Banco Mundial para el Proyecto de Apoyo a la Reforma del Sector Salud (PARSALUD) Fase I y II y 28% al proyecto financiado por el Fondo Global para VIH/SIDA, TBC y Malaria los cuales representan los proyectos de mayor envergadura tanto por el monto de inversión como por el área de intervención.

La cooperación privada corresponde el Proyecto Colaborativo para el fortalecimiento de la estrategia DOTS Plus el cual es financiado por la Universidad de Harvard de los Estados Unidos de Norteamérica con fondos de la Fundación de Bill & Melinda Gates a través de la ONG Socios en Salud, y proyectos de diversas ENIEX: Catalyst, Médicos sin Fronteras Bélgica, PRISMA y SAMU Internacional. Cabe resaltar

**Tabla 2.** Cooperación en salud según fuentes, Perú 2003-2008.

Fuente	Monto*	(%)
<b>Multilateral</b>	<b>202,70</b>	<b>(67,1)</b>
Banco Interamericano de Desarrollo	56,24	(27,7)
Fondo Global	55,84	(27,5)
Banco Mundial	54,00	(26,6)
UNICEF	21,73	(10,7)
OPS/OMS	9,03	(4,5)
UNFPA	5,56	(2,7)
FAO	0,30	(0,1)
<b>Bilateral</b>	<b>85,22</b>	<b>(28,2)</b>
Estados Unidos	34,32	(40,3)
Unión Europea	21,40	(25,1)
Japón	15,58	(18,3)
Bélgica	6,00	(7,0)
Alemania	4,00	(4,7)
Corea	2,00	(2,3)
España	1,50	(1,8)
Suiza	0,42	(0,5)
<b>Privado</b>	<b>14,27</b>	<b>(4,7)</b>
<b>Total</b>	<b>302,18</b>	<b>(100,0)</b>

\* Millones de soles.

la creciente importancia que la cooperación privada ha empezado a cobrar en los últimos años y su tendencia creciente para los próximos años.

#### COOPERACIÓN BILATERAL

En el caso de nuestro análisis, Estados Unidos de Norteamérica es el principal donante con 40% de todo el aporte bilateral, a través de cinco proyectos cuyos objetivos están orientados a mejorar la oferta de servicios en salud reproductiva, ayudar al control de enfermedades infecciosas emergentes y reemergentes, la mejora de la gestión ambiental y estrategias de promoción de la salud. En segundo lugar está la Unión Europea con 25% de todo el aporte bilateral, con dos proyectos que están orientados a impulsar la reforma del sector salud en la región más pobre del país y al apoyo presupuestario directo para programas de salud colectiva en las regiones con más pobreza y exclusión del país. Alemania financia un proyecto en salud integral en el adolescente, siendo este, el último de varios proyectos que se ejecutaron con un importante aporte alemán en los últimos seis años en diversos puntos del país. España está financiando un proyecto que impulsa la modernización del sector salud en Tumbes, así como la implementación del nuevo

modelo de atención integral que el Ministerio de Salud ha diseñado. Suiza a través de su agencia COSUDE, financia un proyecto que busca capacitar a personas recuperadas de la adicción a drogas para su reinserción al mercado laboral. El aporte de Corea ha servido para construir y equipar un Hospital en Piura y un Centro de Salud en Ventanilla, mientras que el aporte de Japón está orientado a capacitar recursos humanos a través de pasantías en el Instituto Materno Perinatal y construir el nuevo local del Instituto Nacional de Rehabilitación. Bélgica ha aprobado recientemente apoyo presupuestal al SIS.

#### COOPERACIÓN MULTILATERAL

En este análisis, se ha incluido en este rubro al Fondo Global de Lucha contra el VIH/SIDA, TBC y Malaria. Esta última no es un organismo multilateral propiamente dicho, pero nació dentro de Naciones Unidas por lo cual se le incorporó en este rubro. Estos organismos representan a muchos países y manejan los recursos que estos aportan, así como otros que puedan canalizar de otras fuentes. El Perú recibe cooperación técnica y financiera del Sistema de Naciones Unidas a través de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), la Organización para la Alimentación y Agricultura de Naciones Unidas (FAO), el Banco Mundial (BM) y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID).

El Fondo Global se ha constituido a la fecha, en una importante fuente de recursos al sector, específicamente en los temas de VIH/SIDA y tuberculosis para los próximos cinco años. No se ha incluido en este análisis el proyecto aprobado para controlar la malaria en la región fronteriza de los países andinos, puesto que es un proyecto subregional que será ejecutado por el Organismo Andino de Salud. Estos recursos no son reembolsables.

El aporte del Banco Mundial y Banco Interamericano de Desarrollo son préstamos que forman parte del programa de cooperación que estos organismos establecen con el Perú y que están orientados a fortalecer al Estado y sus programas de asistencia social a través del Programa de Apoyo a la Reforma del Sector Salud que tiene como objetivo principal mejorar la salud materno infantil de las regiones más pobres del país mediante el apoyo al Seguro Integral de Salud, modernización de los establecimientos de salud, fortalecimiento de la salud colectiva y el desarrollo de políticas de salud.

Este y dos proyectos anteriores (Fortalecimiento de Servicios de Salud y Programa de Salud y Nutrición Básica) financiados por el BM y BID han saturado la

capacidad nacional de asumir nuevos préstamos para salud en lo que resta del presente decenio.

El Programa de Cooperación de la Organización Panamericana de la Salud está orientado a apoyar al Ministerio de Salud en el cumplimiento de los lineamientos de política sectorial a través de acciones que son definidas de manera conjunta entre el País y la representación de la OPS en el Perú. Es necesario señalar que el Perú aporta US\$ 750 mil dólares anuales a la organización (OPS y OMS), entre gastos operativos y la correspondiente cuota anual. Del programa de cooperación del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) a la fecha se vienen ejecutando tres proyectos, que suman 2 millones de dólares, que están orientados a mejorar la oferta de servicios en salud sexual y reproductiva y movilizar apoyos sociales hacia políticas que promuevan el acceso de la población a servicios diferenciados de salud reproductiva.

El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) tiene un programa que busca promover el acceso a servicios materno perinatales, contribuir al logro de las metas propuestas por el Plan de Acción por la Infancia y reducir la mortalidad materna e infantil. Desarrolla tres proyectos que tienen como objetivos promover la educación universal infantil, la promoción de los derechos del niño, adolescentes y mujeres, el desarrollo de una maternidad segura y el crecimiento sano de los niños. Sus ámbitos de intervención coinciden con las zonas de mayor pobreza y exclusión del país, donde se concentran las muertes maternas e infantiles en el Perú.

#### COOPERACIÓN POR TEMAS

Si analizamos la distribución de los recursos de la cooperación según áreas temáticas, la salud materno infantil es el tema priorizado por la cooperación con 43% de los recursos de la cooperación, lo cual es explicado por los recursos del PARSALUD I - II y los proyectos de UNICEF. Luego tenemos la modernización del sector salud, (proyecto PASA y apoyo presupuestal al SIS) control de tuberculosis (Proyecto de Fortalecimiento de Estrategia DOTS Plus y componente para TBC de proyecto con Fondo Global) y control del VIH/SIDA (proyecto Salud Integral Adolescentes con GTZ y componente para VIH/SIDA del proyecto con Fondo Global).

Entre los temas de salud materno infantil, modernización del sector salud y enfermedades infecciosas emergentes y reemergentes (VIH/SIDA y tuberculosis), toman el 79% de todos los recursos de cooperación, lo cual es concordante con la demanda de cooperación definida por nuestra problemática sanitaria (tabla 3).

**Tabla 3.** Distribución de recursos según temas, Perú 2003-2008.

Temas	Monto*	(%)
Salud materno infantil	131,81	(43,6)
Modernización del sector salud	38,05	(12,6)
Tuberculosis	36,75	(12,2)
VIH/SIDA	33,33	(11,0)
Infraestructura hospitalaria	18,90	(6,3)
Enfermedades transmisibles	18,00	(6,0)
Promoción de la salud	6,75	(2,2)
Calidad de los servicios de salud	6,15	(2,0)
Salud sexual y reproductiva	5,56	(1,8)
Salud ambiental	4,96	(1,6)
Salud mental	1,92	(0,6)
<b>Total</b>	<b>302,18</b>	<b>(100,0)</b>

\* Millones de dólares americanos.

Fuente: Oficina de Cooperación Internacional del Ministerio de Salud. Lima Perú. 2004

#### LECCIONES APRENDIDAS

En apartados previos se ha presentado dos grandes períodos sucesivos de la Cooperación Internacional en Salud en el Perú: 1991-2000 y 2003-2008, extendiendo y proyectándose el análisis en este segundo caso a los próximos años de esta década para que los datos sean equiparables. El análisis cualitativo nos permite formular los siguientes enunciados:

#### **Proyectos paralelos a las acciones del MINSA son insostenibles y onerosos.**

Uno de los aspectos que caracterizó el primer período analizado (91-00), fue la generación de grandes estructuras administrativas que terminaron reemplazando al Ministerio en su función generadora y conductora de las políticas de salud. Se instalaron entonces "ministerios" paralelos, uno precario con funcionarios mal pagados y tecnología antigua y obsoleta, y otro con profesionales muy bien remunerados y equipos de última tecnología, que formaban parte de los proyectos. Es cierto que este esquema, permitió una ejecución más eficiente y rapidez y agilidad administrativa, pero resultaba oneroso e insostenible, pues apenas culminaba el proyecto tanto los profesionales como su capacidad técnica se perdían, quedando el Ministerio y sus programas en la misma ineficiencia burocrática de siempre. Asimismo, esto en vez de fortalecer las estructuras nacionales del sector, las debilitaron más.

En la década de los 90 se generaron estrategias, documentos técnicos y muchos profesionales capacitados pero luego quedó el mismo MINSA de

siempre sin la apropiación e institucionalización ni de los proyectos ni de sus productos. No se produjo una acumulación técnica. Asimismo, el uso de los recursos invertidos no tuvo un impacto en la reducción de la inequidad, pues las diferencias en los indicadores de salud en las regiones más pobres con la de los indicadores de salud de las regiones más ricas no se redujeron sino incluso han aumentado.

Los promedios nacionales, que han mejorado indudablemente, encubren las grandes diferencias que persisten y el número de personas que no acceden a servicios de salud es alarmantemente alto. Según la ENDES 2000, del total de personas que declararon síntomas de enfermedad y requerían atención médica, el 31% no pudo acceder a servicios de salud, fundamentalmente por razones económicas mientras que el 8% tuvo que hacerlo a servicios no institucionales como las farmacias y curanderos. Es evidente que la principal responsabilidad en esto es el propio país, pero muchos proyectos financiados con recursos que hoy todos pagamos, debieron haber previsto esto.

***Ante la disminución del flujo de cooperación es necesaria la identificación de nuevas fuentes y modalidades de cooperación.***

La evolución de los flujos de cooperación internacional hacia Latinoamérica, muestra que en los últimos años, ha disminuido en particular la correspondiente a la Cooperación Bilateral Oficial. La Cooperación Multilateral No Reembolsable se ha mantenido y la Reembolsable (BM, BID) se ha reducido fundamentalmente por la limitada capacidad de endeudamiento que el país tiene dado el volumen de deuda acumulada y el interés de mantener el déficit fiscal en niveles razonables.

Lo anterior se debe fundamentalmente a los cambios geopolíticos ocurridos en el mundo que han focalizado la cooperación en África Subsahariana, Europa del Este y más recientemente el Medio Oriente. Esto último en particular, explica la reducción apreciable que se ha producido en la Cooperación Bilateral de USA y Reino Unido.

Otro elemento que ha generado la tendencia descrita es la calificación del Perú como país de renta media de acuerdo a su PBI per capita (US\$ 2300), muy por encima de países del África Subsahariana y el Sudeste Asiático. Este elemento distorsiona la realidad del Perú, pues el promedio esconde grandes inequidades que se producen entre los diversos quintiles de ingresos.

Ante ello, se debe intensificar la búsqueda de nuevas fuentes de cooperación. Entre las que han podido ser identificadas hasta el momento son: Fondo Global,

*Millenium Challenge Account* (Estados Unidos de Norteamérica), y ENIEX. En particular, El Fondo Global de Lucha contra el SIDA, TBC y Malaria se ha constituido en los dos últimos años en una fuente significativa de recursos y que se extenderá a los próximos tres años con un monto global mayor a los US\$ 90 millones.

***La cooperación a través de ONGD internacionales constituye una fuente apreciable de recursos que no ha sido suficientemente aprovechada.***

Como muestran datos de la Agencia Peruana de Cooperación Internacional y las tablas precedentes, la Cooperación No Oficial (ONGD y ENIEX) representa alrededor del 30% de los recursos técnicos y financieros que llegan al país.

Por lo anterior es fundamental incrementar las relaciones con este tipo de cooperación, no sólo para incrementarla en términos cuantitativos sino fundamentalmente para promover su concordancia y complementariedad con las iniciativas del MINSA.

***La construcción de la nueva demanda debe hacerse de modo participativo y con transparencia para que refleje las reales necesidades sanitarias y prioridades del país.***

Es fundamental incrementar la difusión de las oportunidades y características de la oferta de cooperación a través de diversas modalidades: publicaciones, página web, reuniones técnicas.

Lo anterior es particularmente pertinente en el contexto actual del proceso de regionalización en curso en el Perú. Es necesario fortalecer las capacidades descentralizadas e institucionales en gestión de la cooperación internacional.

Esto permitirá extender la masa crítica con conocimientos y dispuesto a aportar iniciativas tanto en la negociación como en la ejecución, monitoreo y evaluación de la cooperación internacional.

***Institucionalización de la cooperación es garantía de eficiencia y efectividad de la cooperación.***

Luego de superada la crisis política generada al final de la década de los 90', se pasó por un período de transición democrática, durante el cual muchos recursos previstos para proyectos ya aprobados, fueron congelados por los cooperantes hasta que se estabilizara la crisis política.

Con la recuperación de la democracia, se restablecieron las relaciones de cooperación con las agencias y países donantes, con lo cual se desbloqueó la ejecución de proyectos aprobados y se reiniciaron negociaciones de nuevos proyectos.

No podía cometerse los mismos errores y era clara la necesidad de fortalecer las capacidades nacionales e institucionales, evitando la duplicidad de estructuras y funciones. Era necesario optimizar los escasos recursos y hacer prevalecer las necesidades nacionales a las prioridades de la cooperación. En este contexto se planteó la necesidad de institucionalizar todo los proyectos de cooperación que se estuvieran ejecutando y negociando.

***Institucionalización no es igual a gestión administrativa del proyecto por órganos de línea del MINSA.***

Inicialmente se entendió como institucionalización, al hecho de que la dirección o coordinación de los proyectos, recayera sobre directores generales de los órganos de línea del Ministerio de Salud, de esta manera se garantizaría la concordancia de las acciones del Ministerio y las actividades de cada uno de los proyectos evitando que estos asumieran vida propia y generaran burbujas administrativas y financieras dentro del mismo Ministerio desvinculadas y en algunos casos contradictorias. Pero el encargar la función compleja de manejar y coordinar un proyecto, a las ya recargadas funciones de una dirección general del Ministerio, era condenar a la inercia y parálisis a los proyectos, cuyos compromisos de ejecución exigen rapidez y eficacia en la ejecución de los recursos. De esta forma, tenemos que aquellos proyectos que tienen la dirección y coordinación en funcionarios del Ministerio de Salud y aparatos administrativos con limitada capacidad de decisión, tienen los menores porcentajes de ejecución<sup>16</sup>.

Nadie duda la necesidad de que todo proyecto este institucionalizado, pero esto no significa necesariamente recargar funciones a funcionarios que deben dedicar todo el tiempo posible a la adecuada conducción de direcciones y órganos de línea claves para el normal funcionamiento de los servicios de salud. Tenemos algunos ejemplos de formas de institucionalización de proyectos, sin afectar la necesaria agilidad administrativa y su eficiencia.

La creación de directorios o comités de seguimiento y monitoreo que se reúnen periódicamente y que aprueban los planes anuales y se encargan de la monitorización de los proyectos, es una forma bastante eficaz de garantizar la adecuada sinergia entre las acciones de

los proyectos y las acciones del Ministerio de Salud. Además, la real institucionalización de un proyecto se define en su fase de diseño y negociación, lo cual se ha dado en los proyectos que se ha venido dando en estos últimos años.

**TENDENCIAS DE LA COOPERACIÓN INTERNACIONAL EN SALUD**

La cooperación internacional sufre cambios acordes a los nuevos tiempos y acontecimientos que han marcado el nuevo milenio. La caída del muro de Berlín primero, la apertura de las fronteras, la gran movilidad de las personas y capitales, el atentado del 11 de septiembre y la rápida expansión del SIDA sobre el mundo, han ido acompañados de cambios en las tendencias de la cooperación internacional.

A escala mundial, los temas de salud han sido prioritarios en los debates sobre el programa de desarrollo en los últimos años, dado el empeoramiento de la situación del SIDA en África y las amenazas que esto plantea para el desarrollo económico de los países pobres, para su seguridad nacional y para la seguridad mundial. Además, los esfuerzos de las Naciones Unidas y, en particular, de la Organización Mundial de la Salud por dar mayor relevancia a la salud en las discusiones políticas de alto nivel de los países tanto desarrollados como en desarrollo, y de los grupos internacionales (como el G8, el G77, la Unión Europea, la Asamblea General de las Naciones Unidas y similares) han conducido a la creación de varios fondos e iniciativas especiales para abordar los problemas de salud del mundo.

En enero de 2002 se creó el Fondo Global de lucha contra la tuberculosis, malaria y SIDA con un fondo inicial de 1,7 billones de dólares. A diciembre de 2006 ya tenía 9,6 billones de dólares<sup>17</sup>. El Fondo ha aprobado el desembolso de 4,9 billones de dólares para financiar más de 350 programas de 131 países, en su esfuerzo por controlar el SIDA, tuberculosis y malaria. El 61% de estos países son africanos y el 64% corresponde a países de bajos ingresos. Recordemos que el SIDA, la TBC y la malaria ocasionan la muerte de mas de 6 millones de personas anualmente (3, 2 y 1 millones de vidas por año respectivamente).

Asimismo, la OMS y ONUSIDA lanzaron la iniciativa "3 x 5", tratar a tres millones de personas infectadas con antiretrovirales para el 2005<sup>18</sup>, lo cual pone sobre el tapete la necesidad de garantizar el tratamiento de por vida a cada vez más personas afectadas por esta enfermedad, que a la fecha suman aproximadamente 40 millones en todo el mundo.

Por otro lado, el interés de la comunidad internacional por la salud se reafirmó vigorosamente en la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas<sup>19</sup>. Desde entonces, el compromiso de reducir a la mitad la pobreza mundial extrema para 2015 se ha convertido en el foco de atención de las políticas de desarrollo de la mayoría de los donantes. De las ocho metas de desarrollo internacional determinadas por los líderes internacionales, las tres siguientes son específicas para la salud, y las otras están estrechamente relacionadas con ella y se refuerzan mutuamente:

- Reducir la mortalidad infantil.
- Mejorar la salud materna.
- Combatir el VIH/SIDA, tuberculosis, malaria y otras enfermedades infecciosas.

El Banco Mundial señala que no es posible lograr una mejora sustancial en el bienestar humano, si es que las personas pobres no accedan a recibir servicios de salud, educación, agua, saneamiento y electricidad, de calidad y económicos. Sin tales mejoras, la ausencia de enfermedad y analfabetismo, dos de las maneras más importantes para que las personas pobres puedan escapar la pobreza, seguirá siendo un logro esquivo<sup>20</sup>.

El Banco Interamericano de Desarrollo (BID) en su informe sobre la evaluación de proyectos de salud señala que en el período comprendido entre 1992 y 2001 se han concentrado el mayor número de proyectos financiados por el BID en la región, y que constituye un objetivo del Banco ayudar a los países en el logro de los objetivos del milenio en lo que se refiere a salud<sup>21</sup>. El BID ha pasado de financiar proyectos de infraestructura a proyectos de reforma de salud, lo cual continúa en la actualidad.

Como podemos apreciar, recursos para controlar el SIDA y reformar los sistemas de salud estarán disponibles para los próximos años, pero recordemos que el Banco Mundial y Banco Interamericano de Desarrollo, principales impulsores de las reformas de salud desde 1993, son bancos y por tanto solo ofrecen préstamos, lo cual hace difícil su acceso a ellos, más aun si estamos con poca capacidad nacional de endeudamiento y si tenemos que competir con otros sectores por los pocos recursos que logren comprometerse.

Por otro lado, los problemas sanitarios de nuestra región no son únicamente el SIDA, tuberculosis y malaria. Tenemos mucha población afectada por enfermedades "olvidadas" por la cooperación e investigación, pero cada vez cobran mayores víctimas generando mayor carga de enfermedad para nuestra sociedad<sup>22,23</sup>. El envejecimiento, las enfermedades crónicas y

degenerativas y las consecuencias de la violencia sobre la salud mental son problemas actuales para América Latina y el Perú, que demandan una respuesta rápida y eficaz de nuestros sistemas de salud.

El esfuerzo por enfrentar estos problemas debe ser principalmente nacional, así como los recursos para lograrlo; no debemos olvidar que la cooperación es sólo complementaria y que nunca debe reemplazar a los recursos nacionales. Es deber del Estado destinar una mayor inversión en salud y educación, y optimizar el uso de estos recursos.

El mejor capital para lograrlo es humano y las mejores estrategias no resultan siendo las más costosas; sólo se requiere decisión política y la suma de los mejores recursos técnicos que cada país tiene.

#### ALINEAMIENTO Y ARMONIZACIÓN DE LA COOPERACIÓN

La Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD) ha empezado a cobrar mayor importancia en estos últimos años, luego de que la comunidad internacional empezara a asumir mayores compromisos con el desarrollo global y la lucha contra la pobreza en el mundo. La Cumbre del Milenio en las Naciones Unidas en el año 2000 y la Conferencia Internacional para el Financiamiento del Desarrollo llevado a cabo en Monterrey en el año 2002, fijaron las pautas a seguir para enfrentar estos nuevos desafíos en los siguientes años. En estos compromisos, salud se encuentra bien posicionada dentro de la agenda de desarrollo global si es que consideramos que por lo menos tres de los ocho objetivos de desarrollo del milenio, son específicamente de salud y los demás abordan determinantes importantes de la salud de la población.

En la Conferencia de Monterrey, se estableció una alianza entre los países más desarrollados y los países en vías de desarrollo, en incrementar la Ayuda Oficial al Desarrollo por parte de los países desarrollados y mejorar la gobernanza y políticas sociales en los países en vías de desarrollo. Luego de esta conferencia, donde se exhortó a duplicar el volumen de la AOD y cumplir el objetivo de NNUU de destinar al menos 0,7% del PBI a esto, vemos un incremento de los recursos destinados a la AOD, que alcanzarían para el año 2010 el monto total de 132 billones de dólares, es decir el 0,35% del promedio del PBI de los países más desarrollados. En el año 2006 este llegó a los 104 billones de dólares que ajustados a la inflación y tasa cambiaria del año 2005, equivale a 102 billones de dólares, es decir el 0,31% del PBI de estos países.

Si bien es cierto que el volumen de la AOD está incrementándose, las evidencias señalan que no sólo es necesario incrementar el volumen neto de la AOD, sino también mejorar su efectividad. Después de la II Guerra Mundial, el aumento de Agencias y Organizaciones para la Ayuda Oficial al Desarrollo y la competencia que se establece entre ellas<sup>24</sup>, ha mermado su impacto, haciendo que los resultados de esta entre los países en desarrollo, sea bastante heterogéneo. Se sabe que hay unos 60 mil proyectos en todo el mundo<sup>25</sup>, que algunos países tienen 800 nuevos proyectos por año, que reciben 1000 visitas de misión anual y que tienen que preparar 2400 reportes de avances de proyectos anuales. Todo esto representa una importante carga para los países receptores de ayuda, que debilita sus estructuras y hace poco eficiente el uso de estos recursos. Por esta razón han empezado a surgir nuevos modelos y mecanismos para mejorar la efectividad de la AOD y contribuir de manera más eficiente al desarrollo sostenible de los países en vías de desarrollo.

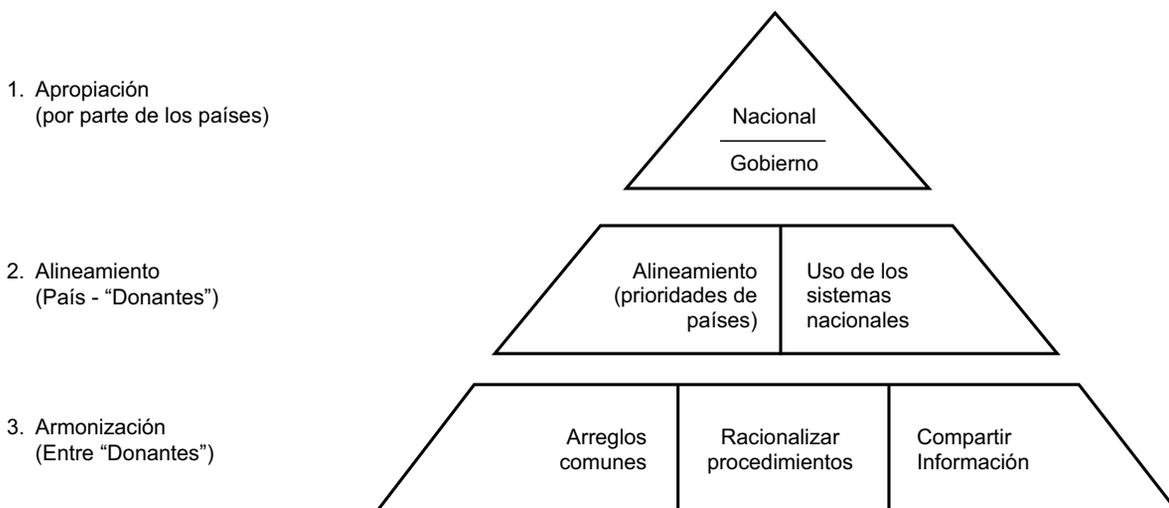
Una de estas iniciativas para aligerar la carga que representa a los países en vías de desarrollo el recibir esta ayuda y por tanto mejorar la capacidad de absorción de estos, así como la eficiencia y efectividad de esta ayuda, es el alineamiento y armonización de la AOD.

En el año 2003, se reunieron en Roma los representantes de los bancos de desarrollo multilateral, agencias bilaterales e internacionales de cooperación y representantes de países donantes y en vías de desarrollo para tomar acciones que permitan mejorar el manejo y efectividad de la ayuda. En esta reunión se redactó una declaración<sup>26</sup> que expresa el compromiso de sus firmantes a:

- Asegurar que los esfuerzos de armonización estén adaptadas al contexto de los países receptor y que la asistencia al desarrollo esté alineada con las prioridades del país socio receptor.
- Simplificar los procedimientos y prácticas de los países cooperantes.
- Examinar e identificar las formas para adaptar las instituciones, políticas, procedimientos y prácticas de los países donantes, para facilitar la armonización de la ayuda.
- Implementar los principios de buenas prácticas acordados por la comunidad internacional en esta reunión.

En la figura 5 se observa el modelo planteado en estas reuniones para mejorar la efectividad de la cooperación internacional para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y otros resultados del desarrollo. Siguiendo la figura de arriba hacia abajo:

- Se tiene la primera y más importante parte de la ecuación que tiene que ver con el liderazgo de las autoridades nacionales de salud para el logro de los ODM: la apropiación (*Ownership*).
- La segunda parte de la ecuación se refiere a la articulación de la cooperación internacional en salud para alcanzar mayor efectividad: el alineamiento (*Alignment*) busca que los “donantes” alineen su cooperación a las prioridades y a los sistemas de los países “receptores” – incluyendo adquisiciones, presupuesto e informes.
- La tercera tiene que ver con alcanzar la mayor eficiencia y reducir los costos de transacción de la cooperación para el desarrollo: la armonización,



**Figura 5.** Modelo de mejora de la efectividad de la cooperación. Fuente: OECD 2005.

se refiere al trabajo conjunto y a la simplificación de sus requerimientos administrativos con el objetivo de reducir los costos de transacción de los excesivamente complejos, descoordinados y a menudo inconsistentes enfoque de los “donantes”.

Dentro de esta iniciativa podemos observar la mayor visibilidad de nuevas estrategias de cooperación como el apoyo presupuestario y el enfoque amplio sectorial (SWAP)<sup>26</sup>. El *Sector Wide Approach (SWAP)* es un claro ejemplo de esta búsqueda de nuevos instrumentos por mejorar la efectividad de la ayuda. Con este enfoque, se busca fortalecer los sistemas nacionales y dar el liderazgo al país socio receptor en la conducción de planes de desarrollo sectorial y lucha contra la pobreza. Este instrumento, permite que los países cooperantes financien de manera conjunta un sólo plan de desarrollo sectorial, ejecutado por el propio país, dejando de lado unidades ejecutoras paralelas y procedimientos administrativos diferentes entre cada una de las agencias.

En marzo de 2005, los participantes a este foro de alto nivel volvieron a reunirse nuevamente en París para evaluar los avances en este tema, suscribiendo una declaración que no solo reafirma el compromiso asumido en Roma, sino que define metas mensurables a alcanzar para el 2015, a fin de monitorizar el avance de las países e instituciones comprendidas en la iniciativa<sup>27</sup>.

La Oficina General de Cooperación Internacional ha tomado en cuenta las lecciones aprendidas de nuestra experiencia reciente y ha desarrollado iniciativas que buscan no sólo mejorar la eficiencia y efectividad de proyectos actualmente en ejecución, sino mejorar las perspectivas del sector para recibir mayores flujos de recursos de cooperación. Asimismo, ha desarrollado un intenso trabajo en el campo de las relaciones internacionales en salud, cuya agenda es cada vez mayor y de especial importancia estratégica para el país y el sector.

Pasamos a describir algunas de estas iniciativas:

### **1. Búsqueda activa de nuevas fuentes y oportunidades de cooperación internacional.**

El incremento del volumen de la cooperación mostrado precedentemente se debe a que se ha intensificado la búsqueda de nuevas fuentes de cooperación, tanto oficiales como no oficiales. Entre las más significativas, se encuentran:

- El Fondo Global de Lucha contra el SIDA, TBC y malaria, que desde el 2003 viene ejecutando el Proyecto de Fortalecimiento de la Prevención y Control del SIDA y la Tuberculosis en el Perú, por un monto de US\$ 50 millones para los próximos cinco años.

- Asimismo se ha logrado, luego de un proceso de negociación intenso, que el Gobierno Belga coopere por primera vez en el sector a través del Ministerio de Salud con un monto realmente significativo (US\$ 7,5 millones) en apoyo al Seguro Integral de Salud.
- Se tiene en cartera de negociación y aprobación proyectos y programas de cooperación hasta por un monto de 200 millones de dólares para los próximos cinco años, entre ellos la segunda fase del PARSALUD, un proyecto con Holanda para hospitales y la nueva propuesta peruana para la quinta ronda del Fondo Global.

### **2. Fortalecimiento y recuperación de las relaciones con agencias y organismos de cooperación.**

Muchos cooperantes habían reducido sustancialmente su accionar o postergaron sus compromisos desde fines de la década del 90. Desde el 2001 y hasta ahora se inició un proceso de recuperación de relaciones y fortalecimiento de los vínculos con los cooperantes. Este mayor acercamiento produjo productos concretos, entre ellos:

- Financiamiento de la Unión Europea hasta por un monto de US\$ 16,5 millones para el proyecto de “Apoyo a la Modernización del Sector salud y su Aplicación en una Región del Perú” (AMARES). Este proyecto es ejecutado en Ayacucho, Huancavelica y Andahuaylas desde el año 2003 al 2008.
- Proyecto de “Fortalecimiento Institucional del Ministerio de Salud” con el financiamiento de la Agencia Española de Cooperación Internacional (AECI) por un monto de US\$ 1,5 millones el cual se desarrolla en Tumbes desde 2003.

### **3. Focalización de la Cooperación Internacional en la lucha contra la pobreza.**

Se ha intensificado el esfuerzo de focalización geográfica y temática de la cooperación internacional, dirigiéndola prioritariamente al trapecio andino y otras zonas de pobreza extrema en el país, incluyendo los ámbitos fronterizos. Asimismo se ha priorizado la lucha contra la morbilidad materna infantil, así como el nivel básico de atención y la promoción de la salud.

Esta focalización en los más pobres se expresa por ejemplo en que el Proyecto PARSALUD, con financiamiento del Banco Mundial y el BID, se ejecuta en ocho departamentos que han sido seleccionados por indicadores de pobreza y de salud materno infantil.

#### **4. Articulación de la demanda de Cooperación Internacional. Orientación de la Cooperación Internacional.**

Se desarrollan reuniones regulares con los donantes, la Agencia Peruana de Cooperación Internacional y el Ministerio de Economía y Finanzas, con quienes se desarrolla una agenda de trabajo bastante intensa orientada a dar a conocer las características de la demanda de cooperación de parte del sector y a la priorización de los temas de salud en el país.

Por otro lado, se están desarrollando actividades de capacitación en la mejora de gestión de la cooperación a nivel regional en el marco del proceso de descentralización. En los años 2003 a 2005 se han realizado diez talleres macrorregionales con el cual se ha mejorado sustancialmente la capacidad técnica en materia de negociación y gestión de la cooperación internacional de profesionales de 35 DIRESA y 23 gobiernos regionales (Tumbes, Piura, Amazonas, Cajamarca, Lambayeque, La Libertad, Tacna, Arequipa, Cuzco, Madre de Dios, Puno, Moquegua, Junín, Ayacucho, Apurímac, Pasco, Ancash, Huancavelica, Ucayali, Huanuco, San Martín, Loreto, Ica, DISA de Lima y Callo), 17 hospitales y siete institutos especializados de Lima y Callao.

#### **5. Mayor intensidad y liderazgo en las relaciones internacionales y los procesos de integración y desarrollo fronterizo.**

Existe un liderazgo subregional y regional en materia de salud, lo cual se ha traducido en los siguientes hechos: el Perú se ha posicionado con un papel protagónico dentro de los principales procesos de integración subregional en salud, habiendo sido promotor y anfitrión de importantes reuniones ministeriales en salud. Por ejemplo:

- El Perú ha presidido el Comité Ejecutivo de OPS en Washington en el periodo 2002-2003.
- El Perú lideró el proceso de negociación para la reducción del precio de medicamentos antirretrovirales en Sudamérica.
- El MINSA participa en importantes espacios de carácter supranacional en salud en la región y el mundo (REMSAA, REMSSU, OPS, ORAS, OMS), así como reuniones internacionales en temas de salud internacional como inmunizaciones, VIH/SIDA, interculturalidad, etc.
- Realización del I Encuentro Sudamericano de Cooperación Internacional en Salud.

#### **6. Mejora de la evaluación e institucionalización de los proyectos y programas de cooperación**

La evaluación de los proyectos con cooperación internacional ha tenido la característica de propiciar la transparencia en la evaluación de proyectos siendo estas abiertas a la asistencia de otras direcciones (IDREH, Oficina General de Planeamiento Estratégico, Dirección General de Salud de las Personas, Oficina General de Administración) y con la disposición del reporte final colocado en la página web del MINSA. Así, las evaluaciones se han realizado en conjunto con otras direcciones generales.

La Oficina General de Cooperación Internacional ha implementado evaluaciones semestrales y anuales de los proyectos en ejecución. Por otro lado, se está trabajando un sistema georreferencial de la cooperación en salud que permita tener información completa sobre los proyectos y sus ámbitos de intervención según características como densidad poblacional, pobreza, accesibilidad, identificando posibles duplicidades temáticas o geográficas. Esto permitirá una mejor toma de decisiones en el futuro inmediato en temas de cooperación.

En esa línea de trabajo se está sistematizando información sobre flujo de donaciones a fin de conocer montos referenciales sobre las donaciones que recibe el país a través de instituciones principalmente privadas. El año 2004, el país recibió donaciones provenientes del exterior por 4,8 millones de dólares.

Este rápido recuento del pasado, presente y futuro de la cooperación internacional en salud, hecho a propósito del septuagésimo aniversario del Ministerio de Salud, ha servido para renovar el compromiso de trabajo en esta importante área de la salud pública en el Perú. De hecho, día a día se continúan escribiendo nuevas líneas en este capítulo abierto, como la reciente publicación de los Lineamientos de Política Sectorial para la Cooperación Internacional en Salud<sup>28</sup>, estos lineamientos constituyen un hito dentro de la historia contemporánea de la salud en nuestro país.

#### **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. **Bresser Pereira L.** La reconstrucción del Estado en América Latina. Revista de la CEPAL 1998; (Número extraordinario): 105-10.
2. **Franco R.** Pobreza, necesidades básicas y desarrollo. Santiago: CEPAL, ILPES y UNICEF; 1982
3. **Vergara C.** El contexto de las reformas del sector salud. Rev Panam Salud Publica 2000; 8(1-2): 7-12.

4. **Bessis S.** De la exclusión Social a la cohesión social. Síntesis del coloquio de Roskilde". París: UNESCO; 1995.
5. **Vergara C.** El impacto de la crisis sobre la educación y los desafíos que provoca. San José Costa Rica: Instituto Latinoamericano de Planificación Económica y Social; 1989.
6. **Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).** Desarrollo humano en Chile 1998: Las paradojas de la modernización. Nueva York: PNUD; 1998.
7. **Bhalla AS, Lapeyre F.** Poverty and exclusion in a global world. London: Macmillan Press; 1999.
8. **Sen A.** Development as freedom. New York: Oxford University Press; 1999.
9. **Bascones C.** Cooperación internacional: El financiamiento internacional en salud [documento en internet]. XV Reunión de Directores de Cooperación Internacional de América Latina y el Caribe. Montevideo: Sistema Económico Latinoamericano y del Caribe; 2002 [Fecha de acceso: julio 2005]. Disponible en: [http://www.sela.org/public\\_html/aa2k2/esp/docs/coop/spxvrdcialcdi4-02/spxvrdcialcdi4-02.htm](http://www.sela.org/public_html/aa2k2/esp/docs/coop/spxvrdcialcdi4-02/spxvrdcialcdi4-02.htm) SP/VX RDCIALC/Di
10. **Organization for Economic Cooperation and Development, Development Assistance Committee.** ODA Statistic for 2003 and ODA Outlook. Washington DC: DAC/OECD; 2004.
11. **Organization for Economic Cooperation and Development.** Development aid at a glance. Statistics by region: America [Documento en internet]. Washington DC: OECD; 2004. Disponible en: [www.oecd.org/dataoecd/39/50/7504885.PDF](http://www.oecd.org/dataoecd/39/50/7504885.PDF)
12. **Banco Mundial** [página de internet]. [www.bancomundial.org.pe](http://www.bancomundial.org.pe)
13. **Agencia Peruana de Cooperación Internacional.** Política nacional de cooperación técnica internacional. Lima: APCI; 2006.
14. Ley que crea el sistema nacional de inversión pública. Ley N° 27293. [Documento en internet] Disponible en: <http://www.mef.gob.pe/DGPM/docs/legal/normasv/snip/ley27293.pdf>
15. **Perú, Ministerio de Salud, Organización Panamericana de la Salud.** Cuentas nacionales de salud Perú 1995-2000. Lima: MINSA/OPS; 2004.
16. **Perú, Ministerio de Salud, Oficina General de Cooperación Internacional.** Evaluación de los proyectos y programas con cooperación internacional período 2003. Lima: MINSA; 2004.
17. **Brugha R, Donoghue M, Starling M, Ndubani P, Ssengooba F, Fernandes B, et al.** The Global Fund: managing great expectations. Lancet. 2004; 364: 95-100.
18. **ONUSIDA.** Tratar a tres millones de personas para 2005. Cómo hacerlo realidad. Ginebra: OMS/ONUSIDA; 2003.
19. **Organization for Economic Cooperation and Development.** Development Assistance Committee Announces ODA Figures for 2000. Press Release announcing ODA figures for 2000. Posted in the Development Assistance Committee's section of OECD's website: <http://www.oecd.org/dac/>
20. **World Bank.** World development report 2004: making services work for poor people. Washington DC: World Bank; 2003.
21. **Medici A, Solari A.** El sector salud en los proyectos del BID. Una evaluación preliminar. Washington DC: Banco Interamericano de Desarrollo; 2002.
22. **Ehrenberg JP, Ault SK.** Neglected diseases of neglected populations: thinking to reshape the determinants of health in Latin America and the Caribbean. BMC Public Health. 2005; 5: 119.
23. **Holveck JC, Ehrenberg JP, Ault SK, Rojas R, Vasquez J, Cerqueira MT, et al.** Prevention, control, and elimination of neglected diseases in the Americas: pathways to integrated, inter-programmatic, inter-sectoral action for health and development. BMC Public Health. 2007; 7: 6.
24. **Harford T, Hadjimichael R, Klein M .** Aid agency competition. A century of entry, but not exit. In: Public Policy Journal. 2004; Note 277.
25. **Aid Harmonization & Alignment** [página de internet]. Why harmonize? [Fecha de acceso: Julio 2005]. Disponible en: [www.aidharmonization.org/ah-wh/secondary-pages/why-harmonize](http://www.aidharmonization.org/ah-wh/secondary-pages/why-harmonize).
26. Declaración de Roma sobre la armonización. [Documento en internet]. Roma 23 de febrero de 2003 [Fecha de acceso: junio 2006] Disponible en: [http://www1.worldbank.org/harmonization/romehlf/Documents/languages/ESRome\\_Declaration.pdf](http://www1.worldbank.org/harmonization/romehlf/Documents/languages/ESRome_Declaration.pdf)
27. Declaración de París sobre la eficacia de la ayuda al desarrollo. París 28 de febrero – 2 de marzo de 2005 [Documento en internet]. [Fecha de acceso: junio 2006] Disponible en: <http://www1.worldbank.org/harmonization/Paris/ParisDeclarationSpanish.pdf>
28. **Peru, Ministerio de Salud.** Lineamientos de política sectorial para la cooperación internacional en salud. Lima: MINSA; 2006.

---

**Correspondencia:** Dr. Carlos Arósquipa.

Dirección: 525 23rd St, N.W. Washington DC 20037, USA.

Teléfono: 1 (202) 9743624

Correo electrónico: [arosquic@paho.org](mailto:arosquic@paho.org)