

Efectividad de la ayuda oficial al desarrollo y los nuevos principios e instrumentos para la cooperación al desarrollo en salud. Informe SESPAS 2008

Elisabet Jané Camacho^a / Montserrat Figuerola Batista^b

^aConsultora independiente, Centroamérica, España; ^bEx presidenta de ACSUR-Las Segovias, España.

(Effectiveness of official development aid and new principles and tools for health development aid)

Resumen

Tras años de evolución, los resultados de la Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD) en términos de disminución de la pobreza siguen siendo limitados. La dispersión de la ayuda y su desvinculación de las prioridades y mecanismos de actuación de las políticas públicas de los países receptores están entre las causas, específicamente en el sector sanitario. En vista de la situación, la Declaración del Foro de Alto Nivel de París (2005) impulsó un acuerdo sobre los principios que se deberían adoptar con el fin de incrementar la efectividad de la cooperación: fortalecimiento del liderazgo de los gobiernos receptores de la ayuda y reducción de los costes de transacción de su entrega. Con estos objetivos, se promueve la utilización de nuevos instrumentos –los instrumentos programáticos– y nuevos enfoques –como el sectorial–, que pretenden aumentar la eficacia de la ayuda. La evaluación de su utilización, si bien muestra algunas debilidades, parece indicar un mejor desempeño que los instrumentos tradicionales. España se adhirió a la Declaración de París desde marzo de 2005 e incorporó en su nuevo Plan Director de Cooperación el empleo de los instrumentos programáticos y la participación en enfoques sectoriales, iniciando así un cambio significativo respecto a estrategias anteriores, que contemplaban esencialmente el desarrollo de proyectos y asistencia técnica. Las nuevas estrategias orientadas a fortalecer las políticas públicas de los países receptores, suponen una oportunidad hacia una mayor efectividad de la ayuda, pero requiere la introducción de cambios mayores.

Palabras clave: Desarrollo. Ayuda oficial al desarrollo. Salud. Enfoque sectorial. Instrumentos programáticos de cooperación.

Abstract

Years after its inception, the results of official development aid in terms of poverty reduction are still limited. Among the causes, especially in the health sector, are aid dispersion and its divergence from priorities and mechanisms of recipient countries' public policies. The Paris Declaration of the High Level Forum on AIDS Effectiveness (2005) fostered an agreement on the principles to be adopted to improve the effectiveness of aid by strengthening recipient countries governments' leadership of the aid and reducing aid delivery transaction costs. Aiming at these principles, the use of new instruments –programmatic instruments– and new approaches –the sector wide approach– are being promoted to increase the effectiveness of aid. Despite some weaknesses, the assessment conducted on their utilization seems to show better performance than that achieved with traditional instruments.

Spain joined the Paris Declaration in March 2005 and incorporated the use of programmatic instruments and the participation in sector-wide approaches in its new Cooperation Policy, thus initiating a significant change from previous strategies that mainly encompassed project implementation and technical advice. The new strategies directed at strengthening public policy in recipient countries provide an opportunity to increase the effectiveness of aid; however, major changes are needed for their implementation.

Key words: Development. Official development aid. Health. Sector wide approach. Programmatic instruments.

Ideas clave

- La ayuda oficial al desarrollo por sí sola no es suficiente para reducir la pobreza.

- Los resultados limitados de la ayuda oficial al desarrollo están condicionados tanto por la cantidad como por la calidad de la ayuda.
- La Declaración de París propone una reorientación de ayuda basada en el liderazgo de los países receptores y la reducción de costes de transacción. Se promueven los instrumentos programáticos y el enfoque sectorial.

Correspondencia: Elisabet Jané.
Consultora independiente.

Correo electrónico: elisabet.janecamacho@gmail.com

- Los nuevos instrumentos, aunque insuficientemente evaluados, parecen ofrecer una mejor alternativa que los instrumentos tradicionales. La eficacia de los fondos globales está cuestionada.
- La cooperación española, en plena fase de reorientación, debería mejorar la coherencia de los contenidos de su nuevo Plan Director con el nuevo enfoque de la cooperación.

Introducción

Los recursos que los países de renta alta han invertido en ayuda al desarrollo no han logrado el impacto esperado en la reducción de la pobreza y en el desarrollo sostenible. Esta situación fue reconocida internacionalmente en el Consenso de Monterrey de 2002¹ y, entre sus causas, se identificaron las políticas divergentes de las nacionales, la dispersión y la descoordinación de los recursos y su escasa focalización estratégica. Desde entonces se ha extendido la aplicación de instrumentos y estrategias de cooperación distintos a los utilizados tradicionalmente para la parte de Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD) que se entrega a los gobiernos de los países receptores. Este artículo pretende ofrecer una introducción a estos nuevos instrumentos y estrategias.

Limitaciones en la efectividad de la Ayuda Oficial al Desarrollo

El impacto de la AOD es difícil de medir y el papel que desempeña genera controversias. Se emplean algunas fórmulas, como la del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo^{2,3}, pero ninguna posee la capacidad de discriminar la influencia de la AOD de otros factores que inciden en la reducción de la pobreza y en el desarrollo. Así, no se dispone de evidencias de algún país que haya reducido la pobreza solamente con AOD. Es más, se reconoce que su influencia en las economías de los países pobres es menor que la de otros factores internacionales, como la violación de la libertad de comercio, la ausencia de leyes laborales internacionales, las restricciones a la migración o la volatilidad de los capitales transnacionales³. Por otra parte, la mayor disminución de la pobreza se ha producido en países que reciben limitada o ninguna AOD —especialmente China—⁴, mientras que en la mayoría de los Estados dependientes de la AOD se ha producido un estancamiento o un retroceso. Por ejemplo Nicaragua, uno de los países que ha recibido más ayuda por habitante en los últimos años (tabla 2)⁵, descendió del lugar 71 de 130 países, en nivel de desarrollo⁶ al 115 de 163,

Tabla 1. Evolución de la Ayuda Oficial al Desarrollo en algunos años seleccionados (millones de dólares de Estados Unidos)

| | 1950-1955 | 1960 | 1970 | 1980 | 1990 | 2000 ^a | 2005 ^a |
|-------------------------------|-----------|-------|-------|--------|--------|-------------------|-------------------|
| Países cooperantes | 12 | 15 | 17 | 21 | 21 | 22 | 22 |
| Montos en millones de dólares | 1.953 | 4.676 | 6.713 | 26.195 | 52.730 | 53.749 | 106.477 |

^aIncluye la condonación de la deuda externa.

Fuente: elaboración propia a partir de las estadísticas del CAD de la OCDE¹.

en 1998⁷, para recuperarse ligeramente en 2005 al 112 de 177 países⁸. Pese a esta falta de evidencia, es probable que la AOD haya evitado un mayor empobrecimiento en algunos países.

La dificultad de medir el impacto de la AOD en el desarrollo de un país no impide que se identifiquen algunas de sus características que no sólo no contribuyen al desarrollo, sino que lo entorpecen y crean prácticas viciadas contrarias a los objetivos perseguidos. En primer lugar su escasez. Sólo 5 de los 22 países de la OCDE (Suecia, Holanda, Dinamarca, Luxemburgo y Noruega) cumplen con el compromiso de destinar el 0,7% de su producto interior bruto (PIB) a la AOD, asumido en la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1980. En 2006, el conjunto de países de la OCDE aportó el 0,30% de su PIB². Esta diferencia representa unos 117.000 millones de dólares, con los que se alcanzaría la cifra anual que, según el Consenso de Monterrey, se requiere para financiar los Objetivos de Desarrollo del Milenio^{1,9}. Además, en términos reales, el monto recibido es aún menor, ya que las condonaciones de deuda, contabilizadas completamente en el año que se realizan, representaron en 2005 casi el 24% de la AOD².

Tabla 2. Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD) per cápita en algunos países (2004)

| País | AOD total | AOD sin alivio deuda | Población | AOD per cápita | AOD per cápita sin alivio deuda |
|------------|-----------|----------------------|-----------|----------------|---------------------------------|
| Bangladesh | 1.404 | 1.151,28 | 140,5 | 9,99 | 8,19 |
| Bolivia | 767 | 490,88 | 9 | 85,22 | 54,54 |
| Cambodia | 478 | 463,66 | 13,6 | 35,15 | 34,09 |
| Ghana | 1.358 | 706,16 | 21,1 | 64,36 | 33,47 |
| Haití | 243 | 233,28 | 8,6 | 28,26 | 27,13 |
| Honduras | 642 | 545,7 | 7,1 | 90,42 | 76,86 |
| Mozambique | 1.228 | 1178,88 | 19,1 | 64,29 | 61,72 |
| Nicaragua | 1.232 | 381,92 | 5,6 | 220 | 68,20 |

Elaboración propia. AOD: Ayuda Oficial al Desarrollo.

Fuente: Estadísticas del CAD de la OCDE¹.

Por otra parte, la AOD que debería destinarse al desarrollo de los países menos adelantados, a menudo se ha regido por los intereses económicos, políticos o comerciales de los países donantes. Así se ha dirigido frecuentemente a los aliados y no a los países más pobres¹⁰. Además, desde varias instancias internacionales se han promovido estrategias de desarrollo basadas en las medidas neoliberales del Consenso de Washington¹¹ sobre las políticas sociales.

Otro problema de la AOD es la forma de entrega a través de numerosos y diversos proyectos –hay más de 50 financiadores, cada uno con políticas propias– que, en los países muy dependientes, se convierten en causa de baja gobernabilidad y de un deficiente diseño e implementación de las políticas públicas. Entre las deficiencias inherentes a estos proyectos, recogidos en el Consenso de Monterrey¹ y los informes de la OCDE¹², destacan los siguientes: a) tratan de implantar las políticas del financiador, con independencia de las prioridades del país receptor; b) son ejecutados por el financiador –o sus empresas u organizaciones no gubernamentales [ONG]– lo que genera altos costes de transacción y, en ocasiones, un poder paralelo; c) contratan personal nacional con salarios mucho más altos que los que puede pagar el gobierno y originan una fuga de profesionales hacia la cooperación; d) condicionan la financiación a la compra de bienes y servicios producidos en el país financiador; e) cada cooperante exige condiciones particulares para los desembolsos, y f) consumen excesivo tiempo de los profesionales y altos cargos de la administración local. Como consecuencia de ello, muchos proyectos no sólo repercuten negativamente en el impacto de la ayuda, sino en la sostenibilidad de las intervenciones y en la capacidad del gobierno de implantar sus propias políticas.

La situación en el sector salud es especialmente compleja, porque se desarrollan muchos proyectos y además suele haber componentes de salud en muchos proyectos sociales o municipales. En este sector, uno de los principales receptores de cooperación, la atomización y la descoordinación de la ayuda producen un impacto negativo, en la medida en que se desvinculan de las políticas del país receptor y afectan a los resultados de los servicios y programas.

Cambio de orientación de la cooperación: nuevos principios e instrumentos

Ante la evidencia de los problemas de la AOD y a partir de los compromisos adquiridos alrededor de los Objetivos de Desarrollo del Milenio¹², se generó un debate sobre la mejora de la efectividad de la AOD abordado, entre otros, en diversas reuniones internacionales, como la mencionada de Monterrey¹ y la de Roma¹³.

Este debate se concreta en el Foro de Alto Nivel, celebrado en París en 2005 y la Declaración resultante¹⁴, que fija los principios, objetivos y metas para aumentar la efectividad de la AOD. Estos principios pueden resumirse en dos aspectos: a) sólo fortaleciendo el liderazgo de los gobiernos receptores de la ayuda, la aplicación de sus políticas y sus capacidades se conseguirá aumentar la efectividad de la AOD y la reducción de la pobreza, y b) hay que reducir los costes de transacción que genera la entrega de la ayuda. La forma más efectiva para hacerlo es que el gobierno gestione la AOD y utilice los procedimientos que emplea para los recursos nacionales.

Estos principios están cambiando paulatinamente la forma de cooperación tradicional basada en proyectos de algunos países –Alemania, Canadá, Dinamarca, Finlandia, Irlanda, Noruega, Países Bajos, Reino Unido, Suecia, Suiza, recientemente España– y la Comisión Europea^{15,16}, que han aceptado el reto de avanzar en esta dirección, no sin dificultades y contradicciones. Otros países y la banca multilateral, en cambio, mantienen políticas de cooperación que no concuerdan con los principios de la Declaración de París, aunque se hayan adherido a la misma¹⁷.

Este cambio, en contra de lo que se puede pensar, no significa que los donantes dejen de influir sobre los países receptores, sino que se reduce la influencia en los aspectos micro para aumentarla en las políticas macroeconómicas y otras políticas nacionales. Por ejemplo, el apoyo presupuestario general suele estar condicionado al cumplimiento de indicadores relacionados con las políticas macroeconómicas y estrategias de reducción de la pobreza¹⁸.

La nueva orientación de la cooperación implica la utilización de instrumentos y enfoques distintos a los proyectos: los instrumentos programáticos y el enfoque sectorial.

Instrumentos programáticos

Los instrumentos programáticos son nuevas modalidades de entrega de la ayuda que apoyan exclusivamente a las políticas nacionales, se emplean simultáneamente por varios cooperantes, incorporan los recursos al presupuesto del país receptor y utilizan procedimientos comunes. Los más extendidos son el apoyo presupuestario y los fondos comunes¹⁹.

El apoyo presupuestario general se caracteriza por: a) canalizar los recursos a través de los sistemas públicos del país receptor; b) financiar los planes nacionales a través del presupuesto general y otorgando al gobierno la libertad de asignación de los recursos dentro del presupuesto; c) gestionarse mediante los procedimientos nacionales y por las instituciones públicas, y d) limitar las condiciones para los desembolsos al logro

de los resultados de los planes nacionales y a las políticas macroeconómicas¹⁸. De esta manera, es el instrumento más alineado con las políticas de los países receptores porque favorece el uso de los recursos de la cooperación para el desarrollo de las políticas y planes nacionales, el fortalecimiento de la gestión pública y la reducción de los costes de transacción. Una evaluación del impacto del apoyo presupuestario realizada en 7 países para el período 1994-2004 concluyó que había mejorado la efectividad de las políticas de reducción de la pobreza, fortalecido las capacidades de los gobiernos y facilitado el diálogo con los donantes¹.

Uno de los principales problemas en el apoyo presupuestario es que los cooperantes imponen condiciones para adoptar un apoyo programático o desembolsar los fondos, actuando en contra de los principios de este instrumento. La más común es la necesidad de un acuerdo con el Fondo Monetario Internacional (FMI), generalmente orientado a mantener la estabilidad macroeconómica con la congelación o reducción del gasto público y que puede tener un impacto negativo en las políticas sociales. Además de este acuerdo, muchos cooperantes incluyen condiciones que pueden limitar significativamente la capacidad de definir políticas del país receptor. Por ejemplo, en el arreglo de financiamiento conjunto para el apoyo presupuestario firmado por el gobierno de Nicaragua y 9 agencias de cooperación en 2005, sólo 2 países (Países Bajos y Suecia) no exigían condiciones especiales para los desembolsos²¹.

Los fondos comunes son bolsas de recursos financieros que cumplen con los criterios de los instrumentos programáticos, pero en las que el uso de los recursos se limita a un programa, sectorial o no. Pueden emplear procedimientos de gestión distintos a los gubernamentales y, en ocasiones, limitan su ejecución a algunos gastos. El término «común» significa que es empleado por más de un donante, reduciendo así los requerimientos al gobierno. No hay evaluaciones publicadas sobre la efectividad de los fondos comunes^{18,19}.

Enfoque sectorial

El concepto de enfoque sectorial se introdujo a partir de los años noventa²². Las distintas acepciones coinciden en definirlo como un proceso estratégico de larga duración. Foster²³ propone considerar que «hay un enfoque sectorial en marcha cuando todas las fuentes de financiamiento significativas del sector apoyan una única política sectorial y un solo programa de gastos bajo el liderazgo del gobierno, se adoptan abordajes comunes para todo el sector y se avanza progresivamente hacia la utilización de los procedimientos del gobierno para la gestión de todos los fondos».

El enfoque sectorial se aplica en muchos sectores, pero el sector sanitario, junto con el de educación, fue uno de los primeros en emplearlo y donde hay más ejemplos^{24,25}. El sector sanitario fue de los primeros en ensayar esta nueva fórmula por la importancia de lo público en la financiación, la regulación y la gestión de los servicios, la aceptada relación entre salud y desarrollo, y la ausencia de mejora en los indicadores de salud con cantidades importantes de cooperación por proyectos²⁴.

Las valoraciones sobre los resultados de los enfoques sectoriales describen mejoras en las capacidades institucionales de los países receptores –políticas mejor definidas y concretadas en planes–, así como el fortalecimiento de los procedimientos públicos²⁴. Entre las principales dificultades se describe el aumento de los costes de transacción en las fases iniciales, el menor enfoque hacia los pobres en comparación con algunos proyectos y los límites para la puesta en práctica de políticas que los gobiernos no se atreven a asumir por la capacidad de influencia de otros agentes. Un ejemplo claro es la dificultad de algunos gobiernos para impulsar el uso de preservativos por la presión de las iglesias cristianas^{24,26}. El principal riesgo en los enfoques sectoriales es que no haya liderazgo nacional, bien por falta de voluntad política del gobierno²⁷, bien por haber sido suplantado por una agencia de cooperación²⁸.

Algunos países africanos, como Gana, Tanzania, Uganda y Mozambique, iniciaron la aplicación del enfoque sectorial en salud ya en la década de los noventa, mientras que los países de Latinoamérica se incorporaron a estos procesos de forma limitada a partir del año 2000. A pesar de ello, persiste la gran atomización de la ayuda, gestionada mayoritariamente con procedimientos de los cooperantes y poco alineada con las políticas nacionales. En 2003, se contabilizaron para el gobierno 396 proyectos en Honduras, 553 en Nicaragua y 1.771 en Bolivia. Prácticamente todos estos proyectos eran gestionados por los cooperantes y la financiación estaba en el 80% de los casos vinculada a la compra de bienes y servicios del país u organización cooperante²⁹. En Nicaragua los políticos y altos cargos del gobierno dedicaron en el año 2003 más del 60% de su tiempo a atender a la cooperación internacional³⁰.

Fondos globales

El sector sanitario es también donde más se ha experimentado con una nueva forma de cooperación, los fondos globales: GAVI y Fondo Global para malaria, tuberculosis y sida³¹. Estos fondos, que movilizan grandes cantidades de recursos para la prevención y el tratamiento de determinadas enfermedades, han sido escasamente evaluados. En 2005, la evaluación del

Fondo Global, realizada por McKinsey³² por encargo de uno de sus principales financiadores, identificaba como posibles ventajas la mayor atención a los problemas de salud a los que se dirigen, mejores políticas para su abordaje y una gestión más eficiente. No obstante, presentan numerosos problemas, entre los que destacan los siguientes: a) orientarse a la reducción de problemas de salud específicos, que no incluyen las enfermedades diarreicas y respiratorias en los niños menores de 5 años, es decir, las principales causas de muerte de este grupo de edad después de las causas neonatales³³; b) utilizar mecanismos de gestión muy complejos y canalizar los recursos mediante agentes no gubernamentales; c) funcionar como programas verticales cuando, en la mayoría de los países, ya se había conseguido organizar los sistemas de salud por niveles de atención y grupos de población, y d) no garantizar suficientemente los recursos, por lo que, en ocasiones, no cumplen los compromisos adquiridos con los países receptores.

En un solo caso, Mozambique, el Fondo Global se incorporó a un enfoque sectorial. Pero esta integración, iniciada a finales de 2004, presenta importantes retos, especialmente por la orientación vertical del fondo³⁴.

La cooperación española y los nuevos instrumentos

Hasta su adhesión a la Declaración de París, en marzo de 2005, la cooperación española escasamente había utilizado instrumentos programáticos^{35,36}. En 2004 inició un proceso de transformación –en el marco del Plan Director 2005-2008– para mejorar la cantidad y la calidad de la ayuda³⁷. Así, en 2007, la ayuda oficial al desarrollo española prevista corresponde al 0,42% del PIB y se distribuye en un 40% en organismos multilaterales y en un 60% en cooperación bilateral (con un 95% no reembolsable). Esto representa un importante avance respecto a 2004, en que el volumen de recursos equivalía al 0,3% del PIB y se distribuía en un 37% para organismos multilaterales y en un 63% para ayuda bilateral (casi un 16% reembolsable, en forma de créditos del Fondo de Ayuda al Desarrollo [FAD], y vinculados a la compra de bienes y servicios a empresas españolas)³⁸.

En cambio, no ha disminuido la multiplicidad de agentes que gestionan la cooperación bilateral no reembolsable: 16 ministerios, varios organismos públicos, comunidades autónomas, centenares de municipios y de ONG^{38,39}. De igual manera, aunque se ha hecho un esfuerzo significativo en la racionalización de la ayuda, sigue distribuyéndose en demasiados países (alrededor de 50), sin una clara prioridad por los países de renta baja y en muchos sectores³⁸.

En relación con los nuevos instrumentos, el Plan Director impulsa la participación en enfoques sectoriales en salud y en el apoyo a las políticas de los países receptores. En este sentido, España (y Cataluña) contribuyen desde 2005 al fondo común que apoya el enfoque sectorial de salud en Mozambique³⁶, y en 2007 España se adhirió al fondo común del sector salud de Nicaragua³⁹. Sin embargo, también incluye propuestas no sólo sobre políticas, sino sobre mecanismos de intervención (como el tratamiento para determinadas enfermedades) que, de no coincidir con los del país que recibe la ayuda, supondrán una contradicción entre las orientaciones³⁷.

Por último, no hay mecanismos que garanticen que las comunidades autónomas y los municipios van a seguir el Plan Director, ya que la cooperación es una competencia descentralizada. La existencia de planes estratégicos y otros instrumentos de definición de políticas y de planificación de muchas comunidades autónomas y municipios, así como el interés de cada agente por hacer visible su contribución en el terreno (expresado en múltiples rótulos y placas), hace más compleja la armonización de la propia cooperación española.

Conclusiones

El desarrollo sostenible y la reducción de la pobreza dependen de múltiples factores, entre ellos la AOD, que, por sí sola, no parece poder lograr un impacto sustantivo en estos aspectos. Pero además, la efectividad de la AOD en la forma en que se presta es limitada respecto a la reducción de la pobreza y la ayuda al desarrollo. Entre los factores que parecen haber influido en ello destacan la cantidad y la calidad de la ayuda, mediante proyectos y divergencia de prioridades con las políticas de los países receptores, así como la competencia con las políticas neoliberales.

Ante la evidencia de la escasa efectividad de los proyectos de cooperación, la comunidad internacional suscribió compromisos basados en dos principios fundamentales: a) el gobierno receptor tiene que ser el único líder de las políticas nacionales y de su aplicación, y b) hay que reducir los costes vinculados a la AOD. En la aplicación de estos principios se utiliza para la entrega de la ayuda nuevos instrumentos (instrumentos programáticos) y estrategias (el enfoque sectorial).

Las evaluaciones del apoyo presupuestario general y el enfoque sectorial parece mostrar resultados positivos de su empleo: ha fortalecido las políticas de reducción de la pobreza, las capacidades del gobierno y el diálogo con los donantes. No obstante, persisten todavía excesivos y diversos condicionamientos para los desembolsos por parte de los donantes y debilidades en las políticas y planes nacionales de los receptores.

Los fondos globales, otro instrumento relativamente nuevo aplicado al sector sanitario, si bien parecen haber incrementado la atención a los problemas de salud cuya solución promueven, no dejan de presentar problemas: a) ningún fondo aborda las dos primeras causas de mortalidad infantil en los países menos desarrollados: enfermedades diarreicas y respiratorias, y b) en su focalización vertical de problemas de salud se adaptan mal a los sistemas de salud organizados en función de grupos de población o de niveles asistenciales, más eficientes en la provisión de la atención.

La cooperación española ha avanzado desde 2005 de forma muy importante en su incorporación a la nueva orientación internacional, como se refleja en el Plan Director 2005-2008, pero todavía tiene que aumentar el grado de coherencia entre las propuestas del Plan y esta orientación.

Algunas recomendaciones

Para aumentar la efectividad de la AOD española se debería mejorar la comprensión y la apropiación de las nuevas orientaciones por parte de los distintos agentes involucrados, así como de su armonización alrededor de políticas comunes.

La AOD debería concentrarse en un menor número de países y sectores, ya que todos los trabajos sobre efectividad de la AOD indican que es necesario concentrar los esfuerzos de los cooperantes y optar por apoyar a los países y sectores con ventajas comparativas.

Mientras se hacen los cambios necesarios para que la AOD española pueda ser gestionada con los procedimientos de los países receptores —mediante la participación en fondos comunes o en apoyo presupuestario—, se debería avanzar en la alineación de las acciones de la cooperación con las políticas de los gobiernos receptores.

Teniendo en cuenta que en el sector salud es frecuente el empleo del enfoque sectorial, es en este campo donde la cooperación española tiene mayores posibilidades de empezar a experimentar (y de hecho ya lo está haciendo) con los nuevos principios e instrumentos.

Bibliografía

- Naciones Unidas. Consenso de Monterrey; 2002 [citado 7 May 2007]. Disponible en: <http://scm.oas.org/Reference/spanish/declaraciones/consensomonterrey.NacionesUnidasAC257L13.doc>
- Aid Statistics. Comité de Asistencia al Desarrollo de la OCDE [citado 7 May 2007]. Disponible en: <http://www.oecd.org/statisticsdata>
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Informe de Desarrollo Humano 2006. Nota técnica 1: calcular los índices de desarrollo humano; 2006. p. 393-6 [citado 7 May 2007]. Disponible en: <http://hdr.undp.org/hdr2006/>
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Human Development Report 2005. Chapter 4: International trade: unlocking the potential for human development; 2005. p. 113-47 [citado 15 Nov 2007]. Disponible en: http://hdr.undp.org/en/media/hdr05_chapter_43.pdf
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Poverty reduction. UNDP China wins 2006 Poverty Eradication Awards; 2006 [citado 15 Nov 2007]. Disponible en: <http://www.undp.org/poverty/stories/pov-award06-china.htm>
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Human Development Report 1990; 1990. p. 97 [citado 15 Nov 2007]. Disponible en: http://hdr.undp.org/en/media/hdr_1990_en.pdf
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Human Development Report 1998; 1998. p. 37 [citado 15 Nov 2007]. Disponible en: http://hdr.undp.org/en/media/hdr_1998_en.pdf
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Human Development Report 2005; 2005. p. 221 [citado 15 Nov 2007]. Disponible en: http://hdr.undp.org/en/media/hdr05_complete.pdf
- Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo del Milenio de la ONU [citado 7 May 2007]. Disponible en: <http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/>
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Informe de Desarrollo Humano 1994. Madrid: Ediciones Mundi-Prensa; 1995. p. 82-4.
- Consenso de Washington. Institute for International Economics; 1989. [citado 15 Nov 2007]. Disponible en: <http://www.iie.com/publications/papers/williamson0904-2.pdf>
- Harmonizing donors practices for effective aid delivery. DAC Guidelines and reference series; 2003 [citado 7 May 2007]. Disponible en: <http://www.oecd.org/dataoecd/0/48/20896122.pdf>
- Comité de Asistencia al Desarrollo de la OCDE. Declaración de Roma; 2003 [citado 7 May 2007]. Disponible en: http://www1.worldbank.org/harmonization/romehlf/Documents/languages/ESRome_Declaration.pdf
- Comité de Asistencia al Desarrollo de la OCDE. Declaración de París sobre la eficacia de la ayuda al desarrollo; 2005 [citado 7 May 2007]. Disponible en: <http://www1.worldbank.org/harmonization/Paris/ParisDeclarationSpanish.pdf>
- Aid Delivery Methods. Guidelines on the Programming, Design & Management of General Budget Support. European Commission; 2007 [citado 15 Nov 2007]. Disponible en: http://ec.europa.eu/europeaid/what/economic-support/documents/guidelines_budget_support_en.pdf
- Support to Sector Programmes. European Commission; 2007 [citado 15 Nov 2007]. Disponible en: http://ec.europa.eu/europeaid/multimedia/publications/documents/tool/europeaid_adm_guidelines_support_to_sector_prog_sep07_en.pdf
- Aid effectiveness. 2006 survey on monitoring the Paris Declaration. OECD-DAC; 2007 [citado 15 Nov 2007]. Disponible en: <http://www.oecd.org/dac/effectiveness/monitoring>
- Harmonising donor practices for effective aid delivery. Volume 2: budget support, sector wide approaches and capacity development in public financial management. OECD-DAC; 2005 [citado 7 May 2007]. Disponible en: <http://www.oecd.org/dac/harmonisingpractices>
- Foster M, Leavy J. The choice of financial aid instruments. Working paper 158. Centre for Aid and Public Expenditure. Overseas Development Institute; 2001 [citado 7 May 2007]. Disponible en: http://www.odi.org.uk/annual_report/2001_2002/pdfs/publications.pdf
- IDD and Associates. Joint Evaluation for General Budget Support. Mayo 2006 [citado 7 May 2007]. Disponible en: <http://www.oecd.org/dataoecd/42/38/36685401.pdf>
- Secretaría Técnica de la Presidencia. Gobierno de Nicaragua. Arreglo conjunto de financiamiento para apoyo al pre-

- supuesto general entre el Gobierno de Nicaragua y el Grupo de Donantes [citado 7 May 2007]. Disponible en: <http://www.setec.gob.ni/Documentos/publicaciones-secretaria/jfa-apoyo-presupuestario-firmas.pdf>
22. Cassels A. A guide to sector: wide approaches for health development. Concepts issues and working arrangements. WHO; 1997 [citado 7 May 2007]. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/hq/1997/WHO_ARA_97.12.pdf
 23. Foster M. Experience with implementing SWAps: A background working paper for the DFID White Paper. London: CAPE/ODI; 2000 [citado 7 May 2007]. Disponible en: <http://www.odi.org.uk/pppg/cape/papers/whitepapers.pdf>
 24. Walford V. Definig and evaluating SWAps: A paper for the Inter-Agency Group on SWAps and Development Cooperation. London: IHSD; 2003 [citado 7 May 2007]. Disponible en: <http://www.ihsd.org/swaps/swapsdocs/Walford2003.pdf>
 25. Takala T. Contribution of sector wide approach to improvement of basic education in Mozambique. UNESCO; 2004 [citado 7 Mayo 2007]. Disponible en: <http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001466/146687e.pdf>
 26. Martínez, J. Implementing a sector wide approach in health: the case of Mozambique. HLSP Institute; 2006 [citado 7 May 2007]. Disponible en: http://www.hlspinstitute.org/files/project/100615/Mozambique_SWAP.pdf
 27. Brown A, Foster M, Norton A, Naschold F. The Status of Sector Wide Approaches. London: Centre for Aid and Public Expenditure, Overseas Development Institute; 2001 [citado 7 May 2007]. Disponible en: <http://www.odi.org.uk/publications/wp142.pdf>
 28. Buse K, Gwin C. The World Bank and global cooperation in health: the case of Bangladesh. *Lancet*. 1998;351:665-9.
 29. Jané E, García A, Martínez J, Wilde D. Qué son y cómo se emplean los enfoques sectoriales: una vía para la armonización de la ayuda oficial al desarrollo. London: HLSP; 2004 [citado 7 May 2007]. Disponible en: <http://www.hlspinstitute.org/projects/?mode=region&id=23836>
 30. Jané E, Morales A, De la Corte P, Martínez J. Revisión de las experiencias de armonización en Nicaragua. London: HLSP; 2004 [citado 7 May 2007]. Disponible en: http://srec.cancilleria.gob.ni/documentos/noticias/caso_nic_hlsp06.pdf
 31. HLSP Institute. Global Health Partnerships; 2007 [citado 7 May 2007]. Disponible en: <http://www.hlspinstitute.org/aideffectiveness/global>
 32. McKinsey&Company. Global Health Partnership. Assessing Country Consequences. Bill & Melinda Gates Foundation; 2005 [citado 7 May 2007]. Disponible en: <http://www.hlfhealthmdgs.org/Documents/GatesGHPNov2005.pdf>
 33. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2005. Anexo estadístico [citado 7 May 2007]. Disponible en: http://www.who.int/whr/2005/11_annexes_es.pdf
 34. Whitaker D. The entry of global fund resources into the common health fund in Mozambique: a brief assessment of process and initial results. London: DFID Health Resource Centre; 2007.
 35. Secretaría de Estado de Cooperación Internacional. Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación. Plan Director de la Cooperación Española 2001-2004; 2005 [citado 7 May 2007]. Disponible en: http://canales.risolidaria.org.es/canales/canal_congde/pdf/Plan%20Director%20de%20la%20Cooperacin%20Espaola%202001-2004.pdf
 36. Pita JI, Botella C, De la Corte P, Ferreira S. La aplicación de los nuevos instrumentos en la cooperación española en África. Madrid: Fundación Carolina, CeALCI, Siglo XXI de España, S.A. Editores; 2006.
 37. Secretaría de Estado de Cooperación Internacional. Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación. Plan Director de la Cooperación Española 2005-2008; 2005 [citado 15 Nov 2007]. Disponible en: http://www.aeci.es/03coop/6public_docs/2seci/2doc_coop_esp/ftp/Plan_Director_Esp.pdf
 38. Ministerio de Asuntos Exteriores y Cooperación. Secretaría de Estado para la Cooperación Internacional. Dirección General de Planificación y Evaluación de Políticas para el Desarrollo. Plan Anual de Cooperación Internacional 2007; 2007. p. 55-8 [citado 15 Nov 2007]. Disponible en: <http://www.mae.es/NR/rdonlyres/B66B1279-A17C-4DE9-92B9-ADA6076F9AD2/0/PACI2007.pdf>
 39. Ministerio de Asuntos Exteriores. Marco Presupuestario del Plan Anual de Cooperación Internacional 2004; 2004 [citado 15 Nov 2007]. Disponible en: <http://www.mae.es/NR/rdonlyres/A711D0E6-B69C-44FC-8CC7-38A3177CCC0C/0/MarcoPresupuesPACI2004.pdf>
 40. AECl. Actividades de la cooperación. España aporta 4 millones de euros para mejorar la atención de salud en Nicaragua; 2007 [citado 15 Nov 2007]. Disponible en: http://www.aeci.es/03coop/1activ_coop/sanitariaNicaragua.htm